

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume quatre – Questions et options*

*Président*

L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*

L'honorable Marjory LeBreton

SEPTEMBRE 2001







# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>i</b>
<b>ORDRE DE RENVOI</b> .....	<b>vi</b>
<b>SÉNATEURS</b> .....	<b>vii</b>
<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b> .....	<b>ix</b>
<i>Chapitres 1, 2 et 6</i> .....	<i>ix</i>
<i>Chapitres 3 et 4</i> .....	<i>ix</i>
<i>Chapitre 5</i> .....	<i>xii</i>
<i>Chapitre 7</i> .....	<i>xiv</i>
<i>Chapitre 8</i> .....	<i>xvii</i>
<i>Chapitre 9</i> .....	<i>xxv</i>
<i>Chapitre 10</i> .....	<i>xxvii</i>
<i>Chapitre 11</i> .....	<i>xxxii</i>
<i>Chapitre 12</i> .....	<i>xxxv</i>
<i>Chapitre 13</i> .....	<i>xxxviii</i>
<i>Chapitre 14</i> .....	<i>xli</i>
<b>CHAPITRE UN :</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE DEUX :</b> .....	<b>5</b>
<b>Résumé des principales constatations et observations des phases un, deux et trois</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Principales constatations et observations de la phase un</i> .....	5
2.2 <i>Principales constatations et observations de la phase deux</i> .....	6
2.3 <i>Principales constatations et observations de la phase trois</i> .....	8
<b>CHAPITRE TROIS :</b> .....	<b>11</b>
<b>Rôle du gouvernement fédéral : aperçu</b> .....	<b>11</b>
3.1 <i>Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations : rôle de financement</i> .....	11
3.2 <i>Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes : rôle de recherche et d'évaluation</i> .....	13
3.3 <i>Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infrastructure de la santé : rôle de soutien de l'infrastructure</i> .....	13
3.4 <i>Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies : rôle relatif à la santé de la population</i> .....	14
3.5 <i>Prestation directe de services de santé à certains segments de la population : rôle de prestation de services</i> .....	15

<b>CHAPITRE QUATRE :</b>	<b>17</b>
<b>Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes</b>	<b>17</b>
4.1 <i>Objectifs liés au rôle de financement du gouvernement fédéral</i>	17
4.2 <i>Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche et de l'évaluation</i>	21
4.3 <i>Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure</i>	22
4.4 <i>Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la protection de la santé de la population</i>	24
4.5 <i>Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services</i>	26
4.6 <i>Contraintes touchant le rôle du gouvernement fédéral</i>	27
<b>CHAPITRE CINQ :</b>	<b>29</b>
<b>Contexte d'une politique de soins de santé au xxi<sup>e</sup> siècle</b>	<b>29</b>
5.1 <i>Réforme des soins primaires : une étape en vue d'une structure adaptée au XXI<sup>e</sup> siècle</i>	30
5.2 <i>Les soins de santé sont différents des autres biens et services</i>	32
<b>CHAPITRE SIX :</b>	<b>35</b>
<b>Observations au sujet des choix offerts</b>	<b>35</b>
6.1 <i>Nécessité d'un choix réaliste d'options</i>	35
6.2 <i>Intérêt d'un débat non idéologique</i>	35
6.3 <i>Comprendre l'expérience des autres pays</i>	37
<b>CHAPITRE SEPT :</b>	<b>39</b>
<b>La Loi canadienne sur la santé, équité et accès aux traitements en temps opportun</b>	<b>39</b>
7.1 <i>Introduction</i>	39
7.2 <i>Est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé?</i>	40
7.3 <i>Dans quelle mesure, le cas échéant, la Loi canadienne sur la santé autorise-t-elle la prestation de soins de santé privés et les régimes privés d'assurance-santé?</i>	41
7.4 <i>Accès en temps opportun et listes d'attente</i>	43
7.5 <i>De quelle façon peut-on garantir l'« accès aux soins en temps opportun »?</i>	46
7.5.1 <i>« Garantie de soins »</i>	46
7.5.2 <i>Charte des droits des patients</i>	48
<b>CHAPITRE HUIT :</b>	<b>51</b>
<b>Enjeux et options quant au financement</b>	<b>51</b>
8.1 <i>Introduction</i>	51
8.2 <i>Quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis?</i>	52
8.2.1 <i>Accroissement de l'efficacité et de l'efficacité</i>	52
8.2.2 <i>Réforme des soins primaires</i>	54
8.2.3 <i>Régionalisation des services de santé</i>	56
8.2.4 <i>Passation de marché avec des établissements de santé privés à but lucratif</i>	57
8.2.5 <i>Accroissement des ressources affectées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la santé de la population</i>	57

8.3	<i>Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?</i> .....	58
8.3.1	<i>Retour aux accords de partage des coûts</i> .....	61
8.3.2	<i>Maintien du financement global actuel</i> .....	61
8.3.3	<i>Financement global amélioré dans le cadre du TCSPS</i> .....	62
8.3.4	<i>Comptes d'épargne-santé (CÉS)</i> .....	62
8.3.5	<i>Convertir tous les transferts pécuniaires du TCSPS en transferts de points d'impôt</i> .....	63
8.4	<i>Comment le gouvernement devrait-il générer des recettes aux fins des soins de santé?</i> .....	64
8.4.1	<i>Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé</i> .....	65
8.4.2	<i>Accroître les recettes générales (au moyen de l'impôt sur le revenu ou des taxes de vente) et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé</i> .....	65
8.4.3	<i>Frais d'utilisation</i> .....	65
8.4.4	<i>Prise en compte des soins de santé dans l'Impôt sur le revenu</i> .....	67
8.4.5	<i>Primes annuelles pour les soins de santé</i> .....	68
8.4.6	<i>Régime privé d'assurance-maladie permis pour concurrencer le régime public</i> .....	68
8.5	<i>L'impact des options de financement sur le changement comportemental</i> .....	69
8.6	<i>Un système de santé à deux vitesses</i> .....	72
8.7	<i>Services assurés et bénéficiaires du régime public d'assurance-maladie</i> .....	72
8.7.1	<i>Retrait de certains services</i> .....	73
8.7.2	<i>Élargissement du régime</i> .....	74
8.8	<i>Médicaments prescrits : réduction des coûts</i> .....	74
8.8.1	<i>Liste nationale des médicaments admissibles</i> .....	75
8.8.2	<i>Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher</i> .....	76
8.8.3	<i>Publicité sur des médicaments prescrits au consommateur</i> .....	78
8.9	<i>Médicaments prescrits – Élargissement de la protection</i> .....	79
8.9.1	<i>Initiative nationale d'assurance-médicaments</i> .....	82
8.9.2	<i>Un programme public complet</i> .....	84
8.9.3	<i>Une initiative mixte globale</i> .....	84
8.9.4	<i>Initiative mixte de garantie des dépenses élevées en médicaments</i> .....	85
8.9.5	<i>Une initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments</i> .....	86
8.10	<i>Soins à domicile</i> .....	86
8.10.1	<i>Un programme national de soins à domicile</i> .....	88
8.10.2	<i>Crédit d'impôt et déduction fiscale aux consommateurs de soins à domicile</i> .....	89
8.10.3	<i>Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile</i> .....	90
8.10.4	<i>Mesures spécifiquement destinées aux soignants informels</i> .....	90
8.11	<i>Résumé</i> .....	92

**CHAPITRE NEUF : .....** **95**

**Questions et options concernant le rôle de recherche et d'évaluation .....** **95**

9.1	<i>Recherche innovatrice dans le domaine de la santé</i> .....	96
9.1.1	<i>Augmentation de la part fédérale dans le financement de la recherche en santé</i> .....	97
9.1.2	<i>Appui au transfert des connaissances</i> .....	98
9.1.3	<i>Réduction des disparités régionales</i> .....	99
9.1.4	<i>Un organe national de surveillance de l'éthique pour une recherche humaine</i> .....	99
9.2	<i>Financement et évaluation de projets pilotes innovateurs</i> .....	100
9.2.1	<i>Investissement fédéral dans l'évaluation de projets pilotes visant à améliorer la prestation des soins de santé</i> .....	101
9.2.2	<i>Réduction des disparités régionales dans le financement des projets pilotes</i> .....	101

<b>CHAPITRE DIX :</b>	<b>103</b>
<b>Questions et options concernant le rôle d'infrastructure : technologie et systèmes d'information</b>	<b>103</b>
10.1 <i>La technologie de santé</i>	104
10.1.1 <i>Financer l'acquisition et l'amélioration de la technologie de la santé</i>	105
10.1.2 <i>Investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé</i>	106
10.2 <i>Systèmes d'information de santé</i>	106
10.2.1 <i>Le déploiement d'une infrastructure santé pancanadienne</i>	108
10.2.2 <i>Investir dans la télésanté dans les communautés rurales et éloignées</i>	109
10.2.3 <i>Assurer la confidentialité et le caractère privé des renseignements de santé personnels</i>	110
10.3 <i>Reddition de comptes et qualité</i>	112
10.3.1 <i>Un rapport annuel sur l'état de santé des Canadiens et l'état du système de santé</i>	112
10.3.2 <i>Un conseil national sur la qualité des soins de santé</i>	113
10.3.3 <i>Assurer une meilleure reddition de comptes de la part des gouvernements</i>	113
<b>CHAPITRE ONZE :</b>	<b>115</b>
<b>Enjeux et options pour le rôle d'infrastructure : ressources humaines en santé</b>	<b>115</b>
11.1 <i>Introduction</i>	115
11.2 <i>Une stratégie nationale des ressources humaines s'impose</i>	116
11.3 <i>Vers une structure horizontale</i>	117
11.4 <i>La réforme des soins primaires et les ressources humaines</i>	119
11.5 <i>Mesures incitatives visant les patients</i>	121
11.6 <i>Recruter, former, retenir</i>	121
11.6.1 <i>Financement</i>	122
11.6.2 <i>Recherche</i>	122
11.6.3 <i>Contrer l'exode des professionnels</i>	122
11.7 <i>Les médecins</i>	123
11.7.1 <i>La formation</i>	123
11.7.2 <i>Répartition géographique inégale</i>	124
11.8 <i>Les infirmières</i>	124
11.9 <i>Les autres professionnels de la santé</i>	126
11.10 <i>Résumé</i>	126
<b>CHAPITRE DOUZE :</b>	<b>129</b>
<b>Questions et options concernant le rôle à jouer en matière de santé de la population</b>	<b>129</b>
12.1 <i>Les tendances observées pour les maladies</i>	130
12.2 <i>Quelques tendances dérangeantes</i>	131
12.3 <i>Les déterminants de la santé : quelques données</i>	132
12.4 <i>Le rôle du gouvernement fédéral</i>	133
12.4.1 <i>La promotion de la santé et la prévention de la maladie</i>	134
12.4.2 <i>Les stratégies d'amélioration de la santé de la population</i>	135
12.4.3 <i>Les recherches</i>	138



<b>CHAPITRE TREIZE :</b> .....	<b>139</b>
<b>Questions et options relativement au rôle à jouer dans le domaine de la santé des autochtones</b> .....	<b>139</b>
13.1 <i>Le profil socio-économique et la santé de la population autochtone canadienne</i> .....	140
13.2 <i>La prestation des services de santé aux canadiens autochtones</i> .....	141
13.2.1 <i>Un plan d'action national pour les services de santé aux Autochtones</i> .....	142
13.3 <i>Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles</i> .....	143
13.3.1 <i>Des fournisseurs de soins de santé autochtones</i> .....	143
13.3.2 <i>La télésanté</i> .....	144
13.3.3 <i>Des services de santé adaptés aux réalités culturelles</i> .....	144
13.4 <i>La santé de la population</i> .....	144
13.4.1 <i>Une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour les Canadiens autochtones</i> .....	145
13.4.2 <i>La reddition de comptes fédérale pour les programmes de santé autochtone</i> .....	145
13.5 <i>La recherche relative à la santé des Autochtones</i> .....	145
13.6 <i>La participation des communautés autochtones</i> .....	146
<b>CHAPITRE QUATORZE :</b> .....	<b>147</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>147</b>

## ORDRE DE RENVOI

---

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;
- b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

## SÉNATEURS

---

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude sur l'état du régime de santé du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité  
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck  
Joan Cook  
Jane Cordy  
Joyce Fairbairn, C.P.  
Alasdair B. Graham, C.P.  
Wilbert Keon  
Yves Morin  
Lucie Pépin  
Douglas Roche  
Brenda Robertson

*Membres d'office du Comité :*

Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

*Autres sénateurs ayant participé, de temps à autres, à cette étude :*

Les honorables sénateurs Banks, Beaudoin, Cohen\*, DeWare\*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal, C.P., Milne, Losier-Cool, Rompkey et Tunney.

\*retraités



# SOMMAIRE EXÉCUTIF

---

## **Chapitres 1, 2 et 6**

### **Introduction**

### **Résumé des principales constatations et observations des phases un, deux et trois**

### **Observations au sujet des choix offerts**

Le présent document a pour objet de préciser le rôle que devrait jouer le gouvernement fédéral au sein du système de soins de santé du Canada et de présenter une série d'options possibles pour combler les lacunes de ce système. En élaborant cette série d'options, le Comité a tenté d'adopter une approche objective et non idéologique. Nous avons choisi délibérément de n'écarter a priori aucune option de la discussion.

Le Comité a l'intention, en préparant le présent document, de susciter la tenue d'un débat public. Nous croyons que les citoyennes et citoyens canadiens, les intervenants dans le domaine de la santé et les décideurs fédéraux et provinciaux doivent s'engager dans un débat national sur les changements qu'il faut apporter à notre système de soins de santé si nous voulons qu'il soit viable à long terme. Nous croyons également qu'un tel débat doit accueillir des options qui sont souvent rejetées du revers de la main par diverses personnes et divers organismes, partis politiques et segments de la société canadienne.

Ce document ne reprend pas l'information contenue dans d'autres rapports précédemment publiés par le Comité ou qui seront publiés à brève échéance; toutefois, le chapitre 2 met l'accent sur un certain nombre de conclusions que le Comité a tirées de ses audiences. Même si ces conclusions constituent une toile de fond utile, elles ne précisent pas la position adoptée par le Comité sur les questions soulevées dans ce rapport. Les recommandations du Comité sur ces questions seront contenues dans notre cinquième et dernier rapport, qui sera publié au tout début de 2002, à l'issue d'une série d'audiences publiques prévues pour cet automne dans toutes les régions du pays.

## **Chapitres 3 et 4**

### **Rôle du gouvernement fédéral : aperçu**

### **Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes**

Pour établir les mérites d'une façon particulière de traiter une question de politique gouvernementale, il faut énoncer clairement l'objectif de la politique. Ce n'est que lorsqu'un objectif a été clairement articulé que l'on peut comprendre l'incidence de telle ou telle option sur l'atteinte de l'objectif et donc décider s'il convient d'adopter ou de rejeter l'option en question. Par conséquent, le Comité a commencé ses travaux en établissant, au chapitre 3, les cinq rôles que devrait jouer le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. Nous avons ensuite, au chapitre 4, répertorié les objectifs particuliers qui devraient, à

notre avis, être le point de mire des politiques gouvernementales se rattachant à chacun de ces cinq rôles. Ces rôles, ainsi que les objectifs qui s'y rattachent, sont les suivants :

### **LES CINQ RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ**

1. **FINANCEMENT** : *Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations.*
2. **RECHERCHE ET ÉVALUATION** : *Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes innovateurs.*
3. **INFRASTRUCTURE** : *Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infostructure de la santé, notamment des ressources humaines.*
4. **SANTÉ DE LA POPULATION** : *Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies.*
5. **PRESTATION DE SERVICES** : *Prestation directe de services de santé à certains segments de la population.*

Les objectifs liés au rôle de financement sont les suivants :

### **TRANSFERT DE FONDS POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ GÉRÉS PAR D'AUTRES ADMINISTRATIONS**

*Le Comité propose que les objectifs du gouvernement fédéral liés à son rôle de financement dans le domaine de la santé et des soins de santé soient les suivants :*

- *Fournir un niveau stable de financement pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada et promouvoir la réforme et le renouvellement.*
- *S'assurer que chaque Canadien a accès en temps utile à tous les services médicaux dont il a besoin, sans égard à sa capacité de payer ces services.*
- *S'assurer qu'aucun Canadien n'est exposé à un préjudice financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé.*
- *S'assurer que les quatre principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé (universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) sont appliqués.*

En ce qui a trait au rôle de recherche et d'évaluation du gouvernement fédéral, les objectifs établis par le Comité sont les suivants :

## **FINANCEMENT DE LA RECHERCHE INNOVATRICE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES INNOVATEURS**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du second rôle du gouvernement fédéral :*

- *Promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays.*
- *Encourager la création d'un secteur des soins de santé fondé sur le savoir afin de faciliter le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public.*
- *Fournir un soutien financier approprié aux initiatives fédérales/provinciales/territoriales qui encouragent et facilitent l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation de soins de santé, grâce à l'évaluation de projets pilotes.*

Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure comporte trois volets distincts : la planification des ressources humaines, les systèmes d'information en matière de santé tels que la télémédecine, l'informatisation des dossiers médicaux et l'infrastructure physique. Pour ce rôle, les objectifs proposés par le Comité sont les suivants :

## **SOUTIEN DE L'INFRASTRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ ET DE L'INFOSTRUCTURE, NOTAMMENT DES RESSOURCES HUMAINES**

*Le Comité propose que les cinq objectifs suivants fassent partie du troisième rôle du gouvernement fédéral :*

- *Jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé.*
- *Surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des conclusions aux intervenants canadiens.*
- *Élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système.*
- *Aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent.*
- *Coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.*

Le rôle que joue le gouvernement fédéral par rapport à la santé de la population est axé sur la prévention plutôt que sur le traitement de la maladie. Les objectifs proposés sont les suivants :

## **PROTECTION DE LA SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DE LA POPULATION ET PRÉVENTION DES MALADIES**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la santé de la population :*

- *Santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada.*
- *Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines.*
- *Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.*

Le gouvernement fédéral fournit des services de santé à un plus grand nombre de Canadiens que ne le font les provinces de l'Atlantique et la Saskatchewan (cinq gouvernements provinciaux). Il est donc un acteur clé dans la prestation des services de santé. À ce titre, ses objectifs devraient viser la santé des populations autochtones :

## **PRESTATION DIRECTE DE SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES DU CANADA**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services :*

- *Agir comme chef de file pour ce qui est de la coordination des soins de santé fournis à tous les peuples autochtones par les diverses instances gouvernementales.*
- *Assurer un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés.*
- *Mettre en œuvre et maintenir des stratégies visant spécifiquement la santé des populations autochtones.*

## **Chapitre 5**

### **Contexte d'une politique de soins de santé au xxi<sup>e</sup> siècle**

Avant d'examiner les questions stratégiques liées à chacun des cinq rôles du gouvernement fédéral en matière de santé, il est utile de prendre du recul et de faire un survol de l'industrie des soins de santé en la comparant à d'autres industries du secteur tertiaire du XXI<sup>e</sup> siècle. Nous constatons alors que le secteur des soins de santé ne possède aucune des grandes caractéristiques d'une industrie de services moderne. Il est donc évident qu'il faut changer complètement les modes de prestation des services de santé et que ces changements doivent être faits même si d'autres facteurs de changement entrent en ligne de compte, par exemple l'augmentation des coûts. Une industrie tertiaire moderne se distingue par trois caractéristiques principales :



1. La création d'unités organisationnelles de plus grande taille permettant de faire des économies d'échelle et la capacité d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
2. La mise sur pied d'unités organisationnelles spécialisées dans la prestation d'un éventail restreint de services, mais dont les services sont plus efficaces et de meilleure qualité que ceux des unités qui dispensent une plus vaste gamme de services.
3. Une préoccupation centrale pour le consommateur, qui exige plus que jamais des services rapides et de grande qualité.

Le secteur des soins de santé primaires s'apparente davantage à une industrie artisanale du XIX<sup>e</sup> siècle qu'à une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle, car il est composé, dans une large mesure, d'entreprises individuelles (cabinets de médecins) non regroupées et donc incapables d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le morcellement de l'industrie des soins de santé en unités spécialisées offrant une gamme restreinte de services ne s'est généralement pas produit. Il existe, bien sûr, un certain nombre d'exceptions, notamment les cliniques de chirurgie de l'œil au laser et un très petit nombre d'hôpitaux spécialisés comme l'hôpital Shouldice, dans la région de Toronto, où l'on n'opère que les hernies. Le principal système de soins de santé au Canada demeure l'hôpital général non spécialisé. Ces établissements seront toujours nécessaires, mais il importe aussi d'examiner les avantages qu'il y aurait à faire des unités de services spécialisées un élément plus important d'un système de services de santé modernisé.

Pour ce qui est de la troisième caractéristique des industries du secteur tertiaire au XXI<sup>e</sup> siècle – l'importance accordée à la prestation de services rapides et de grande qualité –, très peu a été fait à ce chapitre. En fait, la durée de l'attente pour certains types de traitements est à l'origine du plus grand nombre de plaintes formulées par les Canadiens à l'endroit du système de soins de santé. De toute évidence, les services ne sont pas fournis rapidement.

Le Comité est d'avis que nombre des problèmes auxquels le secteur des soins de santé est confronté ne seront réglés que si l'industrie est prête à évoluer et à devenir une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle plutôt que de rester paralysée dans une structure du XIX<sup>e</sup> siècle.

La première étape essentielle du changement organisationnel est la réforme du système de soins primaires. La nécessité d'une telle réforme a été reconnue par la Commission Sinclair en Ontario, la Commission Clair au Québec et la Commission Fyke en Saskatchewan. C'est également la raison pour laquelle le gouvernement fédéral a consenti, dans le cadre de l'entente fédérale-provinciale-territoriale de septembre 2000, à verser 800 millions de dollars pour la réforme des soins primaires. Dans le cadre de cette réforme, l'on créerait de plus grosses unités organisationnelles en mettant l'accent sur la prestation des services 24 heures sur 24,

7 jours sur 7. Une telle réforme permettrait aussi de mettre en place une structure présentant deux des trois caractéristiques de l'entreprise de services type du XXI<sup>e</sup> siècle que nous avons décrite plus haut.

## **Chapitre 7**

### **La Loi canadienne sur la santé, équité et accès aux traitements en temps opportun**

La *Loi canadienne sur la santé* joue un rôle clé dans le débat sur les soins de santé au Canada. En effet, non seulement elle établit les conditions que les provinces et les territoires doivent respecter s'ils veulent bénéficier de la contribution financière du fédéral en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), mais on lui a également attribué une envergure mythique en la tenant pour le seul garde-fou qui puisse prévenir l'américanisation du système de soins de santé du Canada.

Le Comité appuie fortement les quatre conditions ou principes axés sur le patient que sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité, mais il reconnaît qu'ils sont loin d'être respectés aussi rigoureusement que le voudraient beaucoup de Canadiens. Contrairement à la croyance populaire, le cinquième principe – l'administration publique – ne signifie nullement que le secteur privé ne devrait pas intervenir dans la prestation des services de santé. Il renvoie plutôt à l'obligation pour le système, à des fins d'efficacité administrative, d'adopter un modèle à payeur unique, le rôle de payeur étant confié à un gouvernement provincial.

En ce qui concerne la *Loi canadienne sur la santé*, le Comité a soulevé trois grandes questions. Premièrement, les Canadiens ont-ils droit à des soins de santé et, si tel est le cas, ce droit est-il inscrit dans la *Charte canadienne des droits et libertés*? Deuxièmement, dans quelle mesure, le cas échéant, la prestation de soins de santé par des fournisseurs privés et les régimes d'assurance-santé privés sont-ils autorisés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*? Troisièmement, est-ce que l'« accès satisfaisant » dont il est question dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens doivent avoir accès sans délai aux services et aux soins de santé dont ils ont besoin?

Primo, les soins de santé ne sont pas explicitement mentionnés dans la *Charte*. Par conséquent, pour qu'un tel droit existe, il faudrait que les tribunaux décrètent qu'il est sous-entendu dans l'interprétation de l'un des droits énoncés dans la *Charte*. Néanmoins, puisque certains peuvent soutenir que la *Charte* garantit aux Canadiens le droit implicite aux soins de santé, les experts ont fait savoir au Comité qu'ils s'attendaient à ce que ce droit soit revendiqué au cours des prochaines années.

Secundo, la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la prestation de soins de santé privés. Elle incite plutôt les provinces, sous peine de leur retirer le droit aux fonds fédéraux, à empêcher les fournisseurs de soins de santé de facturer directement aux patients des montants

supérieurs à ceux qu'ils reçoivent des régimes d'assurance-santé provinciaux. C'est donc dire qu'elle décourage ce qu'on appelle la surfacturation. De même, pour toucher intégralement la contribution financière à laquelle ils ont droit en vertu du TCSPS, les provinces et les territoires ne doivent pas autoriser les hôpitaux à facturer aux patients des services hospitaliers assurés. Par conséquent, la Loi ne fait qu'établir à quelles conditions le gouvernement fédéral transférera des fonds aux provinces.

En tant que telle, la Loi n'interdit pas aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par la province et de demander un remboursement, pourvu qu'il n'y ait ni surfacturation ni frais imposés aux utilisateurs. Les fournisseurs et les établissements de soins de santé peuvent refuser de participer aux régimes provinciaux et facturer directement aux patients le coût total des services fournis, sans qu'aucune pénalité ne soit imposée aux provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans ces cas, les patients ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu des régimes provinciaux. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* interdit effectivement aux particuliers d'acheter de l'assurance-santé privée pour couvrir le coût de services reçus d'un fournisseur qui a choisi de ne pas participer à un régime provincial d'assurance-santé.

Dans l'ensemble, la *Loi canadienne sur la santé*, tout comme les lois provinciales et territoriales, a empêché l'émergence d'un système de soins de santé privé qui ferait directement concurrence au système public. Il n'est simplement pas possible, d'un point de vue économique, que les patients, les médecins et les établissements de soins de santé participent à un système parallèle.

Cela soulève la question suivante : les gouvernements peuvent-ils continuer à décourager la prestation de services de santé privés en interdisant les assurances privées si le droit aux soins de santé est reconnu en vertu de l'article 7 de la *Charte* et si les services financés par les fonds publics ne sont pas accessibles en temps opportun? Pour paraphraser l'article 1 de la *Charte des droits et libertés* : est-il juste et raisonnable, dans une société libre et démocratique, que le gouvernement rationne l'offre de services de santé (au moyen de ses affectations budgétaires aux soins de santé) et que, simultanément, il empêche les particuliers d'acheter des services au Canada?

Les réponses à ces questions ne sont pas seulement d'ordre juridique. Il s'agit par-dessus tout d'une question d'équité. C'est à notre lecteur qu'il revient de se faire une opinion sur la situation actuelle.

Il est clair, cependant, que toute réforme des ententes actuelles comportant une participation du secteur privé susceptible de concurrencer le secteur public exigerait que l'on modifie de façon substantielle la *Loi canadienne sur la santé*.

La troisième question soulevée au début de cette section consiste à savoir si l'« accès satisfaisant » dont on parle dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens

doivent avoir accès sans délai aux services de santé dont ils ont besoin. Ici encore, la réponse est loin d'être évidente d'un point de vue juridique.

Ce qui est clair, néanmoins, c'est que les listes d'attente pour les tests et les traitements sont perçues par la population canadienne comme un problème important. Il faut dès lors se demander quelles sont les mesures à prendre, s'il en est, pour garantir aux Canadiens que le délai d'attente qu'ils devront subir pour un test ou un traitement a un plafond et qu'ils n'auront jamais à attendre plus longtemps que le délai maximal fixé (qui pourra varier en fonction des tests ou des traitements).

Deux solutions sont proposées au chapitre 7 pour résoudre ce problème. La section 7.5.1 présente une stratégie fondée sur une « garantie de soins » qui a été élaborée en Suède. La section 7.5.2 explique comment le Royaume-Uni, en adoptant une charte des droits des patients, a tenté de résoudre le problème des listes d'attente. Ces stratégies s'appuient toutes deux sur une combinaison d'incitatifs et de pénalités ayant pour but de rendre les établissements de soins de santé plus productifs et plus efficaces.

Ces stratégies soulèvent également la question de savoir si le système de soins de santé canadien devrait être modifié pour permettre, voire encourager, la concurrence entre les hôpitaux. En poussant le raisonnement plus loin, si cette concurrence était permise, les patients devraient-ils être autorisés, comme dans la plupart des autres pays industrialisés, à payer le prix d'un traitement donné (ou à acheter une assurance couvrant le paiement d'un tel traitement) afin d'obtenir des services plus rapides? Cette dernière question touche au problème d'un système « à deux vitesses ».

Les tenants d'un système axé sur un payeur unique invoquent l'argument de l'équité. Ils soutiennent que les services de santé devraient être fournis exclusivement en fonction du besoin et que l'adoption d'un deuxième niveau de soins qui ne serait accessible qu'à une minorité ayant les ressources nécessaires pour payer va à l'encontre des principes d'équité et de justice. Cette critique sous-entend que le système canadien ne présente à l'heure actuelle aucune des caractéristiques d'un système « à deux vitesses », mais est-ce vraiment le cas?

Les personnes qui peuvent se le permettre vont déjà se faire soigner à l'extérieur du Canada (en général aux États-Unis) lorsqu'elles n'ont d'autre choix que de patienter longtemps pour leur traitement au Canada. Des données non scientifiques mais néanmoins probantes permettent de croire que la situation au Canada ressemble à celle qui existe en Australie. En effet, comme nous l'a expliqué l'un de nos témoins australiens, l'accès aux services de santé publics est généralement plus facile à obtenir pour les gens fortunés ou puissants qui comprennent les rouages du système et ont des relations au sein des services et des administrations hospitalières. De plus, dans la plupart des provinces, les commissions provinciales des accidents du travail ont un accès préférentiel aux traitements pour leurs clients, sous prétexte qu'elles doivent les remettre rapidement au travail (et non pas, soit dit en passant, pour qu'elles puissent faire des économies).

Pour toutes ces raisons, donc, le système canadien n'est pas aussi « démocratique » que la plupart des Canadiens le croient ou que la plupart des porte-parole gouvernementaux le soutiennent. Que cela constitue ou non un argument pour élargir encore la portée du système « à deux vitesses », c'est le lecteur qui en décidera.

## **Chapitre 8**

### **Enjeux et options quant au financement**

La question qui attire le plus l'attention des médias dans le domaine des soins de santé est celle de savoir quel montant chaque palier de gouvernement devrait dépenser pour soutenir le système tel qu'il est organisé à l'heure actuelle. Formulée de cette façon, cette question fait abstraction de deux interrogations essentielles :

- Premièrement, quelles économies peut-on réaliser en mettant l'accent sur l'efficacité, notamment par la réforme des soins primaires, la régionalisation des services de santé, la sous-traitance à des établissements de soins de santé privés à but lucratif, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé des populations? (Ces mesures sont étudiées à la section 8.2.)
- Deuxièmement, si de nouvelles sources de financement sont nécessaires, l'argent versé au secteur des soins de santé devrait-il provenir du contribuable en passant par le gouvernement ou directement du contribuable? (Une gamme d'options de financement gouvernemental et de financement individuel direct est exposée aux sections 8.3 et 8.4.)

La question de savoir si de nouvelles sources de financement sont nécessaires pour assurer la viabilité du système de soins de santé mobilise deux écoles de pensée. Les partisans de la première école prétendent qu'un fonctionnement plus efficace du système générera assez d'économies pour éviter tout recours à de nouvelles sources de financement. Cette façon de voir se reflète dans le récent rapport Fyke sur les soins de santé en Saskatchewan ainsi que dans divers rapports et articles de presse de nombreux auteurs, dont le D<sup>r</sup> Michael Rachlis.

De nombreux analystes reconnaissent que l'efficacité et l'efficacité du système de soins de santé canadien doivent être améliorées, mais personne ne s'entend sur les économies que cela permettrait de réaliser. Ce qui nous amène à la deuxième école de pensée, celle qui prône la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement. Selon ses tenants, certaines économies sont certainement possibles dans un système de soins de santé exigeant 90 milliards de dollars, et il faut tout faire pour mettre en œuvre des changements motivés par l'efficacité, mais on arrivera difficilement à améliorer l'efficacité et l'efficacité parce qu'à la fois l'attitude et le comportement de diverses personnes ayant des intérêts acquis au sein du système – des patients, des fournisseurs de services, des sociétés pharmaceutiques, etc. – se sont avérés fort imperméables au changement au fil des ans. En effet, si bon nombre des changements proposés étaient aussi faciles à appliquer que le prétendent les partisans de la première école, il faut se demander pourquoi ils n'ont pas encore été mis en œuvre.

Le Comité estime donc qu'il est important d'agir avec prudence et d'élaborer des politiques et des plans qui seront efficaces même si les changements apportés au système actuel ne produisent pas suffisamment d'économies. Procéder autrement équivaldrait à mettre tous nos œufs dans le même panier ou, en d'autres termes, à faire reposer l'avenir du système sur des changements dont la faisabilité et le potentiel d'économies sont douteux.

L'opinion du Comité tient compte du fait que l'approche préconisée par la première école de pensée présente un avantage important : elle permet d'éviter la plupart des difficiles questions de financement évoquées dans le reste du présent chapitre. Il est certes tentant d'adopter le point de vue de la première école, et ainsi de faire fi des enjeux les plus épineux dans le domaine des soins de santé, mais le Comité est d'avis qu'une planification responsable des politiques publiques exige qu'on se rallie à celui de la deuxième école, et que les Canadiens devraient désormais se pencher sur les moyens à prendre pour trouver des fonds additionnels, tout en continuant d'organiser la prestation des soins de santé d'une façon plus efficiente.

La question se résume donc à savoir à quelles nouvelles sources de financement nous devrions faire appel. Plusieurs options sont proposées à la section 8.3, pour la plupart des variantes de mécanismes de financement fédéraux actuels ou antérieurs :

- Retour au partage des coûts (8.3.1), maintien du financement global (section 8.3.2), financement global amélioré en vertu du TCSPS (section 8.3.3) ou conversion de tous les transferts monétaires du TCSPS en transferts de points d'impôt (section 8.3.5).
- Comptes d'épargne individuels pour dépenses médicales (« comptes d'épargne santé ») dans lesquels la portion « santé » du TCSPS serait entièrement ou partiellement transférée (section 8.3.4).

À la section 8.4, nous examinons diverses méthodes qui permettraient aux personnes de payer directement la portion du coût des soins de santé qui n'est pas couverte par les fonds publics. Plus précisément, les options suivantes sont passées en revue :

- frais d'utilisation (section 8.4.3) : le patient paie comptant une portion du coût du service au moment de le recevoir;
- versements d'impôt sur le revenu sur la valeur des services que la personne reçoit du système de soins de santé public au cours de l'année (section 8.4.4);
- cotisations annuelles versées au gouvernement pour les soins de santé (section 8.4.5);
- primes d'une assurance-santé privée faisant concurrence à l'assurance-santé du gouvernement, de sorte que les personnes ayant une assurance privée puissent acheter les services dont elles ont besoin auprès d'établissements de soins de santé publics ou privés (section 8.4.6).

Il existe trois sortes de frais d'utilisation dans les pays industrialisés :

- l'assurance partielle, la plus simple : le patient paie un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût du service qu'il reçoit. Ainsi, plus le coût du service est élevé, plus le montant à déboursier est élevé. Bon nombre de régimes d'assurance-médicaments exigent ce mode de paiement.
- la quote-part, la solution de rechange à l'assurance partielle : au lieu de payer une partie du coût du service, le patient paie des honoraires fixes par service (disons 5 \$). On demande le même montant, quel que soit le coût du service. Ce genre de frais d'utilisation existe dans bien des pays, dont la Suède.
- la franchise : le patient paie le coût total des services reçus au cours d'une période donnée, jusqu'à concurrence d'un certain plafond, qu'on appelle franchise. Au-delà de ce plafond, les coûts des services fournis sont couverts par le régime d'assurance. Tous les usagers paient une franchise minimale standard, quelle que soit la quantité de services reçus. Ce genre de frais d'utilisation fondés sur l'assurance a cours dans certains pays.

Pour ce qui est de considérer comme un revenu imposable la valeur des services de santé reçus au cours de l'année, l'option proposée à la section 8.4.4 comporte un seuil maximum pour l'impôt supplémentaire que paierait la personne pour une année donnée.

Quant aux cotisations annuelles versées au gouvernement (section 8.4.5), il pourrait s'agir d'un montant fixe ou d'un montant variant selon le revenu de la personne. Cependant, contrairement aux options frais d'utilisation et impôt sur le revenu, les cotisations annuelles ne varieraient pas selon la quantité de soins de santé reçus au cours de l'année.

Certaines des options proposées – à savoir les frais d'utilisation pour les services de santé financés par les deniers publics, les comptes d'épargne santé et les assurances médicales privées – peuvent soulever un certain nombre de préoccupations quant aux répercussions possibles d'un système de soins de santé à deux vitesses. Trois suggestions ont été faites pour contourner les aspects négatifs d'un système de soins de santé à deux vitesses tout en maintenant la qualité du système financé par les deniers publics :

- tous les médecins seraient tenus de travailler un certain nombre d'heures au sein du système financé par l'État, ce qui signifie qu'ils ne seraient pas autorisés à travailler exclusivement dans le système financé par le secteur privé;
- le système de santé public garantirait que les délais d'attente pour divers traitements ne dépasseraient pas un certain plafond, faute de quoi le gouvernement serait tenu de payer pour que le traitement soit assuré dans le système privé;

- un organe indépendant serait mandaté pour veiller à ce que la technologie des soins de santé dans le secteur public soit aussi avancée que dans le secteur privé.

Le Comité aimerait avoir l'avis des Canadiens sur un système de soins de santé à deux vitesses dans lequel les trois conditions qui viennent d'être énoncées seraient respectées.

En examinant diverses options de financement, il est important de ne pas perdre de vue que chaque option a des répercussions sur les comportements autant qu'une incidence financière. Des exemples tirés de plusieurs pays qui disposent d'un système de soins de santé universel montrent bien que le mode de financement du système peut contribuer à l'atteinte des grands objectifs d'intérêt public consistant à offrir les meilleurs soins possibles au moindre coût.

Malheureusement, comme l'ont souligné de nombreux témoins, le système de soins de santé actuel au Canada offre très peu d'incitatifs pour encourager les fournisseurs de soins à réduire les coûts ou à mieux intégrer les services (grâce, par exemple, à une réforme des soins primaires). Il n'encourage pas non plus les consommateurs à utiliser le système d'une façon responsable.

Les frais d'utilisation peuvent jouer un rôle très utile pour faire bifurquer la demande de soins de santé très coûteux vers des soins moins chers, sans nuire à l'accès aux services médicaux nécessaires. Mais cela ne sera possible que si des services moins chers sont disponibles et qu'ils sont assurés.

Nous posons donc les questions suivantes à propos de la structure de financement des soins de santé au Canada :

- La structure financière devrait-elle être telle que tous les intervenants du système – consommateurs, fournisseurs, administrateurs d'établissements de soins de santé, etc. – trouvent un avantage à utiliser le système de manière aussi efficiente que possible?
- Devrait-on encourager les patients à comprendre qu'au-delà de leur droit à un système de soins de santé universel, ils ont également la responsabilité d'utiliser ce droit de manière raisonnable et judicieuse?

Les réponses à ces questions auront un impact direct sur le choix du système de financement de l'avenir.

Après avoir décrit une série d'options touchant les questions financières, le chapitre 8 aborde la question de la sélection des personnes et des services qui devraient être couverts par le régime d'assurance-santé public, car elle a une incidence directe sur le coût des services de santé subventionnés par l'État.



À la section 8.8, diverses options sont avancées en vue de réduire le coût des médicaments d'ordonnance, la fraction des coûts des soins de santé qui augmente le plus rapidement. Ces options ne sont pas absolument exclusives; elles pourraient toutes être retenues :

- un formulaire pharmaceutique national (section 8.8.1)
- l'obligation d'utiliser les médicaments qui coûtent le moins cher mais qui sont quand même efficaces d'un point de vue thérapeutique (section 8.8.2)
- le maintien de l'interdiction de publiciser les médicaments d'ordonnance (section 8.8.3)

L'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national pourrait ouvrir la voie à la création d'un organisme national d'approvisionnement unique accessible à tous les ordres de gouvernement, provincial, territorial et fédéral. Le pouvoir d'achat d'un tel organisme serait considérable. Cela renforcerait vraisemblablement la capacité des régimes d'assurance-médicaments publics d'obtenir des compagnies pharmaceutiques le prix d'achat le plus avantageux.

L'établissement d'un système de gestion des médicaments rentable qui ne répertorierait, dans les formulaires, que les médicaments d'ordonnance les plus efficaces par rapport à leur coût devient une nécessité qu'il faut envisager vu les ressources limitées du système de soins de santé public. Au cours des dernières années, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux ont commencé à utiliser leurs politiques de remboursement pour encourager les médecins à choisir parmi diverses pharmacothérapies concurrentes. Dans certains cas, un médicament ne fait tout simplement pas partie de la liste du formulaire lorsqu'il est plus coûteux que des substituts s'avérant tout aussi efficaces pour le traitement d'une maladie donnée. Dans d'autres cas, un régime d'assurance-médicaments (par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario) ne remboursera un médicament plus cher en vertu d'une autorisation spéciale que s'il a été préféré à un substitut moins cher parce qu'il a été prescrit pour une seule de ses indications et non pour les autres. La politique de la Colombie-Britannique qui consiste à établir le coût en fonction d'un médicament de référence a été utilisée à cette même fin. En effet, la province ne rembourse jusqu'à concurrence du prix d'un médicament de référence dans une catégorie thérapeutique particulière que si la nécessité de prescrire un produit plus coûteux a été démontrée par le médecin et est approuvée a priori par le régime d'assurance-médicaments.

Deux questions stratégiques sont particulièrement difficiles à résoudre : jusqu'à quel point les gouvernements devraient-ils adopter un programme imposant la sélection du médicament le moins coûteux ayant des effets thérapeutiques équivalents? Et avec quelle rigueur devrait-on appliquer cette politique de substitution?

La troisième question à aborder au chapitre du coût des médicaments d'ordonnance est celle de savoir si les compagnies pharmaceutiques devraient être autorisées à publiciser les médicaments d'ordonnance. Actuellement, Santé Canada interdit toute publicité directe auprès du consommateur et limite la publicité des médicaments d'ordonnance aux

fournisseurs de soins de santé. La publicité s'adressant directement aux consommateurs est interdite dans la plupart des pays industrialisés. Aux États-Unis, où elle est permise (l'industrie dépense des centaines de millions de dollars chaque année en publicité), des études montrent que les médecins, particulièrement les médecins de famille, rédigent une très forte proportion d'ordonnances pour lesquelles le patient demande tel ou tel médicament parce qu'il a vu la publicité. Ce n'est guère surprenant puisque le but même des annonces publicitaires est de faire croître la demande. On a donc proposé que, pour éviter une telle augmentation de la demande de médicaments d'ordonnance au Canada, le gouvernement fédéral continue d'interdire la publicité portant sur les médicaments d'ordonnance.

À la section 8.9, nous présentons une série d'options visant à augmenter la couverture pour les médicaments d'ordonnance subventionnés par l'État. Il y est question, entre autres, de diverses formes d'un programme national d'assurance-médicaments (sections 8.9.1 à 8.9.3) et d'un régime qui protégerait les Canadiens contre des coûts de médicaments prohibitifs. Deux modes de financement d'un tel programme sont proposés. Le premier est un régime d'assurance conjoint secteur public/secteur privé (section 8.9.4) et l'autre un programme fiscal (section 8.9.5). Si l'on insiste sur la nécessité d'un programme visant à empêcher les coûts exorbitants des médicaments, c'est qu'il s'agit de la plus importante lacune de la couverture des thérapies faisant appel à des « médicaments nécessaires d'un point de vue médical ». De plus, un tel programme cadre bien avec le rôle traditionnel du gouvernement du Canada en ce sens qu'il constituerait un filet de sécurité en cas de catastrophe.

Environ 3 % de la population canadienne ne dispose d'aucune assurance-médicaments couvrant les médicaments d'ordonnance. Le Comité a appris que la plupart de ces personnes sont des adultes d'âge actif. Des données qualitatives donnent aussi à penser que ce groupe partage quelques-unes des caractéristiques suivantes : employés non qualifiés peu rémunérés, employés à temps partiel, employés saisonniers et personnes en chômage pendant de courtes périodes. En cas de maladie, ces personnes n'ont aucune protection contre les prix très élevés, voire exorbitants, des médicaments d'ordonnance.

Les familles à faible revenu, particulièrement dans les provinces ou les territoires qui n'ont pas de régime public d'assurance-médicaments pour le grand public, sont souvent dans des situations difficiles. Leur revenu est trop élevé pour qu'elles aient droit à l'aide sociale, mais elles n'ont généralement pas d'emplois réguliers et n'ont donc aucune assurance collective. Les coûts des médicaments peuvent les placer dans une situation financière telle que leur revenu disponible, après l'achat, est inférieur à celui des assistés sociaux.

En outre, dans les quatre provinces de l'Atlantique, il n'existe aucun régime public universel qui permette de limiter l'exposition des personnes et des familles aux coûts élevés des médicaments d'ordonnance. Justement, une étude récente subventionnée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada a permis de conclure que plus de 25 % des habitants des Maritimes n'ont pas d'assurance contre les coûts exorbitants des médicaments d'ordonnance et qu'encre 25 % peuvent être considérés comme sous-assurés.

Enfin, à la section 8.10, le rapport aborde la question des soins à domicile, l'autre forme de soins qui, avec les médicaments d'ordonnance, est le plus fréquemment mentionnée comme pouvant faire l'objet d'une extension de la couverture qu'offre le système subventionné par l'État.

Un programme efficace de soins de santé à domicile peut contribuer à réduire à long terme les coûts du système de soins de santé pour un certain nombre de motifs :

- il réduit la pression sur l'occupation des lits réservés aux soins actifs (de courte durée) en permettant de donner un traitement médical dans un environnement moins coûteux et de réserver les ressources hospitalières pour les cas où elles sont indispensables (en d'autres termes, les soins à domicile se substituent aux soins hospitaliers actifs);
- il réduit la demande de lits pour soins de longue durée en permettant à la population vieillissante de maintenir son indépendance à domicile et donc sa dignité (en d'autres termes, les soins à domicile servent de substitut aux soins prodigués en maison de repos);
- il permet aux patients en soins palliatifs de passer leurs derniers jours dans le confort du milieu familial (en d'autres termes, les soins à domicile se substituent aux soins prodigués par des établissements de soins palliatifs).

Nombre de témoins ont prétendu que lorsque des soins à domicile viennent remplacer des soins actifs, ils devraient être mis sur le même pied que les soins actifs offerts dans d'autres milieux et, par conséquent, être régis par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

En ce qui a trait aux soins à domicile qui se substituent aux soins palliatifs de longue durée, on s'est demandé s'il ne faudrait pas exiger des patients qu'ils versent une quote-part plus élevée, tant qu'ils auront des ressources financières suffisantes, pour aider à payer le coût des services. Certaines provinces exigent déjà une quote-part plus élevée, d'autres non. Dans les premières, de nombreux patients sont obligés d'épuiser la plus grande partie de leurs ressources personnelles avant que leurs soins de longue durée soient entièrement payés par le gouvernement. Cela soulève la question de savoir si les personnes qui ont les ressources financières nécessaires pour payer le coût de leurs soins de longue durée devraient le faire, ou si elles devraient être subventionnées par l'État tout comme les personnes moins nanties, afin qu'elles puissent laisser un héritage plus important à leurs proches.

Au chapitre des soins à domicile, une série d'options est proposée :

- un programme complet de soins à domicile accessible à l'échelle nationale (section 8.10.1);
- un régime de déductions et de crédits fiscaux pour les consommateurs de services de soins à domicile (section 8.10.2);

- la création d'un fonds d'assurance spécialisé en vue de prémunir les personnes contre la hausse des coûts des soins à domicile (section 8.10.3);
- une série de mesures destinées à soutenir financièrement les personnes – habituellement des femmes – qui prodiguent des soins non rémunérés à un membre de leur famille.

Le tableau suivant résume les options présentées au chapitre 8.

<b>OPTIONS RELATIVES AU RÔLE DE FINANCEMENT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL</b>	
<b>Modifications apportées à la prestation des soins de santé (8.2)</b>	Amélioration de l'efficacité et de l'efficacités (8.2.1)
	Réforme des soins primaires (8.2.2)
	Régionalisation des services de santé (8.2.3)
	Recours, à contrat, à des établissements privés à but lucratif (8.2.4)
	Promotion de la santé et prévention de la maladie (8.2.5)
<b>Formule de financement fédéral des soins de santé (8.3)</b>	Partage des coûts (8.3.1)
	Formule actuelle de financement global (8.3.2)
	Amélioration du TCSPS (8.3.3)
	Comptes d'épargne santé pour dépenses médicales (8.3.4)
	Transferts fiscaux (8.3.5)
<b>Augmentation des recettes gouvernementales pour les soins de santé (8.4)</b>	Au moyen des recettes générales : Réaffectation des recettes existantes aux services de santé (8.4.1)
	Augmentation des impôts (8.4.2)
	Au moyen des paiements directs : Frais d'utilisation (8.4.3)
	Imposition des soins de santé (8.4.4)
	Cotisations pour soins de santé (8.4.5)
<b>Assurance-santé privée (8.4.6)</b>	Pour les soins de santé offerts par des organismes publics ou privés
<b>Soins de santé subventionnés par l'État (8.7)</b>	Radiation de certains services (8.7.1)
	Augmentation de la couverture (8.7.2)
<b>Réduction du coût des médicaments d'ordonnance (8.8)</b>	Formulaire pharmaceutique national (8.8.1)
	Recours au médicament efficace le moins cher (8.8.2)
	Publicité des médicaments d'ordonnance auprès du grand public (8.8.3)
<b>Augmentation de la couverture des médicaments d'ordonnance (8.9)</b>	Programme national d'assurance-médicaments (8.9.1)
	Programme public complet (8.9.2)
	Programme conjoint complet (public/privé) (8.9.3)
	Programme conjoint (public/privé) de protection contre les prix élevés des médicaments (8.9.4)
	Mesures fiscales de protection contre les prix élevés des médicaments (8.9.5)
<b>Soins à domicile (8.10)</b>	Programme national de soins à domicile (8.10.1)
	Déductions et crédits fiscaux (8.10.2)
	Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile (8.10.3)
	Mesures particulières pour les dispensateurs de soins bénévoles (8.10.4)

## Chapitre 9

### Questions et options concernant le rôle de recherche et d'évaluation

Le rôle du gouvernement fédéral dans le champ de la recherche et de l'évaluation comporte deux volets car il s'étend à la fois au financement de la recherche médicale innovatrice et à l'aide financière à l'évaluation des projets pilotes. D'une audience à l'autre, tous les témoins ont reconnu unanimement que le financement de la recherche innovatrice et de l'évaluation de projets innovateurs devrait rester, à l'avenir, une prérogative du gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral a une longue tradition d'aide financière à la recherche dans le domaine de la santé (plus de 40 ans). En fait, jusqu'en 1994, il représentait la principale source de financement de cette recherche au Canada. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes de financement fédéral de la recherche dans ce domaine. La principale préoccupation exprimée par les témoins aux audiences publiques au sujet de la recherche en matière de santé tenait au fait que les dépenses du Canada s'avéraient modestes par comparaison avec d'autres pays industrialisés et que le gouvernement fédéral devrait consacrer davantage de fonds à ce secteur d'activité. Parmi les autres questions abordées, on peut citer le transfert des connaissances, les disparités régionales et les questions d'éthique.

Tous s'entendent pour reconnaître que la recherche sur la santé constituera un des principaux moteurs de changement du système de soins de santé canadien dans les années à venir (section 9.1). Les connaissances acquises par l'entremise de la recherche sur la santé se traduisent directement en une amélioration du diagnostic, du traitement, de la cure et de la prévention de nombreuses maladies. Ce changement à son tour entraîne une diminution des coûts du système de soins de santé

- en réduisant le coût de la maladie, tant sociale qu'économique, grâce à la mise au point de nouveaux médicaments, produits, technologies et découvertes qui abrègent l'hospitalisation, accélèrent la guérison et prolongent les périodes de bonne santé;
- en améliorant l'efficience et l'efficacité de la prestation des soins de santé;
- en guérissant la maladie.

La première option consisterait à augmenter la part que consacre le gouvernement fédéral aux dépenses sociales en matière de recherche sur la santé à un pour cent de l'ensemble des dépenses consenties dans ce domaine par rapport au niveau actuel de financement qui se situe à environ un demi-pour cent (section 9.1.1). À cette fin, il faudrait pour le moins doubler le budget actuel d'IRSC pour le porter à 1 milliard de dollars. Cela aurait également pour effet d'aligner la contribution fédérale à la recherche sur la santé avec celle des gouvernements centraux d'autres pays. Plus important encore, un tel investissement fédéral contribuerait à faire de la recherche en matière de santé une industrie dynamique et avant-gardiste.

Le transfert des connaissances résultant de la recherche sur la santé renforcerait considérablement le processus de prise de décisions fondé sur l'expérience clinique dans le domaine de la santé et des soins de santé, au profit de tous les Canadiens (9.1.2). On a dit au Comité qu'il faut diffuser les résultats de la recherche sur la santé aux fournisseurs de soins de santé et aux décideurs politiques. Il convient également de lancer une campagne de sensibilisation publique en vue d'informer les Canadiens sur les résultats, notamment, de la recherche génétique, du clonage animal et de la recherche sur les embryons. On pourrait mettre sur pied un organisme qui aurait pour tâche de diffuser les résultats de la recherche biomédicale et clinique. Un tel organisme pourrait être créé dans le cadre d'IRSC ou au sein de Santé Canada. On pourrait également créer un organisme fédéral séparé dédié à cette tâche.

On a fait savoir au Comité qu'il existait, d'une région à l'autre du pays, une grande disparité en ce qui a trait à la capacité de recherche (section 9.1.3). Par exemple, certains établissements médicaux et centres d'étude sur la santé, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique et les Prairies, sont actuellement sous-financés et incapables de relever les défis qui leur permettraient de contribuer au succès du Canada dans le contexte concurrentiel de la recherche mondiale sur la santé. Le Comité aimerait recueillir des avis sur les mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour contribuer à réduire les disparités provinciales dans ce domaine.

Le Comité a entendu dire qu'un groupe d'experts sur l'éthique en matière de recherche vient d'être créé par IRSC en collaboration avec le CRSH et le CRSNG (section 9.1.4). Ce groupe d'experts dirigera la politique fédérale pour l'étude des questions d'éthique que soulève la recherche appliquée à des sujets humains. Le Comité a entendu dire que bien que cette politique préconise des normes élevées, il faudrait y adjoindre une surveillance efficace pour faire respecter ces normes. En outre, le groupe d'experts sur l'éthique en matière de recherche examinera la recherche financée par IRSC, le CRSH et le CRSNG, à l'exclusion des autres projets de recherche entrepris au Canada. On a proposé qu'un organe de surveillance national indépendant d'IRSC soit créé afin d'assurer la bonne marche des examens déontologiques pour toutes les entreprises de recherche financées par des fonds publics et privés, en particulier la recherche sur les tissus de l'embryon ou du fœtus humain, y compris la recherche sur les cellules embryonnaires.

Ces dernières années, le gouvernement fédéral a fourni des fonds permettant d'évaluer les projets pilotes innovateurs destinés à améliorer la prestation des soins de santé (section 9.2). Un volet important de ces projets pilotes tient à la nécessité de fournir une évaluation des résultats, notamment en ce qui a trait à l'impact du projet sur l'état de santé des populations, l'utilisation des services de santé, sa rentabilité et les améliorations apportées à la prestation des soins, à la sécurité des systèmes de soins de santé et à la confidentialité des renseignements personnels, etc. Tous les témoignages souscrivent au fait que le gouvernement fédéral devrait maintenir ou augmenter son niveau de financement dans le domaine de la recherche (section 9.2.1) tout en abordant la question des disparités régionales (section 9.2.2).

## **Chapitre 10**

### **Questions et options concernant le rôle d'infrastructure : technologie et systèmes d'information**

Le concept « d'infrastructure des soins de santé » comprend l'ensemble varié des ressources – à la fois physiques et humaines – qui soutiennent la prestation des soins de santé. Dans ce sens, l'infrastructure ne touche pas seulement les briques et le mortier, pas seulement l'équipement médical et la technologie sanitaire, mais aussi les ressources humaines, le secteur de l'enseignement et les systèmes d'information et de communication qui appuient les fournisseurs de soins de santé.

Bien que le Canada se classe au 5<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE pour ce qui est du budget total affecté aux soins de santé (comme pourcentage du produit intérieur brut), il se retrouve généralement parmi le tiers inférieur de ces pays pour ce qui est de l'accès à la technologie médicale. L'accessibilité n'est pas la seule question qui se pose en matière de technologie. Le « vieillissement » de cette technologie est également source de préoccupations.

L'accessibilité restreinte à la technologie médicale s'est souvent traduite par un accès limité aux soins et un allongement des délais d'attente. L'accès opportun au diagnostic et au traitement est un objectif primordial qu'il convient d'atteindre dans le cadre du système de soins de santé au Canada (voir le chapitre 7 pour une discussion plus approfondie du problème des listes d'attente).

Même si le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait une somme totale d'un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à se procurer de l'équipement médical neuf à des fins diagnostiques et cliniques, un certain nombre de préoccupations subsistent. Primo, certaines provinces n'ont pas demandé leur part de ces subventions, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige un partage des coûts. Secundo, il n'existe apparemment aucun mécanisme obligeant les provinces à rendre des comptes, ce qui permettrait de surveiller l'affectation des fonds. Tertio, des ressources supplémentaires sont requises pour faire fonctionner cet équipement. Selon les estimations, un investissement d'un milliard de dollars pour l'achat d'un nouvel équipement devrait être assorti d'une subvention supplémentaire de 700 millions pour couvrir les dépenses de fonctionnement. Quarto, un tel investissement ne réglerait pas le problème de l'équipement désuet. Un autre investissement d'un milliard de dollars serait requis pour moderniser l'équipement actuel.

Ces considérations laissent entendre que le gouvernement fédéral devrait envisager sérieusement de s'engager dans un programme de financement à long terme pour couvrir les dépenses afférentes à la technologie sanitaire (section 10.1.1). Un tel financement fédéral engloberait à la fois l'acquisition des technologies nouvelles, ainsi que le fonctionnement et la modernisation de l'équipement actuel. Dans le cadre de ce programme, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient être tenus de faire rapport aux Canadiens sur la façon dont ils ont investi ces fonds fédéraux; autrement, le gouvernement fédéral n'aurait aucun moyen de savoir si son argent est dépensé aux fins pour lesquelles il a été prévu.

L'évaluation de la technologie des soins de santé (ETSS) (section 10.1.2) fournit des renseignements sur la sécurité, l'efficacité clinique et l'efficacité économique. L'ETSS peut aider à décider si une nouvelle technologie devrait être adoptée et quand une technologie en usage devrait être remplacée. Chose plus importante encore, l'ETSS veille à ce que les technologies des soins de santé soient efficaces, qu'elles s'appliquent dans des conditions et des cas appropriés et que la solution la moins coûteuse soit retenue pour obtenir un résultat donné.

Au Canada, on n'accorde pas assez d'attention à l'ETSS. Par exemple, l'ensemble des paliers de gouvernement y investissent moins de 8 millions de dollars alors que le Royaume-Uni fournit quelque 100 millions de dollars à l'organisme national chargé de l'ETSS – le National Institute for Clinical Excellence (NICE). Il en résulte que les technologies des soins de santé sont souvent introduites dans le système canadien sans que l'on ait une connaissance approfondie de leur sûreté, de leur efficacité et de leur coût.

Une des principales faiblesses de notre système de soins de santé est qu'il s'apparente à une « industrie artisanale » (voir également la discussion portant sur le secteur des soins primaires au chapitre 5). D'une part, le secteur des soins de santé au Canada fait moins appel à la technologie de l'information et des communications que d'autres industries axées sur l'information. D'autre part, le système de soins de santé n'est pas intégré : les médecins et autres fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent comme des entités indépendantes ayant un accès limité aux mécanismes de liaison qui permettraient une meilleure diffusion de l'information.

Une meilleure utilisation des technologies de l'information et des communications (section 10.2), de concert avec une meilleure intégration des fournisseurs et des établissements de soins de santé, améliorerait considérablement les processus de prise de décision, fondés sur l'expérience clinique, des fournisseurs, des gestionnaires et des décideurs en matière de santé.

Beaucoup de témoins ont souligné qu'il fallait d'urgence améliorer notre capacité de gérer l'information sur la santé. Ils sont allés jusqu'à recommander qu'on le fasse même si cela signifie, à court terme, que les listes d'attente s'allongent, qu'on achète moins de technologies de la santé et qu'on remette à plus tard certaines autres dépenses. De l'avis de nombreux témoins, il est essentiel que nous améliorions notre capacité de gérer l'information sur la santé si nous voulons que le régime d'assurance-santé survive.

L'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé est souvent désignée par terme « télémédecine ». Parmi les applications de la télémédecine qui sont envisagées au Canada dans le but de partager l'information et d'intégrer la prestation des soins de santé, on peut citer les systèmes d'informatisation des dossiers médicaux et les sources d'information sur la santé de l'Internet.



Le principal défi à relever consiste à regrouper les diverses infrastructures qui s'élaborent actuellement de façon dispersée dans divers établissements et diverses provinces. C'est ce qui résultera de l'infostructure de la santé qui a été proposée pour le Canada (10.2.1). Il ne s'agira pas d'une structure monolithique mais d'une constellation de réseaux qui s'appuiera sur des projets déjà en place ou en élaboration aux paliers fédéral, provinciaux et territoriaux. Il s'agit certainement là d'une entreprise aussi coûteuse qu'ambitieuse qui demandera des années avant de voir le jour. Il est toutefois indispensable d'y parvenir si nous voulons acquérir des renseignements valables sur la santé des Canadiens, sur l'état de notre système de soins de santé et sur l'efficience et l'efficacité de la prestation et de la distribution de ces services.

En mettant en œuvre cette option, il conviendrait d'accorder la priorité à l'informatisation des dossiers médicaux puisqu'un tel système est la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et judicieux, capable d'améliorer la qualité et la responsabilisation. Sans cette sorte d'infostructure, les perspectives d'un système de soins de santé vraiment axé sur le patient et les perspectives de renforcement de l'efficience dans la prestation des services de santé sont minces. En fait, un système de dossiers médicaux informatisés est essentiel si on veut vraiment réformer les soins de santé primaires.

La télémédecine (section 10.2.2) est une forme d'application de l'informatisation des systèmes de soins de santé<sup>1</sup> qui peut grandement améliorer la qualité et l'accès à des soins opportuns, particulièrement dans les régions rurales et éloignées du Canada. L'accessibilité des soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* qui fondent une médecine axée sur le patient. Toutefois, les populations canadiennes rurales se préoccupent toujours davantage des disparités qui se manifestent entre les services offerts dans les zones rurales et éloignées et ceux qui sont offerts dans les régions urbaines.

La télémédecine est un volet important de la politique de santé du gouvernement fédéral en région rurale. Dans le contexte de la santé des populations rurales, elle offre les avantages suivants : elle répond à la pénurie de fournisseurs de soins de santé en milieu rural et aux lacunes de la formation médicale; elle améliore l'infrastructure de santé rurale; elle permet de se conformer au principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* et elle assure une diffusion plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans tout le pays.

La production d'un volume considérable de renseignements sur la santé constituera un des résultats importants de l'infostructure canadienne de la santé. Tous les membres des divers paliers de gouvernement et tous les intervenants dans le secteur de la santé sont d'avis qu'un système de soins de santé fondé sur l'expérience clinique peut offrir une plus grande responsabilisation et assurer l'amélioration continue de l'état de santé et de la prestation des soins de santé, de même qu'une meilleure compréhension des déterminants de la santé (section 10.3).

---

<sup>1</sup> NDT : Nous n'avons trouvé, en français, qu'un seul équivalent pour les termes anglais "telemedicine" et "telehealth" : «télémédecine». Puisqu'on ne peut dire que la télémédecine est une forme d'application de la télémédecine, nous avons fait appel à l'expression «informatisation des systèmes de santé» pour traduire "telehealth".

Le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, s'est clairement engagé dans la voie d'une plus grande responsabilisation dans le domaine des soins de santé lorsqu'il a signé l'Accord des premiers ministres en septembre 2000. Un comité chargé de faire rapport sur des indicateurs de rendement, présidé par l'Alberta et comptant parmi ses membres des représentants de Terre-Neuve, du Québec, de l'Ontario et de Santé Canada, s'efforce d'établir et de recommander une liste d'indicateurs. De la même façon, le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulé *Health Care in Canada*, constitue un pas vers un processus de comptabilité nationale dans le domaine des soins de santé. L'une des possibilités consisterait à étendre la capacité d'analyse d'information de l'ICIS et sa capacité de rendre compte chaque année aux Canadiens de leur état de santé et de l'état de leur système de soins de santé (section 10.3.1).

Dans la ligne de la recommandation de la Commission Fyke en Saskatchewan, un conseil national de la qualité des soins de santé (section 10.3.2) serait un organisme autonome, fondé sur l'expérience clinique et indépendant du gouvernement. Il aurait pour objet de fournir l'évaluation la plus objective possible de la prestation des services de santé et il ferait rapport à la fois au gouvernement et au grand public. Ce conseil entreprendrait, notamment, l'analyse du rendement du système de soins de santé, élaborerait des points de repère et des normes, étudierait les coûts et les avantages des programmes et services et évaluerait les tendances se manifestant dans l'état de santé des populations.

Les indicateurs de rendement élaborés par ce conseil national de la qualité des soins de santé poseraient les assises d'une amélioration de la qualité et serviraient de guide pour l'affectation des ressources. Le conseil mettrait le doigt sur les secteurs ayant besoin d'appui et permettrait au public de porter des jugements plus éclairés sur les divers secteurs et services ainsi que sur le système en général. Cela améliorerait considérablement la perspective d'une optimisation de l'utilisation des ressources publiques disponibles.

La reddition de compte de la part des gouvernements peut s'engager dans deux directions (section 10.3.3). Dans le cadre de la première option, le gouvernement fédéral ferait rapport aux Canadiens sur ses politiques et programmes en matière de santé (reddition de compte au public). La deuxième concerne les rapports fournis par les provinces et les territoires au gouvernement fédéral sur l'utilisation des paiements de transfert fédéraux (reddition de compte de gouvernement à gouvernement).

Le gouvernement fédéral pourrait montrer l'exemple en mettant sur pied un mécanisme de rapport permanent au public canadien sur les répercussions des politiques qu'il adopte en matière de santé et de soins de santé. Il pourrait, par exemple, nommer un commissaire à la santé qui serait chargé de cette fonction et prendre pour modèle le projet « Healthy People » mis sur pied par le Surgeon General des États-Unis avec la collaboration du Département américain de la Santé et des Services humanitaires.

La deuxième forme de reddition de compte – de gouvernement à gouvernement – peut sembler problématique à tous ceux qui estiment que le gouvernement

fédéral ne devrait jouer aucun rôle et ne devrait pas imposer aux provinces de rendre compte des programmes qu'elles offrent. Toutefois, étant donné le montant substantiel des subventions octroyées aux provinces et aux territoires par le gouvernement fédéral pour la prestation des services de santé, la responsabilité de ce gouvernement en matière de reddition de compte aux contribuables fédéraux exige qu'il comprenne bien comment leur contribution a été dépensée, bien ou mal. L'attribution d'un rôle au gouvernement fédéral, en ce qui a trait à l'obligation de reddition de compte entre gouvernements, n'a pas pour objet de lui permettre s'immiscer dans les prérogatives provinciales mais plutôt d'offrir aux Canadiens la possibilité de savoir comment leurs impôts fédéraux ont été dépensés, y compris par le gouvernement fédéral dans son rôle de fournisseur de services à des groupes de population particuliers, tout spécialement aux Autochtones du Canada.

## **Chapitre 11**

### **Enjeux et options pour le rôle d'infrastructure : ressources humaines en santé**

Une « crise » dans le domaine de la santé est fort plausible dans le secteur des ressources humaines, particulièrement si on se penche sur la situation des infirmières et infirmiers autorisés au Canada<sup>2</sup>. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoit que d'ici 2011 il y aura une pénurie d'au moins 59 000 infirmières au Canada, mais que cette pénurie pourrait atteindre 113 000 si on tient compte des besoins d'une population vieillissante. On constate également une pénurie chez les autres professionnels de la santé dans d'autres secteurs, notamment chez les techniciens de laboratoire et les pharmaciens.

L'évaluation de la situation des médecins est plus difficile. Alors que le nombre total de médecins s'est accru, le ratio des médecins à la population est resté relativement constant au fil des ans, en dépit de certaines fluctuations. Toutefois, les totaux ne révèlent pas tout. L'accessibilité des services offerts par les médecins varie largement selon le type de médecin à qui l'on a affaire et le lieu de résidence.

Il est improbable que l'on puisse régler rapidement les problèmes de ressources auxquels fait face le secteur de la santé. Tous les organismes nationaux représentant ce secteur ont fait valoir avec insistance qu'on a besoin d'une stratégie nationale, à long terme, conçue au Canada (stratégie de gestion des ressources humaines) et coordonnée par le gouvernement fédéral (section 11.2). Bien entendu, les provinces et les territoires n'ont pas seulement la responsabilité de la prestation des soins de santé à leur population, ils sont également chargés de l'éducation et de la formation. Relever le défi consiste donc à trouver un moyen d'élaborer une telle stratégie d'une manière qui soit acceptable pour les provinces et les territoires.

Il se peut que les gouvernements provinciaux et territoriaux résistent à l'intervention du gouvernement fédéral dans l'élaboration d'une telle stratégie de gestion des

---

<sup>2</sup> NDT : Pour alléger le texte, nous avons choisi d'utiliser la forme féminine de la profession, qui est la plus courante, dans le reste du rapport. Il convient donc de lire, dans chaque cas, « infirmiers et infirmières ».

ressources humaines. Par exemple, lors de leur réunion d'août 2001, les premiers ministres et chefs de file provinciaux et territoriaux ont consenti à développer en permanence la coopération interprovinciale en vue d'assurer un approvisionnement adéquat en fournisseurs de soins de santé, sans que le gouvernement fédéral intervienne. Néanmoins, le Comité est d'avis qu'une stratégie nationale (et non fédérale) reposant sur la participation de tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, est requise.

Deux autres questions touchant aux ressources humaines exigent de toute évidence l'attention de tous les gouvernements (section 11.3) :

- Comment faire le meilleur usage possible d'une gamme complète de spécialistes de la santé ayant des qualifications différentes pour que l'ensemble des compétences de chaque type de spécialiste soit utilisées de manière productive?
- Comment recruter, former et retenir une réserve adéquate de spécialistes des soins de santé qui peuvent s'adapter aux besoins de la population canadienne en matière de santé et de soins de santé?

Aujourd'hui, une structure fortement hiérarchisée permet de classer les professionnels de la santé et autres dispensateurs de soins. Les médecins spécialistes sont généralement perçus comme étant au sommet de cette pyramide, suivis par les médecins de famille, diverses catégories d'infirmières, depuis celles qui ont une formation poussée (infirmières praticiennes) jusqu'aux infirmières auxiliaires (infirmières auxiliaires autorisées). D'autres professionnels, allant des pharmaciens aux techniciens de laboratoire, reçoivent moins d'attention, mais n'en sont pas moins importants pour le fonctionnement harmonieux du système. Il ne faut pas oublier non plus les praticiens d'un éventail de médecines complémentaires qui ne cessent de se battre pour la pleine reconnaissance de leur contribution à la santé et au bien-être des Canadiens. Enfin, il existe une armée de dispensateurs de soins non professionnels et de bénévoles dont la contribution, quoique essentielle, est souvent totalement laissée pour compte.

Nous devons par conséquent demander explicitement s'il n'est pas temps de nous éloigner de ce mode de pensée hiérarchisé pour tenter d'adopter une approche plus complémentaire, de type spectral, à la gestion des ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé. Un tel concept réfuterait l'idée que les médecins spécialistes se situent plus haut sur l'échelle que leurs collègues généralistes, en vertu de leur connaissance plus approfondie d'un domaine particulier, ou que les médecins en général sont nécessairement plus hautement qualifiés que les infirmières. Au contraire, le concept est fondé sur la présomption que chaque profession a ses forces particulières et que celles-ci doivent être valorisées et déployées de manière adéquate.

Un des principaux obstacles à l'élaboration d'un plan de traitement de ces questions tient aux règles actuelles qui définissent ce que les membres des divers professionnels de la santé peuvent et ne peuvent pas faire (ce que l'on appelle les règles régissant le cadre des

fonctions). La réforme des soins primaires est essentielle si nous voulons rationaliser l'utilisation des ressources humaines dans le domaine de la santé (section 11.4). Les soins primaires constituent le premier niveau de soins et habituellement le premier point de contact de la population avec le système de soins de santé. Les services de soins primaires aident les personnes et les familles à prendre les meilleures décisions concernant leur santé. Ces services doivent être :

- coordonnés;
- accessibles à tous les consommateurs;
- fournis par des professionnels de la santé qui ont les habiletés requises pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités auxquelles ils s'adressent;
- conçus de telle sorte qu'on puisse rendre compte de la prestation des soins par l'entremise de la gérance communautaire.

Le travail d'équipe multidisciplinaire doit par conséquent être au cœur même de la prestation des soins primaires. Toutefois, le but de ce travail d'équipe ne devrait pas être de remplacer un dispensateur de soins de santé par un autre, mais plutôt de tenir compte des habiletés uniques que chacun offre à l'équipe et de coordonner le déploiement de ces compétences. Le client doit rencontrer le travailleur de la santé qui est le plus susceptible de régler son problème.

La façon dont les soins de santé sont fournis au Canada ne reflète généralement pas une philosophie des soins primaires (même si on peut dire que les centres de santé communautaires sont des exemples d'organismes offrant des services conformes à une telle philosophie). Les services de santé ne sont pas souvent coordonnés, pas plus qu'ils ne sont fournis par les praticiens les plus qualifiés; en outre, la connaissance et les habiletés de nombreux intervenants ne sont pas pleinement exploitées.

La mise en œuvre d'une stratégie de soins primaires, tel que noté précédemment dans ce rapport (voir le chapitre 5), présuppose également que l'on repense la pratique actuelle du paiement à l'acte comme mode principal de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte incite activement les médecins à ne pas s'engager dans un travail d'équipe et leur salaire dépend du nombre de patients qui les consultent. En outre, ce mode de rémunération encourage les médecins de famille à renvoyer d'office un grand nombre des cas plus complexes aux spécialistes puisqu'ils n'ont aucun avantage à consacrer davantage de leur temps aux cas difficiles. Enfin, la rémunération à l'acte renforce la perception qu'a le grand public de la hiérarchie qui préside à l'organisation du système de soins de santé et qui ne peut servir qu'à renforcer chez les patients la volonté de consulter dans tous les cas les médecins les plus hautement qualifiés, sans tenir compte du fait que ces spécialistes sont ou non les mieux placés pour répondre à leurs besoins.

Par rapport au paiement à l'acte, les formules de rémunération salariale et de rémunération per capita représentent les principales options, les services des médecins étant,

dans ces cas, rémunérés d'après le nombre de patients enregistrés dans leur secteur. Actuellement, certains médecins ayant d'importantes fonctions d'enseignement ou d'administration sont rémunérés sur une base salariale, mais il y a eu dans diverses provinces un certain nombre d'initiatives visant à organiser des groupes de praticiens selon certaines formes de capitation. Il est également possible de combiner ces formes de rétribution (comme on le fait en Grande-Bretagne).

La recherche d'autres modes de rémunération des médecins n'est pas le seul obstacle à surmonter si l'on veut réformer le système actuel de telle sorte que l'on fasse, dans le secteur de la santé, le meilleur usage possible de tous les types de ressources humaines. La réforme dans ce domaine va nécessairement à l'encontre de la distribution actuelle du pouvoir de décision et on peut s'attendre à ce que les gens qui y occupent les postes de pouvoir les plus en vue résistent à ces changements. La réforme des soins primaires aurait pour effet d'accroître le nombre de personnes partageant le sommet de la pyramide et il faudra trouver les moyens de persuader ceux qui occupent aujourd'hui un rôle dominant de la nécessité de céder une partie de leurs prérogatives.

Enfin, il est important d'envisager diverses façons d'encourager les patients eux-mêmes à solliciter les formes de soins les plus appropriées (section 11.5). Les Canadiens ont été incités à penser qu'ils doivent voir un médecin quand la consultation d'une infirmière auxiliaire peut suffire, ou qu'un spécialiste est nécessaire alors qu'un généraliste pourrait aisément fournir des soins de qualité comparable. Le système de prestation des soins de santé doit être organisé de telle sorte qu'il soit possible pour les patients de consulter le professionnel de la santé qui convient le mieux et il faut qu'il existe des mesures incitatives récompensant les patients qui ont fait le meilleur choix ou les pénalisant lorsqu'ils choisissent une solution inutilement coûteuse pour le système.

On pourrait, pour atteindre ce but, réclamer des honoraires qui ne s'appliqueraient que si un patient insistait pour voir un professionnel de la santé donné lorsque ce n'est pas jugé nécessaire lors de la première interaction du patient avec le système. Les renvois à des spécialistes sur l'avis d'un professionnel de la santé (infirmière de triage, généraliste) seraient sans frais, mais si les patients exigeaient de leur plein gré d'autres consultations, ils devraient verser des honoraires qui pourraient varier en fonction du type de professionnel consulté. Ces honoraires pourraient être remboursables si la consultation s'avérait nécessaire pour éviter de décourager totalement ceux qui souhaitent obtenir une deuxième opinion sur leur cas. Il pourrait également s'avérer possible de garantir des délais d'attente plus courts pour certaines catégories de professionnels et d'utiliser une telle garantie comme une mesure incitative supplémentaire afin de promouvoir un comportement sensible aux coûts chez les consommateurs de soins de santé.

Quatre grandes questions font partie intégrante du problème de planification des ressources humaines :

- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans l'élaboration d'un plan national des ressources humaines applicable à tout le personnel des services de santé?
- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans la mise en œuvre d'un tel plan (p. ex. par l'entremise du financement de l'infrastructure ou d'une contribution financière aux programmes de formation)?
- Comment les Canadiennes et les Canadiens peuvent-ils être « formés » ou encouragés à établir des distinctions et à discriminer entre leurs vrais besoins de services de santé et une demande de services fondée sur leurs désirs?
- Comment peut-on persuader ceux que l'on perçoit actuellement comme étant au sommet de la structure de pouvoir en matière soins de santé de céder une partie de ce pouvoir et de changer les règles du cadre de pratique pour qu'on puisse en arriver à une utilisation plus efficiente du personnel des services de santé (« efficiente » signifiant qu'un patient sera toujours examiné par un travailleur de la santé qualifié pour répondre à ses besoins et qui adressera le patient à un dispensateur de services ayant d'autres compétences lorsque ce patient en aura vraiment besoin)?

Une des difficultés inhérentes aux questions soulevées tient au fait que les deux premières questions dépendent fortement des hypothèses que l'on peut formuler sur l'échéancier et sur la nature précise des progrès que l'on peut réaliser dans les deux dernières.

## **Chapitre 12**

### **Questions et options concernant le rôle à jouer en matière de santé de la population**

Un bon système de soins de santé n'est qu'un des nombreux facteurs qui contribuent à garder les gens en bonne santé. Certains experts ont laissé entendre que seulement 25 % de la santé de la population était attribuable au système de soins de santé, 75 % dépendant de facteurs tels que la biologie et la supériorité génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

On s'entend généralement à reconnaître que de multiples facteurs – appelés les « déterminants de la santé » – influent sur l'état de santé. Parmi ces déterminants, on peut citer le revenu et le soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail; le milieu social et physique; les pratiques d'hygiène personnelle et les facultés d'adaptation.

Le terme « santé de la population » est utilisé pour renvoyer à l'état de santé général d'une population tel que résultant de l'ensemble des déterminants de la santé. Une stratégie d'amélioration de la santé de la population vise l'élimination des problèmes de santé latents avant qu'ils n'exigent un traitement au sein du système de soins de santé.

Un des principaux attraits d'une stratégie visant la santé de la population est qu'une telle stratégie permet de mieux comprendre pourquoi l'état de santé au Canada ne touche pas uniformément tous les segments de la population. Un large éventail d'indicateurs de l'état de santé montre qu'il existe d'importantes disparités, au sein de la population canadienne, notamment quant étudie différents paramètres tels que l'emplacement géographique, les facteurs démographiques, les conditions socio-économiques ou les différences liées au sexe.

La révolution qu'ont connue les soins de santé au XX<sup>e</sup> siècle a considérablement modifié la courbe de distribution des maladies, les principales causes de mortalité passant des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles (section 12.1). Les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont devenues les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, les blessures accidentelles venant au troisième rang des causes de mortalité.

Un certain nombre de tendances touchant la santé des jeunes Canadiens sont très inquiétantes. Il s'agit, entre autres, de l'embonpoint et de l'obésité, des troubles de l'alimentation, des nombreux cas d'ignorance des méfaits du tabac et des faibles niveaux de bien-être psychologique (section 12.2).

Les questions qui touchent à la maladie sont complexes, mais bon nombre des maladies chroniques et infectieuses et la plupart des blessures peuvent être prévenues. Néanmoins, on a eu tendance à tenter de guérir les maladies au lieu de les prévenir, en raison principalement d'un manque de volonté politique.

Selon de nombreux experts, le statut socio-économique est le facteur qui exerce la plus grande influence sur la santé (section 12.3). Les Canadiens à faible revenu et faible niveau d'éducation sont plus susceptibles que d'autres de souffrir d'un état déficient quel que soit le traitement appliqué, et on peut dire, en tenant compte des déterminants de la santé et de pratiquement tous les paramètres mesurés, que la santé des gens s'améliore avec l'augmentation des niveaux de revenu et d'éducation.

Le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie est un rôle bien établi (section 12.4). De la même façon, ce gouvernement a été reconnu comme un chef de file, à l'échelle mondiale, pour ce qui est du développement du concept de santé de la population. Il pourrait une fois de plus faire preuve de leadership en adoptant une stratégie de santé de la population qui s'applique à tous les Canadiens.

Les efforts de prévention doivent être adaptés et souples. Il n'y a pas de stratégie unique s'appliquant à tous (section 12.4.1). Les stratégies globales de prévention et de promotion doivent donc tenir compte des organes de liaison entre les facteurs de risque, de même qu'entre l'état de santé et les facteurs socio-économiques, démographiques et environnementaux.



Ces stratégies doivent également reconnaître la relation qui existe entre une collectivité saine et des citoyens en bonne santé. Parmi les approches qui permettent de s'attaquer à plusieurs facteurs de risque et peuvent produire des avantages multiples, on peut citer l'appui aux familles vulnérables, les programmes complets de promotion de la santé en milieu scolaire et de santé et sécurité au travail.

Le Comité est d'avis que plusieurs questions clés se posent pour ce qui est des stratégies de promotion de la santé de la population; celles-ci concernent, pour une grande part, les difficultés que soulève la transposition, en politiques réelles pouvant être mises en œuvre, des résultats de recherche visant à établir l'importance de ces stratégies concernant la santé de la population. En premier lieu, la multiplicité des facteurs influençant les résultats en matière de santé fait en sorte qu'il est extrêmement difficile d'associer causes et effets, particulièrement puisque l'effet n'est souvent perçu que plusieurs années après l'exposition à la cause.

En outre, en raison de la diversité des facteurs qui influencent les résultats en matière de santé, il est très difficile de coordonner les interventions gouvernementales à cet égard. Puisque le système de soins de santé lui-même n'est responsable que d'un pourcentage modeste des véritables déterminants de la santé, la responsabilité de la santé de la population ne peut s'arrêter aux divers ministères de la Santé. Toutefois, la structure de la grande majorité des gouvernements ne se prête pas facilement à une réglementation interministérielle de ces problèmes complexes.

Bien que de nombreuses difficultés soient associées à l'élaboration d'une stratégie efficace visant la santé de la population, le Comité estime qu'il est important que le gouvernement fédéral continue à essayer de donner l'exemple en explorant des moyens novateurs de transformer les bonnes théories en bonnes pratiques et de contribuer ainsi à l'amélioration des résultats en matière de santé au Canada. Le Comité aimerait mettre sur la table deux grandes options et solliciter les observations des lecteurs à leur endroit (section 12.4.2).

La première de ces options concerne la responsabilité fédérale pour ce qui est des services de santé offerts aux Autochtones du Canada (voir également le chapitre 13). L'idée-force tient au fait que, dans un domaine où la responsabilité fédérale est incontestable, il devrait être possible pour le gouvernement d'adopter une stratégie explicite en matière de santé de la population qui reconnaîtrait les nombreux facteurs contribuant au déplorable état de santé qui est toujours la norme dans de nombreuses collectivités autochtones.

La deuxième option octroierait au gouvernement fédéral un rôle encore plus important. En raison du fait qu'il faut, pour mettre en œuvre des stratégies visant la santé de la population, une vision très large, il est essentiel de trouver une façon de décloisonner les responsabilités dans le domaine des résultats des politiques et de scruter toutes les politiques à travers le prisme de ces stratégies. On pourrait à cette fin charger un « commissaire de la santé » (voir également le chapitre 10) de surveiller et de faire rapport sur l'incidence des politiques gouvernementales fédérales sur la santé.

Enfin, d'autres recherches sont nécessaires (section 12.4.3), particulièrement dans certains domaines. Souvent, l'argent est dépensé sans que des projets de recherche épidémiologique ne permettent d'établir où il faut l'investir. En ce qui a trait à la recherche sur les maladies chroniques, on note un manque de connaissance de l'usage qu'il faut faire de cette information pour la mise en œuvre de stratégies de prévention. À cet égard, des recherches s'imposent si l'on veut déterminer la meilleure façon de partager l'information sur la santé à la fois avec les fournisseurs de soins et avec chaque Canadien, et en particulier la meilleure façon de faire parvenir cette information aux membres des groupes socio-économiques défavorisés ou à ceux dont les capacités de lecture et d'écriture sont médiocres.

## **Chapitre 13**

### **Questions et options relativement au rôle à jouer dans le domaine de la santé des autochtones**

Il existe des disparités importantes entre les peuples autochtones du Canada et les autres Canadiens sur le plan de la santé et du point de vue socio-économique (section 13.1). Le Comité est d'avis que l'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Si ces derniers jouissaient d'un état de santé comparable à celui du reste de la population, le Canada serait probablement le pays où l'état de santé des habitants est le meilleur au monde. Il est clair que des améliorations s'imposent à cet égard. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants pour corriger immédiatement la situation.

Les soins de santé sont administrés aux Autochtone du Canada par l'entremise d'une gamme complexe de programmes et de services administrés par le fédéral, les gouvernements provinciaux et les collectivités autochtones (section 13.2). Qui fournit quoi à qui dépend d'un certain nombre de facteurs tels que le statut en vertu de la *Loi sur les Indiens*, le lieu de résidence (dans les réserves ou hors réserve), l'emplacement de la collectivité (non isolée ou éloignée) ainsi que de la question de savoir si Santé Canada a signé un accord de transfert pour la livraison de certains services de santé à une collectivité ou un organisme autochtone donné.

Pendant la deuxième phase de cette étude, le Comité s'est fait dire qu'en vertu de la *Loi sur les Indiens*, les Indiens de plein droit sont sous responsabilité fédérale. La construction d'hôpitaux et la prestation de services médicaux est toutefois du ressort de la province ou du territoire. Les Indiens inscrits qui résident dans une réserve ont droit aux services de santé généraux fournis par les provinces et les territoires tels que les hôpitaux, les services médicaux et les autres services assurés couverts par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Santé Canada, toutefois, offre des services d'urgence et des services directs de soins primaires dans les réserves situées dans des régions éloignées et isolées où aucun service provincial n'est disponible. Quel que soit le lieu de résidence (dans une réserve ou hors réserve), les Indiens de plein droit ont accès à des services de santé non assurés (SSNA) subventionnés par le gouvernement fédéral. Parmi ces services, on peut citer les médicaments, les fournitures et l'équipement sanitaires, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport des malades, les cotisations de soins de santé et le counseling d'urgence en santé mentale.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de fournir des services de santé aux Inuits, mais la livraison des services de santé à la population inuite du Canada varie selon la province de résidence. En 1988, le gouvernement fédéral a transféré la responsabilité de l'administration de la santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. À la création du Nunavut, le gouvernement de la nouvelle entité est devenu responsable du territoire du Nunavut. Le gouvernement fédéral fournit des fonds aux gouvernements territoriaux pour que ceux-ci puissent livrer des programmes de santé aux Indiens de plein droit et aux Inuits, y compris des services de santé non assurés.

Les Métis et les Indiens non inscrits n'ont pas accès aux programmes de santé fédéraux. Ils reçoivent des services médicaux des gouvernements provinciaux et territoriaux, sur la même base que les autres Canadiens. Les Métis et les Indiens non inscrits ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* et ne sont pas admissibles non plus aux services de santé non assurés financés par le gouvernement fédéral.

Dans l'ensemble, des obstacles juridictionnels à l'offre de services de santé aux Autochtones existent à deux niveaux. Le premier obstacle est attribuable à la répartition des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les conséquences de l'intervention de deux champs de compétence dans la prestation des services de santé sont notamment les suivantes : fragmentation du programme, problèmes de coordination des programmes et des mécanismes de rapport, inconsistance, lacunes, chevauchement possible des programmes, manque d'intégration, incapacité de rationaliser les services et obstacles à l'élaboration d'une vision holistique de la santé et du bien-être.

Le deuxième obstacle juridictionnel provient des divisions que crée la *Loi sur les Indiens* au sein même des populations autochtones. En raison du fait que les Métis et les Indiens non inscrits sont exclus du champ d'application de la loi, ils ne sont pas admissibles à la plupart des programmes fédéraux. De l'avis des témoins, ce manque de reconnaissance place les Métis et les populations non inscrites dans un véritable vide juridictionnel.

L'option proposée à la section 13.2.1 concerne l'élaboration par le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les représentants de tous les groupes autochtones, d'un plan d'action national sur la santé des Autochtones visant à améliorer la coordination de la prestation des soins de santé entre les ordres de gouvernement. Le ministre fédéral de la Santé pourrait faciliter une telle coordination.

La section 13.3 aborde les moyens à prendre pour assurer un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés aux Autochtones du Canada. Une stratégie à long terme visant à accroître le nombre de fournisseurs de services de santé autochtones pourrait être élaborée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (section 13.3.1). Dans le cadre d'une telle stratégie, le gouvernement fédéral pourrait fournir les ressources nécessaires pour former les Autochtones du Canada dans une gamme étendue de disciplines.

Une stratégie à long terme devrait également permettre de former, de recruter et de retenir les personnes qui ont embrassé une des nouvelles carrières dans le domaine de la santé, notamment les dispensateurs de soins à domicile, les éducateurs de la petite enfance, les travailleurs chargés de la prévention du diabète, les spécialistes de la télémédecine et les techniciens spécialisés en développement de systèmes.

La télémédecine pourrait également jouer un rôle important pour améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités autochtones (section 13.3.2). Dans les collectivités autochtones éloignées et isolées, la télémédecine offre divers avantages. Elle permet de tenir compte de la pénurie de dispensateurs de soins de santé et des lacunes de la formation médicale; elle améliore l'infrastructure des soins de santé; elle permet de se conformer au principe d'accessibilité mis de l'avant par la *Loi canadienne sur la santé* et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans toutes les régions du pays. Le Comité accueillera favorablement toute opinion sur la façon d'offrir aux Autochtones du Canada un accès adéquat à des services de santé culturellement adaptés et de haute qualité (section 13.3.3).

Les Autochtones, quel que soit leur groupe d'appartenance, ne se contentent pas de définir la santé comme l'absence de maladie (section 13.4). Ils adoptent une vue plus large du concept de santé (ils parlent de « bien-être ») qui englobe les facettes spirituelle, physique, mentale et émotionnelle de la personne. Ils expliquent que les diverses composantes de l'état de santé global peuvent être influencées par le milieu social, culturel, physique, économique et politique où évolue la personne. Le concept autochtone de bien-être met l'accent sur le fait que les solutions en matière de santé ne deviendront efficaces que si tous les facteurs ayant une incidence sur un problème particulier sont pris en considération. Les témoins ont laissé entendre que la politique du gouvernement fédéral portant sur la santé des Autochtones doit mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie et sur une stratégie holistique de promotion de la santé des populations.

Le gouvernement fédéral a été reconnu, à l'échelle mondiale, pour un chef de file dans l'élaboration du concept de santé de la population. Dans le cadre de l'option discutée à la section 13.4.1, il devrait, une fois de plus, faire preuve de leadership dans la mise en œuvre d'une stratégie de santé de la population visant particulièrement les Autochtones du Canada. Une telle stratégie devrait tenir compte, notamment, des conditions économiques, de diverses questions environnementales telles que l'accès à une eau potable propre et sans danger, de la prestation de soins de santé de haute qualité culturellement appropriés, ou de la possibilité de mener une vie saine. Le fait d'investir dans de telles activités améliorera l'état de santé des Autochtones et réduira la souffrance et les coûts résultant d'une santé déficiente. Cette option exigerait une collaboration interministérielle permanente et à grande échelle. Le ministre fédéral de la Santé pourrait intervenir à titre de chef de file.

Le gouvernement fédéral devrait également donner l'exemple en mettant sur pied un mécanisme permanent permettant de faire rapport, au public canadien, sur l'incidence de toutes ses politiques et programmes destinés à améliorer la santé des Autochtones. Il pourrait

s'agir de la première étape vers une responsabilisation du gouvernement fédéral dans le dossier des politiques sur la santé. Nous accueillerons toute option qui pourrait nous être proposée pour mettre en œuvre un mécanisme de reddition de compte efficace à l'échelle fédérale, dans le domaine de la santé des Autochtones (section 13.4.2).

Au fil des audiences, divers témoins ont souligné l'importance d'entreprendre des recherches sur la santé des Autochtones et de fournir ainsi des renseignements utiles sur la façon d'améliorer la prestation des services de santé et les résultats en la matière (section 13.5). Ils ont accueilli la création du nouvel Institut sur la santé des Autochtones au sein d'IRSC et ont souligné le fait qu'il est essentiel que ce nouvel institut dispose d'un niveau suffisant de financement. À leur avis, la diversité des groupes qui composent la mosaïque démographique autochtone doit se refléter dans les activités de recherche en matière de santé. En outre, des fonds devraient être affectés à des activités de recherche qui explorent divers modèles en vue d'obtenir des renseignements, fondés sur l'expérience, sur la façon d'élaborer et d'administrer des programmes ayant des effets sur la santé des Autochtones.

Étant donné la diversité des peuples autochtones et leurs besoins uniques en matière de santé et de soins de santé, il est essentiel de faire participer leurs collectivités au renouvellement des politiques et des programmes fédéraux qui ont une incidence sur la santé de leurs collectivités (section 13.6). Nous avons entendu dire que les programmes les plus fructueux, ceux qui ont donné les meilleurs résultats en matière de santé, sont aussi ceux qui ont reçu un appui significatif des membres des collectivités concernées. Le Comité voudrait obtenir des suggestions sur les processus les plus appropriés qui permettraient d'assurer la participation des Autochtones du Canada à la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes fédéraux destinés à améliorer la santé de leurs collectivités.

## **Chapitre 14**

### **Conclusion**

Pour nous, Canadiens, le système de soins de santé subventionné par l'État est l'une des principales caractéristiques de notre pays. Il a en fait presque acquis un statut mythique. Il traduit des valeurs typiquement canadiennes qui contrastent avec celles qui ont cours chez nos voisins américains.

L'assurance-santé repose sur le principe que la société canadienne devrait partager collectivement les risques et les conséquences des maladies et des blessures qui touchent chaque Canadien. Avant l'avènement de l'assurance-santé, ce sont généralement les malades ou les blessés eux-mêmes qui les assumaient, ou encore leurs familles ou divers organismes caritatifs. D'une façon générale, les Canadiens ont encore aujourd'hui ce sens de la responsabilité collective à l'égard des soins de santé, malgré les valeurs plus individuelles qui sont apparues ces dernières années et qui expliquent certains des grands changements sociaux récents.

De plus, les Canadiens considèrent les soins de santé un peu comme un bien public, même si plus de 30 % des coûts totaux des soins de santé sont payés au moyen de fonds privés. Ils les considèrent aussi comme un bien public en ce sens qu'ils s'attendent à ce que le gouvernement, tant fédéral que provincial, leur assure les services auxquels ils estiment avoir droit.

Vu la place qu'occupent les soins de santé dans la mentalité des Canadiens et dans la vie politique du pays d'une façon plus générale, on aurait pu s'attendre à ce qu'il y ait eu un débat continu et réfléchi sur la question au Canada, ce qui n'a malheureusement pas été le cas.

C'est ainsi que le Comité a décidé dès le début qu'il assurerait un service public utile en produisant un rapport sur les grandes lacunes du système de soins de santé canadien et sur les façons dont il propose d'y remédier. De plus, il voulait ce rapport objectif et non idéologique. Enfin, il était essentiel, selon lui, de n'exclure aucune option a priori. Voilà ce qu'il espère avoir réussi.

Nous reconnaissons que la liste des problèmes que nous avons évoqués n'est pas exhaustive et que bon nombre de nos lecteurs voudront la compléter. De la même façon, certains estimeront incomplète la série des options que nous proposons et voudront en ajouter de leur cru. Nous accueillerons avec plaisir tous ces ajouts à notre travail. À notre avis, ils aideront à réaliser l'objectif que nous nous étions fixé : servir de catalyseur en vue d'un débat public éclairé sur la question des soins de santé.

Mais surtout, nous espérons que les Canadiens – c'est-à-dire les personnes qui bénéficient le plus du régime d'assurance-santé du Canada et celles qui seront le plus touchées par les changements qui y seront apportés – prendront le temps d'écrire au Comité et de lui faire savoir quelles options ils préfèrent et pourquoi. Nous comptons énormément sur l'opinion des Canadiens pour nous aider à rédiger notre rapport final et les recommandations qu'il renfermera.

Veillez vous adresser à :

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie  
Le Sénat  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0A4  
[sante@sen.parl.gc.ca](mailto:sante@sen.parl.gc.ca)  
télécopieur : 613-947-2104

# CHAPITRE UN :

## INTRODUCTION

En décembre 1999, lors de la Seconde session du 36<sup>e</sup> Parlement, le Sénat a donné pour mission au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'étudier l'état du système de soins de santé canadien et d'examiner l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé le mandat du Comité lors de la Première session du 37<sup>e</sup> Parlement. Le mandat adopté aux fins de la présente étude est le suivant :

*Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*

- a) *Les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
- b) *L'historique du système de santé au Canada;*
- c) *Les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
- d) *Le système de santé au Canada – Pressions et contraintes;*
- e) *Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé au Canada<sup>1</sup>.*

En mars 2001, en réponse à ce mandat aussi ambitieux que complexe, le Comité a relancé son étude pluriannuelle polyvalente comprenant cinq grandes phases. Le tableau 1 présente des informations sur chaque phase et sur sa durée respective.

**TABLEAU 1**  
**ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ :**  
**PHASES ET CALENDRIERS PROPOSÉS**

<b>Phase</b>	<b>Contenu</b>	<b>Calendrier</b>
<b>Un</b>	Contexte historique et aperçu	Hiver/automne 2000
<b>Deux</b>	Tendances : Leurs causes et leurs effets sur le coût des soins de santé	Automne 2001
<b>Trois</b>	Modèles et pratiques dans d'autres pays	Automne 2001
<b>Quatre</b>	Élaboration d'un document consacré aux questions et aux options	Automne 2001
<b>Cinq</b>	Audiences portant sur le document consacré aux questions et aux options et élaboration du rapport final et des recommandations	Automne 2001/hiver 2002

<sup>1</sup> Débats du Sénat (hansard), 2e session, 36e législature, volume 138, question 23, 16 décembre 1999.

Le présent rapport constitue le volume 4 d'une série de cinq rapports rédigés par le Comité sur la santé des Canadiens et sur le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de la santé. Dans ce rapport, le Comité définit les questions clés touchant la politique gouvernementale relative au rôle fédéral et présente une série d'options possibles pour régler ces questions. Le Comité estime qu'il est indispensable que les décideurs fédéraux et provinciaux, les intervenants dans le domaine des soins de santé et le public canadien examinent les diverses questions et options, car elles sont liées à la viabilité à long terme du système de soins de santé au Canada.

En octobre et novembre 2001, le Comité a l'intention de tenir dans tout le pays de nombreuses audiences publiques qui porteront sur les questions et options présentées dans le présent rapport. Plus précisément, le Comité tiendra des audiences à Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto, Montréal, Fredericton, Charlottetown, Halifax et St-Jean (T.-N.). En janvier 2002, le Comité présentera son cinquième et dernier rapport dans lequel il résumera les principales conclusions dégagées de ces audiences publiques et il soumettra ses recommandations concernant le règlement des questions de politique gouvernementale présentées dans le présent rapport.

Les questions et options examinées ici sont inspirées des témoignages présentés devant le Comité au cours des trois premières phases de son étude sur la santé. Les données recueillies grâce aux interventions des témoins-experts ont été présentées de manière très détaillée dans les trois premiers rapports du Comité sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé :

- Le premier rapport explique comment le gouvernement fédéral a aidé les provinces à financer les soins hospitaliers et médicaux au fil des ans. Il met en particulier l'accent sur les objectifs initiaux de l'intervention fédérale dans le domaine des soins de santé et soulève un certain nombre de questions au sujet du rôle futur du gouvernement fédéral, compte tenu de l'évolution du contexte des soins de santé (p. ex., recours croissant à la pharmacothérapie, aux services de consultation externes, aux soins à domicile et aux soins communautaires). Ce premier rapport retrace également l'évolution des dépenses de soins de santé et des indicateurs de santé au cours des dernières décennies. Il se termine par un examen d'un certain nombre de mythes qui ont cours encore aujourd'hui au sujet de la prestation et du financement des soins de santé au Canada, et fait une mise au point sur chacun. L'objet du premier rapport était de fournir des données de fait et de faire un sort aux principales idées fausses qui reviennent constamment dans le débat sur les soins de santé au Canada.
- Le second rapport passe en revue les principales tendances qui influent sur le coût et la méthode de prestation des services de santé et sur les conséquences de ces tendances pour les futures mesures de financement public. En particulier, le rapport met en relief les pressions liées à l'évolution démographique de la population canadienne, le coût et l'utilisation croissants des médicaments et de la technologie, et l'évolution des méthodes de prestation des services de santé (p. ex., le recours croissant aux services extérieurs, aux soins à domicile, à la télémédecine). Le rapport traite également des questions liées à la recherche



médicale, de la planification des ressources humaines dans le même domaine (y compris la pénurie de fournisseurs de soins de santé), de la santé rurale, des tendances de la maladie et de la santé de la population autochtone du Canada. Enfin, il explique comment une infrastructure dans le domaine de la santé pourrait contribuer à améliorer la prestation des services de santé à l'avenir.

- Le troisième rapport décrit et compare la manière dont les soins de santé sont financés et fournis dans plusieurs autres pays (Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis), et énonce les objectifs de la politique nationale des soins de santé dans ces mêmes pays. Il met particulièrement l'accent sur les politiques et les réformes dont le Canada pourrait s'inspirer. Le rapport contient également un bref examen du fonctionnement des systèmes des comptes d'épargne santé (CES) à Singapour, en Afrique du Sud, aux États-Unis et à Hong Kong.

Le Comité a beaucoup appris au cours des trois premières phases de son étude et a présenté ses constatations dans les trois rapports mentionnés ci-dessus. Il espère que l'on consultera ceux-ci, car ils offrent un contexte utile à la discussion des options de politique gouvernementale qui font l'objet principal du quatrième rapport.

Le Comité estime cependant qu'il est utile de souligner certaines des conclusions qu'il a tirées jusqu'à présent de son étude, car elles aident à préparer la prochaine étape de ses travaux. La section qui suit résume certaines des principales constatations et observations des trois premières phases de l'étude.



## CHAPITRE DEUX :

### RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS ET OBSERVATIONS DES PHASES UN, DEUX ET TROIS

---

#### 2.1 Principales constatations et observations de la phase un

- La définition des « services médicalement nécessaires » qui ne garantit aux Canadiens que l'accès aux services de santé fournis par les médecins ou dans les hôpitaux, ne permet plus de dispenser des services de santé qui correspondent aux besoins réels en matière de santé et de mieux-être de la population canadienne au XXI<sup>e</sup> siècle. Cette définition ne reflète pas non plus toute la gamme des services qui sont couverts dans la pratique par les différents régimes d'assurance-santé provinciaux.
- Plus nous incluons de services dans la définition de « services médicalement nécessaires », plus le système de soins de santé public devient coûteux. L'élargissement de cette définition soulève la question de savoir comment ces services devraient être payés, et comment il serait possible d'éviter des coûts excessifs. Un débat public s'impose pour déterminer les services qui devraient être pris en charge par le gouvernement, les services qui devraient être payés par les employeurs et les services qui devraient être payés par les individus eux-mêmes, partiellement ou totalement, directement ou par le biais d'une assurance privée.
- Les Canadiens ont opté pour un régime d'assurance-santé public universel pour des motifs de compassion, d'équité et de justice. Les principes axés sur le patient énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* continuent d'être une expression fondamentale de la société canadienne. En fait, la Loi a maintenant acquis un statut d'icône.
- Le mécanisme qui consiste à avoir un seul responsable de l'application des quatre principes axés sur le patient de la *Loi canadienne sur la santé* paraît valable. Le principe sous-jacent d'administration publique est cependant moins bien compris et mériterait peut-être d'être revu étant donné l'évolution de la prestation des services de santé.
- À trois occasions seulement, le gouvernement fédéral a imposé des sanctions financières et réduit ses transferts à certaines provinces qui pratiquaient la surfacturation ou exigeaient des frais d'utilisation. Cependant, il n'a jamais usé de ses pouvoirs discrétionnaires pour imposer des sanctions en cas de non-observation de la Loi, en dépit de plaintes périodiques concernant la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité.
- Les dépenses privées, déjà importantes, représentent une part croissante (environ 30 %) du total des dépenses de santé au Canada. Le Régime canadien d'assurance-soins médicaux, qui

est uniquement axé sur les coûts hospitaliers et les coûts liés aux honoraires médicaux, a nettement contribué à cette situation.

- Les gouvernements provinciaux consacrent déjà en moyenne plus du tiers de leur budget global aux soins de santé; c'est la raison pour laquelle les provinces ont insisté sur la nécessité de pouvoir compter sur des paiements de transfert fédéraux stables et prévisibles. Les experts reconnaissent cependant que si une aide financière plus stable est indispensable, il faut également tenir compte de la suffisance, de la capacité financière et de la viabilité, qui ont des répercussions pour les deux ordres de gouvernement. De plus, des dépenses publiques plus élevées en soins de santé pourraient signifier moins d'argent à consacrer aux domaines non médicaux qui influent aussi beaucoup sur la santé.
- Les Canadiens demeurent profondément attachés à leur système de soins de santé et veulent que les gouvernements, à tous les niveaux, répondent à leurs préoccupations croissantes au sujet de la viabilité à long terme et de la pérennité du système. Ils veulent en particulier que le gouvernement leur garantisse un accès plus rapide aux soins de santé.
- Le gouvernement fédéral a joué un rôle crucial dans le domaine de la santé et des soins de santé, et il continue à le faire. Il ne s'agit pas de savoir s'il a un rôle à jouer, mais de déterminer de quelle façon ce rôle devrait changer afin de s'adapter à de nouvelles réalités dans ce domaine et de contribuer ainsi à la viabilité à long terme d'un système de haute qualité.
- L'évolution des attentes du public a déjà eu un effet très marqué sur la forme du système public d'assurances médicales. En effet, celui-ci est passé d'un régime d'assurance public contre les coûts médicaux exorbitants à un régime qui subit constamment des pressions pour élargir la gamme des services « gratuits » auxquels s'attend le consommateur. Quiconque veut réformer le système sera donc confronté à une tâche énorme : satisfaire aux attentes croissantes du public.

## **2.2 Principales constatations et observations de la phase deux**

- L'effet de la tension des coûts sur le système est réel et prend des formes multiples. Il est probable que cette tension continuera d'augmenter avec l'avènement de médicaments et de technologies nouveaux et plus coûteux, en particulier pendant les 20 à 30 prochaines années, au cours desquelles le gros de la génération du baby-boom prendra de l'âge. Il est donc important de tenir compte des tensions créées par les coûts lorsqu'on étudiera la manière de soutenir et de renouveler le système de soins de santé du Canada.
- On a estimé que le fardeau économique de la maladie avait atteint 156 milliards de dollars au Canada en 1998 (coûts directs et indirects). Les tendances dans le domaine des maladies et des blessures peuvent donc avoir un effet marqué sur les coûts actuels et futurs des soins de

santé. On a beaucoup insisté sur le fait qu'une augmentation des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies, particulièrement en ce qui concerne les Canadiens à faible revenu et à faible niveau d'instruction et d'alphabétisation, devrait être un des éléments clés de la politique gouvernementale si l'on veut vraiment améliorer l'état de santé général et contenir les coûts des soins de santé.

- Bien que de nombreux Canadiens jouissent d'une excellente santé, et bien que le Canada se classe nettement au-dessus de la plupart des autres pays pour ce qui est de la majorité des indicateurs de l'état de santé, il reste indiscutablement des progrès à réaliser. Des disparités demeurent sur le plan de la santé en ce qui concerne l'âge, la situation socio-économique, le sexe, la situation géographique, etc. La santé et la situation socio-économique de la population autochtone au Canada sont particulièrement déplorable.
- Pour améliorer la santé des Canadiens, il ne suffit pas de guérir la maladie. Il y a une interaction constante entre de nombreux déterminants complexes de la santé, et pour promouvoir le mieux-être, il faut trouver des moyens de tenir compte de tous ces déterminants. Comme la santé d'une population est déterminée par une multiplicité de facteurs, la collaboration et l'action intersectorielle s'imposent de toute évidence.
- Bien que les femmes assurent plus de 80 % des soins de santé, rémunérés ou non, elles ne constituent qu'une minorité des décideurs en matière de politique et de gestion. Il importe donc, en particulier, d'évaluer les conséquences de la réforme des soins de santé pour les femmes.
- Le système de soins de santé du Canada a déjà bien des difficultés à attirer le personnel dont il a besoin dans bon nombre de disciplines et à en assurer la formation (dans le contexte d'une pénurie mondiale croissante de ressources humaines dans ce secteur). Étant donné que le secteur des soins de santé est relativement exigeant en main-d'œuvre, le problème de ressources humaines est plus critique que n'importe quel autre problème auquel le système est confronté. Par ailleurs, nous éprouvons de réelles difficultés à suivre le rythme d'introduction de médicaments et de technologies nouveaux mais très coûteux auxquels les Canadiens s'attendent légitimement à avoir accès afin de répondre à leurs besoins en matière de santé.
- Le Canada a besoin d'un secteur de la recherche médicale dynamique, intégré et proactif. Pourtant, sur le plan de l'importance du financement public qu'il accorde à la recherche dans ce domaine, il ne soutient pas la comparaison avec ses principaux concurrents. Exprimé en termes de parité des pouvoirs d'achat (PPA) par personne, le rôle du gouvernement central aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie est beaucoup plus important qu'il ne l'est au Canada.

- Il est généralement reconnu que les progrès rapides réalisés dans le domaine de la génétique et de la génomique vont provoquer une révolution sans précédent de la prestation des soins de santé. Cela montre combien il est indispensable de faire une place à la recherche multidisciplinaire qui permettra d'examiner les coûts sociétaux, les avantages, les préoccupations d'ordre éthique et les répercussions involontaires possibles des progrès de la recherche génétique et génomique.
- Il faut que nous cessions de tenir compte uniquement des dollars et des intrants investis dans les soins de santé et que nous nous efforcions plutôt de relier ces intrants aux résultats dans le domaine de la santé. Il faut que nous commencions à mesurer la qualité et l'efficacité du système de soins de santé en fonction de ses extrants, au lieu de le faire exclusivement en fonction des intrants. Il est indispensable de le faire si nous voulons savoir comment dépenser plus sagement les fonds gouvernementaux à l'avenir.
- L'élaboration d'une infostructure pancanadienne de la santé permettrait de jeter les bases d'un processus de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur la prestation des soins de santé et le bien-être de la population. Une infostructure contribuerait également à une meilleure responsabilisation de tous les intervenants dans le système de soins de santé : les gouvernements, les fournisseurs de soins, les patients. À l'heure actuelle, on note d'énormes lacunes dans ce domaine au Canada; il est essentiel d'améliorer et de maintenir notre capacité de gérer l'information sur la santé.

### **2.3 Principales constatations et observations de la phase trois**

- Il est peu probable que les propositions en faveur d'une « approche de choc » à la restructuration du système de soins de santé au Canada fassent l'unanimité. Des changements importants pourraient cependant s'imposer, si l'on veut répondre aux espoirs et aux aspirations des Canadiens.
- Aucun modèle international ne peut être considéré comme un système de référence pour résoudre les difficultés auxquelles le système de soins de santé canadien est confronté. D'ailleurs, les experts ont déclaré au Comité qu'il faudrait faire extrêmement attention aux répercussions au Canada de l'adoption fragmentée de changements apportés dans d'autres pays. Cependant, les systèmes de soins de santé ont des points communs et font face à des problèmes et à des pressions similaires. Le Canada pourrait tirer grand profit de l'expérience acquise ailleurs.
- De nombreux pays qui assument une part similaire des dépenses dans le domaine des soins de santé offrent une couverture qui est beaucoup plus étendue qu'au Canada et qui englobe notamment les médicaments d'ordonnance, les soins à domicile et les soins de longue durée. Ce résultat a, en général, été obtenu avec la participation du secteur privé, soit grâce à une participation aux frais ou au recours à une assurance privée.

- Aucun pays de l'OCDE ne compte exclusivement sur l'assurance privée pour assurer la couverture médicale de ses citoyens. Même aux États-Unis, où le secteur privé est le principal intervenant dans le domaine de l'assurance médicale, le financement public couvre 45 % du total des dépenses de soins de santé. Le fait est que les soins de santé diffèrent des autres biens et services commercialisables.





## CHAPITRE TROIS :

### RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL : APERÇU

---

Avant de passer à l'examen des questions et options concernant le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé, il importe de bien comprendre ce qu'est son rôle et tout aussi important de savoir ce qu'il n'est pas. Comme le Comité l'a fait observer dans son premier rapport, bien des mythes se sont créés autour du rôle du gouvernement fédéral. Selon lui, ce dernier joue actuellement cinq rôles distincts dans le domaine de la santé et des soins de santé :

#### LES CINQ RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ

**FINANCEMENT** : *Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations.*

**RECHERCHE ET ÉVALUATION** : *Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes innovateurs.*

**INFRASTRUCTURE** : *Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infrastructure de la santé, notamment des ressources humaines.*

**SANTÉ DE LA POPULATION** : *Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies.*

**PRESTATION DE SERVICES** : *Prestation directe de services de santé à certains segments de la population.*

### 3.1 Transfert de fonds pour la prestation de services de santé gérés par d'autres administrations : rôle de financement

Le rôle de loin le plus connu du gouvernement fédéral concerne le soutien financier qu'il accorde aux provinces et aux territoires pour les aider à s'acquitter de leurs responsabilités dans le domaine de la prestation des soins de santé. La participation fédérale dans ce domaine est issue de son pouvoir d'application des ressources prévu par la Constitution. C'est ce pouvoir fédéral qui permet le transfert de fonds dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et de l'application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

À vrai dire, le gouvernement fédéral ne peut pas établir et maintenir de régime d'assurance-santé national, car il ne lui est pas possible de réglementer la prestation des soins de santé aux particuliers - en vertu de la Constitution canadienne, selon l'interprétation des tribunaux, la prestation et la gestion des soins de santé est un domaine qui relève essentiellement de la compétence provinciale. Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des

services de santé uniquement aux groupes relevant de sa compétence, c'est-à-dire les peuples autochtones, les Forces canadiennes, les anciens combattants et les détenus sous responsabilité fédérale. Il revient aux gouvernements provinciaux et territoriaux de décider de questions importantes comme la façon dont l'ensemble du système sera organisé, la manière dont ils administreront leurs régimes publics d'assurance-santé, le nombre de lits qui seront disponibles et les catégories de fournisseurs de soins de santé qui seront embauchés. Il leur incombe également d'approuver les budgets des hôpitaux et de négocier les échelles de salaires avec les associations médicales.

Bien que le gouvernement fédéral ne soit pas responsable de l'administration, de l'organisation et de la prestation des soins de santé, il exerce une influence considérable sur les politiques de soins de santé provinciales/territoriales en utilisant le levier politique et financier dont il dispose grâce à son pouvoir constitutionnel d'application des ressources. En fait, de nombreux analystes estiment qu'en fixant les exigences relatives à la dispensation de l'aide financière fédérale, la *Loi canadienne sur la santé* et ses prédécesseurs ont aussi largement contribué à déterminer la nature des régimes d'assurance-santé provinciaux dans tout le pays.

Les questions que soulève le rôle de financement du gouvernement fédéral concernent le niveau des transferts fédéraux au titre des soins de santé, les mécanismes qui servent à effectuer ces transferts et les sources des recettes nécessaires pour les effectuer. D'autres questions connexes viennent se greffer à celles que nous venons d'énoncer, notamment les conditions éventuelles que le gouvernement fédéral devrait imposer aux provinces en échange de ses contributions à la prestation des soins.

Il convient de noter que, contrairement à une opinion fort répandue, la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas tous les services de santé. Elle ne s'applique qu'aux services fournis par les deux systèmes de prestation de soins – les hôpitaux et les médecins – à l'exclusion d'un certain nombre d'autres systèmes. En particulier, elle ne couvre pas la pharmacothérapie en dehors des hôpitaux et des soins à domicile, qui ont pris une importance considérable depuis le début du régime d'assurance-santé. Bien que les provinces et les territoires aient multiplié les services fournis en vertu de leurs propres régimes de soins de santé, ils ne l'ont pas fait de manière uniforme. La prise en charge des services qui ne sont pas inclus en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* varie donc considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* mentionne les soins de longue durée et les soins en maison de repos dans la définition de « services complémentaires de santé », les cinq principes de la Loi ne s'appliquent pas à ces soins. Or cela a contribué au manque d'uniformité de l'accès à ces services dans l'ensemble du pays.

Cette situation a inspiré une importante observation du Comité dans son rapport de la première phase : la notion de « nécessité médicale » définie dans la *Loi canadienne sur la santé* ne correspond plus à la réalité caractérisée par la diversité des services de prestation de soins de santé aux Canadiens.

### **3.2 Financement de la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et évaluation des projets pilotes : rôle de recherche et d'évaluation**

Le second rôle du gouvernement fédéral comporte deux volets. Il comporte le financement de tous les secteurs de la recherche médicale (recherche biomédicale fondamentale, recherche clinique, recherche sur les services de santé, recherche sur la santé de la population) ainsi que le financement des projets pilotes conçus pour tester et évaluer de nouveaux modèles de prestation de soins dans ce domaine et des méthodes visant à améliorer le système de soins de santé du Canada.

Le gouvernement fédéral aide à financer la recherche dans le domaine de la santé depuis plus de 40 ans. En fait, jusqu'en 1994, il était la principale source de financement de cette recherche au Canada. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes de financement fédéral de la recherche dans ce domaine.

De temps à autre, le gouvernement fédéral s'acquitte également de son rôle dans le domaine de la recherche en apportant un soutien financier aux initiatives ou aux projets pilotes conçus pour encourager l'innovation dans la prestation des soins de santé. La contribution de 800 millions de dollars que le gouvernement fédéral a accepté d'accorder à la réforme des soins primaires, dans le cadre de l'accord fédéral-provincial de septembre 2000, en est un exemple. Citons aussi les subventions octroyées en vertu du Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001), qui soutient les projets pilotes entrepris de concert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine de l'assurance-médicaments, des soins à domicile, des soins primaires et de la prestation de services intégrés, ainsi que le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (2000-2002), qui appuie les projets provinciaux et territoriaux faisant appel aux nouvelles technologies de l'information dans le domaine des soins de santé.

### **3.3 Soutien de l'infrastructure des soins de santé et de l'infrastructure de la santé : rôle de soutien de l'infrastructure**

Le gouvernement fédéral a un troisième rôle : ses contributions à l'infrastructure des soins de santé. Cela l'amène à financer des améliorations à l'ensemble du système de soins de santé, à ne pas confondre avec l'aide aux médecins et aux hôpitaux dont les services visent les patients individuels.

Un exemple précoce mais important de ce rôle est celui du Programme de subventions à la construction d'hôpitaux de 1948. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral assumait la totalité du coût de construction des hôpitaux dans toutes les provinces et les territoires. C'est ainsi que de 1948 à 1960, le nombre de lits au Canada a augmenté à un rythme double de celui de la croissance démographique.

Un autre exemple important de l'aide fédérale à l'infrastructure des soins de santé nous est donné par son appui financier aux systèmes d'information sanitaires conçus pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de prendre des décisions plus éclairées (grâce, par exemple, à l'élaboration de systèmes d'enregistrement électronique des patients). L'appui aux provinces grâce à une aide financière axée sur des objectifs précis tels que l'acquisition de technologies des soins de santé prévue par le projet de loi C-45 (octobre 2000), est un autre exemple de l'aide fédérale à l'infrastructure des soins de santé.

Si le gouvernement fédéral décidait d'élaborer (ou d'aider à élaborer, en collaboration avec les provinces) des structures et des processus destinés à accroître la responsabilisation au sein du système de soins de santé, cela ferait aussi partie de son rôle de soutien de l'infrastructure des soins de santé. De même, la publication d'un rapport annuel par le gouvernement fédéral sur la santé des Canadiens ainsi que sur la qualité et l'efficacité du système de prestation de soins de santé, agrémenté de recommandations pour l'améliorer, constituerait une contribution fédérale à une meilleure responsabilisation du système.

### **3.4 Protection et promotion de la santé et du mieux-être de la population et prévention des maladies : rôle relatif à la santé de la population**

Le gouvernement fédéral joue un quatrième rôle qui englobe la protection de la santé, la promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies. La protection de la santé comprend des activités telles que la législation relative aux aliments, l'approbation des médicaments et des appareils et accessoires, la protection de l'environnement, la réglementation de la biotechnologie, la surveillance épidémiologique. La promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies contraste avec le premier rôle fédéral, qui est axé sur le traitement des maladies. Il consiste à encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines et tient compte de l'effet des déterminants plus généraux de la santé sur la santé de la population.

Les meilleurs exemples du rôle fédéral dans le domaine de la promotion et de la prévention sont les campagnes destinées à réduire la consommation de tabac, le *Guide alimentaire canadien*, qui encourage à une meilleure alimentation, les campagnes destinées à informer les jeunes du danger des maladies transmises sexuellement, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, stratégie multiniveau et pluriannuelle de prévention des maladies cardiovasculaires, et la « Vie active », programme visant à encourager les Canadiens à mener une vie plus active et moins sédentaire.

Le rôle fédéral lié à la promotion de la santé et du mieux-être comporte aussi l'examen des déterminants plus généraux de la santé qui débordent en grande partie le cadre de la prestation des soins de santé et qui font appel à ce qu'on désigne souvent sous le nom de « stratégies d'amélioration de la santé de la population ». Ces stratégies se fondent sur le principe qu'il est possible d'améliorer l'état de santé en investissant dans divers domaines – dont l'environnement, la politique économique, le soutien du revenu, l'éducation, l'alphabétisation – dans lesquels le gouvernement fédéral joue un rôle.

Il est indispensable de parvenir à de nombreux compromis extrêmement importants entre le rôle de promotion de la santé de la population et le rôle d'aide financière. Par exemple, certaines études montrent que les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent présenter d'importants avantages à long terme, notamment en réduisant les coûts du système de soins de santé et en améliorant la qualité de vie des Canadiens. Les experts font donc valoir que l'on pourrait obtenir un meilleur rendement de l'argent investi dans les soins de santé en promouvant des habitudes plus saines dans la vie quotidienne qu'en consacrant les mêmes sommes au traitement des maladies.

De la même manière, il apparaît que l'investissement dans des stratégies d'amélioration de la santé de la population, telles que le développement du jeune enfant, l'amélioration des conditions de logement et le renforcement des capacités d'alphabétisation, peuvent être plus bénéfiques à long terme pour l'état de santé général que si l'on consacrait plus d'argent à la prestation des soins de santé. Pourtant, pour toutes sortes de raisons, le public exerce de fortes pressions sur le gouvernement fédéral pour que celui-ci se consacre essentiellement à son premier rôle, ce qui fait qu'il néglige souvent son rôle au titre de l'amélioration de la santé de la population.

### **3.5 Prestation directe de services de santé à certains segments de la population : rôle de prestation de services**

Le cinquième rôle du gouvernement fédéral consiste à assurer la prestation directe de divers services de santé à certains groupes de population. Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des soins, y compris les soins primaires, aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que de certains services à la GRC, au Service correctionnel, aux Forces armées et aux anciens combattants. En fait, le gouvernement fédéral fournit des services de santé à plus de Canadiens (trois quarts de million environ) que ne le font plusieurs provinces prises ensemble. Dans la suite de ce rapport, le Comité soulève certaines questions au sujet de la prestation des soins de santé aux Canadiens autochtones et propose des politiques pour régler ces questions.

À partir du chapitre 7 du présent rapport, nous présentons une série de questions de politique générale et d'options destinées à les régler. Chaque question découle d'un ou de plusieurs des rôles fédéraux décrits ci-dessus. Pour commencer cependant, nous allons examiner ce que devraient être les objectifs des politiques générales pour chacun des cinq rôles fédéraux.



## CHAPITRE QUATRE :

### **LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL : OBJECTIFS ET CONTRAINTES**

---

Il est important de parvenir à une vision cohérente du rôle fédéral dans la promotion de la santé et du mieux-être des Canadiens et dans le financement du système des soins de santé. Il est indispensable que le gouvernement fédéral continue de participer au renouvellement de la politique générale dans ce secteur. Dans son troisième rapport, le Comité conclut qu'il est très peu probable qu'une « approche de choc » au renouvellement des soins de santé donnerait de bons résultats au Canada. Quelle que soit la vision que le gouvernement fédéral a de son rôle dans ce domaine, celle-ci doit donc comporter une série de politiques et de programmes qui pourraient être progressivement mis en œuvre en collaboration avec les provinces, les territoires et tous les intervenants.

Les grands objectifs qui se rattachent au rôle fédéral dans le domaine de la promotion de la santé et du mieux-être forment la toile de fond nécessaire au choix de l'option convenant le mieux à chacune des questions de politique présentées dans la suite de ce rapport. Le choix d'une option de préférence à une autre implique nécessairement qu'une est « meilleure » que l'autre. Dans ce contexte, la « meilleure » option ne peut être évaluée qu'en termes de résultats par rapport à un objectif de politique publique donné.

Le Comité croit donc qu'il serait utile de définir l'ensemble d'objectifs proposés pour chacun des rôles du gouvernement fédéral décrits dans la section précédente. Il reconnaît que certains pourraient préférer des objectifs différents, ce qui est tout à fait normal. Il existe des opinions très diverses de ce que devraient être les objectifs fédéraux, et donc, la politique fédérale.

Le Comité est ouvert aux opinions qui pourraient être exprimées sur son ensemble d'objectifs, de questions et d'options de politique générale et il souhaite voir présenter d'autres options possibles et leurs objectifs connexes. Néanmoins, en proposant sa propre série d'objectifs, le Comité espère encourager tous ceux qui veulent défendre des options particulières à déclarer aussi clairement que possible ce que les objectifs de la politique fédérale en matière de santé devraient être à leur avis. Cela permettra au comité de mieux comprendre les liens entre les diverses options et série d'objectifs proposés lorsqu'il formulera ses recommandations finales.

#### **4.1 Objectifs liés au rôle de financement du gouvernement fédéral**

La participation du gouvernement au financement des soins de santé ne date pas d'hier. Il est clair que sans son aide, le système de soins de santé du Canada ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ont été indispensables à l'élaboration d'un système de régimes d'assurance-santé publics qui offrent des avantages comparables dans tout le pays, et de nombreux Canadiens considèrent que l'aide financière

fédérale est une condition essentielle au maintien et au renouvellement de notre système de soins de santé. Le Comité propose donc que le premier objectif lié au rôle fédéral de financement soit d'assurer un niveau d'aide suffisant pour garantir la viabilité du système de soins de santé du Canada et pour en favoriser la réforme et le renouvellement.

Au cours de la phase initiale de son étude, Tom Kent a fait observer au Comité que les objectifs originaux de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux* de 1966 étaient les suivants :

[TRADUCTION]

« Assurer à tous les Canadiens l'accès à tous les services médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer ces services. »

et

« Assurer qu'aucun Canadien ne subisse de tort financier excessif pour avoir été obligé de payer des factures de soins médicaux. »

Ces objectifs de politique générale ont été réaffirmés dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 qui établissait quatre principes axés sur les patients : l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité, dans lesquels :

1. Universalité signifie tous les Canadiens;
2. Intégralité signifie tous les services médicalement nécessaires;
3. Accessibilité signifie sans égard à la capacité de payer du malade;
4. Transférabilité signifie que les malades peuvent passer d'une province à l'autre sans interruption de la protection.

Le Comité propose que les deux énoncés ci-dessus continuent à être les principaux objectifs en ce qui concerne le rôle de financement du gouvernement fédéral, et que les quatre principes axés sur les patients demeurent le fondement de la participation du gouvernement fédéral en ce qui concerne son premier rôle. Cela ne signifie pas nécessairement que les principes ne peuvent être modifiés en rien; certains auront peut-être besoin d'être raffinés grâce à une définition plus précise et à un énoncé plus clair de leur portée et de leurs limites.

Le dernier principe de la *Loi canadienne sur la santé* – le principe d'administration publique – a un caractère totalement différent. Il ne met pas l'accent sur le patient mais bien plutôt sur les moyens d'atteindre les objectifs visés par les quatre autres principes. Le Comité estime que cette distinction entre la fin et les moyens explique en grande partie le débat actuel sur la *Loi canadienne sur la santé* et sur le système de soins de santé du Canada. Les personnes qui sont totalement d'accord avec les fins visées par une politique gouvernementale peuvent être vivement opposées aux moyens à mettre en oeuvre pour les atteindre. Le principe d'administration publique est mal compris et, à notre avis, il mériterait d'être réexaminé.



Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, il est arrivé à plusieurs reprises que le gouvernement fédéral impose des sanctions pécuniaires afin de dissuader les provinces d'autoriser la surfacturation et l'application de frais modérateurs, mais il n'a jamais pénalisé les provinces pour non-observation des cinq principes. Selon le rapport du vérificateur général de novembre 1999, un certain nombre d'affaires de non-observation demeurent en suspens; elles mettent en cause les principes de transférabilité, d'intégralité et d'accessibilité axés sur le patient<sup>2</sup>. Il est donc clair que l'interprétation et l'application de ces principes posent des problèmes. Il faut que ces questions soient réglées si nous voulons avoir un système axé sur le patient, qui soit uniforme dans l'ensemble du pays.

Lorsque l'on considère les questions soulevées par la politique de soins de santé, il est important de garder présent à l'esprit le fait que la loi fédérale limite l'universalité de la protection aux services de santé fournis dans les hôpitaux et par les médecins. C'était une façon logique de répondre aux besoins des malades à la fin des années 50 et 60, puisque près de 70 % du coût de l'ensemble du système de soins de santé était à l'époque attribuable aux hôpitaux et aux médecins. Aujourd'hui, cependant, moins de 45 % des dépenses totales dans ce domaine se rattachent aux soins hospitaliers et aux services fournis par les médecins.

À la fin des années 50 et 60, les maisons de soins infirmiers offraient la seule possibilité de soins de santé en dehors des médecins et des hôpitaux. Comme le gouvernement fédéral contribuait déjà au revenu des personnes âgées par le biais du Régime de pensions du Canada (RPC), du Programme de la sécurité de la vieillesse (PSV), et du Supplément de revenu garanti (SRG), on estimait que ces programmes assuraient un accès adéquat à ce genre de services.

Aujourd'hui, les soins à domicile, la pharmacothérapie et les traitements par d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeutes, techniciens de diagnostic, sage-femmes, infirmières-praticiennes, ergothérapeutes, etc.) sont devenus monnaie courante; pourtant, lorsque ces services sont fournis en dehors d'un hôpital, ils ne sont pas couverts par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. À cause de cela, l'accès subventionné par l'État à ces services, dont beaucoup sont fréquemment nécessaires sur le plan médical, n'est pas uniforme dans tout le pays; il ne l'est parfois même pas du tout.

En résumé, la conception de départ du système a été brouillée par un certain nombre de tendances ainsi que par les attentes du public. Il est absolument indispensable pour l'élaboration de la future politique gouvernementale de faire la distinction entre ce qui est officiellement couvert en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et la gamme effective de services requis pour répondre à tous les besoins des Canadiens en matière de soins de santé. Cependant, cette distinction n'est pas faite dans la très grande majorité des commentaires publics sur le système actuel. La plupart des commentateurs continuent à parler comme s'il était garanti aux patients qu'ils ont un accès subventionné par l'État à *tous* les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé*.

---

<sup>2</sup> Vérificateur général du Canada, *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*, chapitre 29, novembre 1999.

En outre, on croit à tort que la *Loi canadienne sur la santé* signifie que le secteur privé ne devrait avoir aucun rôle à jouer dans la prestation des soins. En effet, la Loi ne le lui interdit manifestement pas, et cela n'a d'ailleurs jamais été son objet. La preuve la plus claire est que plus de 95 % des hôpitaux canadiens fonctionnent comme des entités privées sans but lucratif et que les cabinets de médecins sont, en fait, des entreprises privées.

Lorsque les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale ont été mis en place, deux décisions importantes ont été prises au sujet de la méthode de financement et de prestation de ces programmes :

1. Aucun examen des ressources des malades ne serait exigé *avant* que ceux-ci ne bénéficient des services médicaux. Cette décision a été prise parce qu'on estimait qu'un tel examen dissuaderait les malades à faible revenu de demander une aide médicale; ceux-ci auraient en effet le sentiment qu'il serait humiliant de devoir déclarer qu'ils étaient « pauvres » pour avoir accès à toute la gamme des soins médicaux.
2. Dans chaque province, le programme serait administré par un ministère ou un organisme provincial central. Cette décision avait été prise pour que les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale puissent réaliser les économies que permettent un modèle de « responsable unique ». (C'est ce que reflète le principe d'administration publique codifié dans la *Loi canadienne sur la santé*). Ce principe est souvent mal interprété par ceux qui croient que dans le système actuel, il est interdit au secteur privé de participer à la prestation des soins de santé. Ce n'est pas du tout le cas.

Une dernière observation s'impose. Le financement public des services hospitaliers et des services fournis par les médecins était fondé au départ sur les principes selon lesquels il y aurait des régimes d'assurance dans lesquels les particuliers pourraient être tenus de payer une partie du coût des services dont ils bénéficiaient. Cependant, comme nous l'avons expliqué au point 1 ci-dessus, aucun paiement initial ne serait exigé aux points de service puisque cela risquerait de dissuader les Canadiens à faible revenu de demander des soins médicaux.

C'est la raison pour laquelle la loi de 1957 a été appelée *Loi sur l'assurance-hospitalière et les services de diagnostic* et que certaines provinces (l'Alberta et la Colombie-Britannique, par exemple) font payer à leurs résidents des cotisations annuelles de soins de santé depuis de nombreuses années. Toujours pour la même raison, selon la résolution originale du Parti libéral à son congrès de 1961, le coût imposé par un individu au système de soins de santé du fait des traitements reçus par lui serait ajouté au revenu imposable de tous les Canadiens à la fin de chaque année et l'impôt sur le revenu serait perçu sur une partie de ce montant (sous réserve d'un maximum, afin d'éviter à la personne un fardeau financier excessif).

Le Comité présente ces observations afin d'encourager les Canadiens à se livrer à un effort de réflexion. Par exemple, si l'on conclut que des fonds additionnels sont nécessaires pour fournir des soins de santé, particulièrement aux personnes qui, autrement, ne

bénéficieraient pas de services tels que la pharmacothérapie et les soins à domicile, il serait peut-être important d'envisager des options telles que le paiement d'une cotisation de soins de santé, ou d'une forme quelconque de paiement proportionnel au revenu après la prestation de services.

#### **TRANSFERT DE FONDS POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ GÉRÉS PAR D'AUTRES ADMINISTRATIONS**

*Le Comité propose que les objectifs du gouvernement fédéral liés à son rôle de financement dans le domaine de la santé et des soins de santé soient les suivants :*

- *Fournir un niveau stable de financement pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada et promouvoir la réforme et le renouvellement;*
- *S'assurer que chaque Canadien a accès en temps utile à tous les services médicaux dont il a besoin, sans égard à sa capacité de payer ces services;*
- *S'assurer qu'aucun Canadien n'est exposé à un préjudice financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé;*
- *S'assurer que les quatre principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé (universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) sont appliqués.*

#### **4.2 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche et de l'évaluation**

Le Comité estime que le rôle du gouvernement dans le domaine de la recherche et de l'évaluation devrait comprendre les trois objectifs suivants :

- promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays, pour ce qui est à la fois des niveaux de financement et des résultats des recherches;
- encourager la création d'un secteur des soins de santé axé sur le savoir en facilitant le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public;
- fournir un soutien financier approprié aux initiatives conjointes fédérales/provinciales/territoriales qui encourageront et faciliteront l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation des soins de santé grâce à des projets pilotes et à des projets d'évaluation.

Le Comité reconnaît que les objectifs qu'il propose suscitent relativement peu de controverse. En effet, il y a 40 ans que le gouvernement fédéral joue un rôle dans la recherche dans le domaine de la santé. La principale préoccupation exprimée à cet égard au cours des audiences du Comité avait trait à la faiblesse des dépenses consacrées à la recherche au Canada étaient faibles, en comparaison de celles des autres pays industrialisés. On a recommandé que la part fédérale du total des dépenses de recherche dans le domaine de la santé soit portée à 1 % du total des dépenses de soins de santé qui n'atteignent actuellement que 0,5 %. De l'avis de plusieurs témoins qui ont comparu devant le Comité, cela contribuerait à un meilleur alignement

entre le niveau de la contribution fédérale à cette recherche et celle des gouvernements centraux d'autres pays.

De même, le soutien fédéral à la réforme des soins primaires annoncé dans le cadre de l'accord fédéral-provincial de septembre 2000 est un excellent exemple des mesures que l'on prend actuellement dans le cadre du second objectif énoncé plus haut. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001), initiative fédérale en faveur des projets pilotes provinciaux et territoriaux dans des domaines tels que l'intégration de la prestation de services, est un autre bon exemple de l'intervention du gouvernement fédéral dans le cadre de son rôle dans le domaine de la recherche et de l'évaluation. Ces programmes sont bien accueillis par les gouvernements provinciaux et nous aident à mieux comprendre l'effet de la réforme des soins de santé.

#### **FINANCEMENT DE LA RECHERCHE INNOVATRICE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du second rôle du gouvernement fédéral :*

- *Promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles des autres pays;*
- *Encourager la création d'un secteur des soins de santé axé sur le savoir en facilitant le transfert des connaissances des milieux de la recherche aux décideurs politiques, aux fournisseurs de soins de santé et au grand public;*
- *Fournir un soutien financier approprié aux initiatives conjointes fédérales/provinciales/territoriales qui encouragent et facilitent l'innovation et les progrès dans le domaine de la prestation de soins de santé, grâce à l'évaluation de projets pilotes.*

#### **4.3 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de l'infrastructure**

Le Comité propose les objectifs suivants pour le troisième rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé :

- jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;
- surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des constatations aux Canadiens;
- élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système;

- aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent;
- coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.

Dans ce rôle, le premier objectif est lié à l'élaboration d'une infostructure de la santé. L'infostructure déjà envisagée par le gouvernement fédéral améliorera la prestation des soins de santé et assurera la mise en commun des informations liées à la santé en établissant des liens entre les fournisseurs de soins, les installations, les collectivités et les patients d'un bout à l'autre du pays. La télémédecine, l'informatisation des dossiers de santé et l'information sur la santé dans l'Internet seront les principaux éléments constitutifs de l'infostructure santé pancanadienne. Il s'agit certainement là d'une entreprise aussi coûteuse qu'ambitieuse, qui demandera des années avant de voir le jour. La plupart des experts croient cependant qu'il est indispensable de le faire si nous voulons acquérir des informations valables sur la santé des Canadiens, sur l'état de notre système de soins de santé, et sur l'efficacité et l'efficacités de la prestation et de la distribution de ces services. Les questions de protection de la vie privée, de confidentialité et de sécurité revêtent une importance considérable dans l'élaboration de l'infostructure santé canadienne.

Il se peut fort bien que les second et troisième objectifs présentés ci-dessus paraissent plus contestables aux personnes qui estiment qu'il n'appartient pas au gouvernement fédéral d'imposer l'obligation de rendre compte en ce qui concerne les programmes exécutés par les provinces. Le Comité rejette un tel point de vue. Il estime en effet que compte tenu des sommes considérables d'argent que le gouvernement fédéral verse aux provinces au titre de la prestation des soins de santé, l'obligation de rendre compte aux contribuables fédéraux veut que le gouvernement sache dans quelle mesure leurs contributions sont bien ou mal utilisées.

En outre, le Comité estime que la communication aux Canadiens des informations nécessaires pour leur permettre de comparer les résultats des divers systèmes de prestation de soins de santé dans tout le pays ne peut que contribuer à améliorer la qualité d'ensemble du système canadien. Insister pour que le gouvernement fédéral joue un rôle dans ce domaine ne signifie pas que l'on veut empiéter sur les prérogatives provinciales, mais bien plutôt que l'on veut que tous les Canadiens puissent juger de la manière dont leurs impôts sont utilisés, y compris par le gouvernement fédéral dans son rôle de fournisseur de services à certains groupes de population.

Le dernier objectif que le Comité veut proposer pour le rôle fédéral dans le domaine de l'infrastructure serait d'aider les Canadiens à avoir accès en temps opportun à l'équipement médical nécessaire et à la mise en place de ressources suffisantes pour couvrir les coûts de fonctionnement et d'entretien.

## **SOUTIEN DE L'INFRASTRUCTURE DES SOINS DE SANTÉ ET DE L'INFOSTRUCTURE**

*Le Comité propose que les cinq objectifs suivants fassent partie du troisième rôle du gouvernement fédéral :*

- *Jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;*
- *Surveiller la santé de la population et l'état du système de soins de santé et rendre compte des constatations aux intervenants canadiens;*
- *Élaborer, en collaboration, avec les provinces et les territoires, une structure et un processus appropriés destinés à assurer une plus grande responsabilisation au sein du système;*
- *Aider les provinces et les territoires à financer l'infrastructure nécessaire aux soins de santé, notamment les nouvelles technologies médicales et les coûts liés à leur fonctionnement permanent;*
- *Coordonner, en collaboration avec les provinces et les territoires, la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé.*

### **4.4 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la protection de la santé de la population**

Au cours de la deuxième phase de son étude, le Comité a tenu des audiences qui ont porté sur les tendances des maladies. On nous a dit que ces tendances avaient considérablement évolué au cours du XX<sup>e</sup> siècle et que les maladies infectieuses avaient été progressivement supplantées par les maladies non transmissibles. Aujourd'hui, les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, alors que les blessures involontaires se classent au troisième rang. Le fardeau économique global de la maladie est considérable au Canada; on a estimé qu'il avait atteint 156 milliards de dollars en 1998.

On a déclaré au Comité qu'un grand nombre des causes de maladie, d'invalidité et de mort précoce sont évitables ou, à tout le moins, qu'elles peuvent être retardées et que les gens devraient pouvoir non seulement vivre plus longtemps, mais aussi vivre plus longtemps sans invalidité. On a également dit au Comité que l'augmentation des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies, en particulier en faveur des Canadiens à faible revenu et à faible niveau d'instruction et d'alphabétisation, devrait devenir un élément essentiel de la politique gouvernementale si l'on veut pouvoir améliorer l'état général de santé de la population et contrôler les coûts des soins.

Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral a un rôle certain à jouer dans la protection de la santé, la promotion de la santé et du mieux-être et la prévention des maladies. Nous estimons donc que la poursuite des objectifs suivants devrait faire partie du rôle du gouvernement dans le domaine de la santé de la population :

- Protection de la santé : renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- Promotion de la santé et prévention des maladies : élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- Mieux-être : encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.

Le Comité reconnaît que l'évaluation des effets sur la santé présente de grosses difficultés car de nombreux facteurs, et pas seulement la qualité des services de santé disponibles, ont une influence sur l'état de santé de l'individu. Ces facteurs ne se manifestent souvent qu'au bout de nombreuses années, et il est bien connu que le monde politique est bien plus disposé à réagir aux pressions à court terme qu'aux problèmes à long terme. Par ailleurs, il est extrêmement difficile de déceler les facteurs précis qui ont des effets spécifiques sur le plan de la santé, étant donné qu'ils sont souvent le résultat de l'interaction de causes multiples.

Il est aussi abondamment prouvé que la promotion de la santé, la prévention des maladies et les politiques visant le bien-être général de la population améliorent les résultats dans le domaine de la santé, et peuvent aussi contribuer à un déploiement plus efficace des ressources en matière de santé et de soins de santé. Bien que les contraintes financières (voir ci-dessous) auxquelles le système de soins de santé doit faire face rendent indispensable le choix des programmes les plus rentables financièrement, le Comité estime qu'il est absolument essentiel que le gouvernement du Canada investisse massivement dans ce domaine.

**PROTECTION DE LA SANTÉ, PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET DU MIEUX-ÊTRE ET PRÉVENTION DES MALADIES**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la santé de la population :*

- *Protection de la santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;*
- *Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;*
- *Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques.*

#### **4.5 Objectifs liés au rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services**

La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes de peuples autochtones – les Indiens, les Inuits et les Métis. La population indienne comprend les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. La *Loi sur les Indiens* énonce les définitions juridiques applicables aux Indiens inscrits au Canada. Les Indiens inscrits sont les Indiens de plein droit en vertu de la Loi, alors que les Indiens non inscrits ne sont pas des Indiens de plein droit en vertu de la Loi. Les Métis sont d'origine indienne et européenne mixte; les Inuits vivent surtout au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le nord du Labrador et du Québec. La *Loi sur les Indiens* ne s'applique pas aux Inuits mais, à la suite d'une décision prise par la Cour suprême en 1939, ces derniers bénéficient de certains avantages accordés par le gouvernement fédéral.

Les responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard des peuples autochtones se limitent aux Indiens inscrits vivant dans les réserves et aux Inuits. Le gouvernement fédéral leur fournit des services de santé, tandis que les besoins des autres peuples autochtones en matière de soins de santé sont la responsabilité de la province ou du territoire où ils résident. Les autres services et programmes fournis par le gouvernement fédéral aux Indiens inscrits vivant dans les réserves et aux Inuits sont les suivants : aide sociale, écoles, infrastructure (p. ex., alimentation en eau et services d'égout), logement, services de santé publique, etc.

On a estimé que la population autochtone au Canada atteignait 1 399 500 personnes au total en l'an 2000. Actuellement, 12 ministères fédéraux offrent des programmes aux peuples autochtones. Le total des dépenses engagées au titre de ces programmes sont estimées à 7,3 milliards de dollars pour 2001-2002. En dépit d'un investissement fédéral considérable visant à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones, de fortes disparités sur le plan de la santé et sur le plan socio-économique persistent entre la population autochtone et le reste de la population canadienne. En outre, lors des audiences du Comité, des Indiens inscrits hors-réserve, des Indiens non inscrits et les Métis ont insisté sur le fait que la politique gouvernementale les oublie souvent lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins qui leur sont propres en matière de soins de santé.

L'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Selon le Comité, les responsabilités constitutionnelles du gouvernement fédéral dictent à ce dernier de prendre les devants et d'agir immédiatement pour améliorer l'état de santé et les conditions socio-économiques lamentables qui caractérisent de nombreuses collectivités autochtones. Nous proposons donc les objectifs suivants en ce qui concerne la prestation directe de services de santé aux Autochtones :



## **PRESTATION DIRECTE DE SERVICES DE SANTÉ AUX AUTOCHTONES DU CANADA**

*Le Comité propose que les objectifs suivants fassent partie du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la prestation de services :*

- *Agir comme chef de file pour ce qui est de la coordination des soins de santé fournis à tous les peuples autochtones par les diverses instances gouvernementales;*
- *Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles et s'assurer de la participation de la population autochtone dans le développement et la mise en œuvre de ces services;*
- *Mettre en œuvre et maintenir des stratégies visant spécifiquement la santé des populations autochtones.*

### **4.6 Contraintes touchant le rôle du gouvernement fédéral**

Le gouvernement fédéral est soumis à deux contraintes importantes dans la poursuite des objectifs décrits ci-dessus – la première est de nature constitutionnelle, l'autre d'ordre financier.

En ce qui concerne la contrainte imposée par la Constitution, on convient en général que la prestation des soins de santé à l'ensemble des Canadiens relèvent de la compétence des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration et de la prestation des soins de santé, sauf dans le cas de certains groupes tels que les Premières nations et les Inuits. Cette restriction a manifestement un effet sur la portée des interventions fédérales futures et signifie que la prise de nouvelles initiatives exigera de longues négociations entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales.

Au sujet de la contrainte d'ordre financier, quelques brefs commentaires s'imposent. Premièrement, le choix d'une stratégie fédérale unique en matière de santé reposera en partie sur la capacité et la volonté politique des gouvernements, à tous les niveaux, d'accroître les recettes ainsi que sur le bon vouloir des contribuables, qui devront payer pour produire ces recettes supplémentaires. La capacité financière des gouvernements, combinée à la collaboration des contribuables, déterminera quels types de programmes peuvent être instaurés et si ces programmes seront universels ou plus strictement ciblés. D'après les sondages d'opinion, les Canadiens réagissent de diverses façons à la perspective d'une hausse d'impôt visant à améliorer le système de soins de santé. Si des réductions de l'impôt sur le revenu des particuliers leur paraissent importantes, le réinvestissement au titre de la santé est également considéré comme une grande priorité.

Par ailleurs, si les recettes supplémentaires ne proviennent pas de l'assiette fiscale régulière, il faudra définir de quelle façon il convient de produire ces recettes : faut-il exiger des cotisations au régime de soins de santé, imposer des frais aux utilisateurs, percevoir une surtaxe sur le revenu? Est-ce que le coût des soins dispensés à une personne devrait être ajouté à son revenu imposable? Ces options sont examinées plus en détail au chapitre 8.

Il est également important de reconnaître qu'un investissement supplémentaire dans le domaine de la santé et des soins de santé nécessitera des compromis considérables entre des objectifs concurrents. Dans quelle mesure devrions-nous consacrer des fonds aux soins de santé par opposition aux sommes qu'il convient d'allouer à la promotion du bien-être et à la prévention de la maladie? Devrions-nous consacrer moins d'argent au traitement de la maladie et mieux financer les stratégies de santé qui ciblent la population, par exemple pour le développement de la petite enfance, l'alphabétisation, le logement, l'environnement, la redistribution du revenu?

Quels nouveaux programmes devraient être élaborés (le cas échéant) et de quelle façon devraient-ils être financés? Ce sont là des exemples des questions de politique soulevées dans les sections du présent rapport qui portent sur les options. Toutefois, pour envisager ces questions, il ne faut pas oublier que d'autres pays, et non pas uniquement les États-Unis, consacrent déjà aux soins de santé un plus fort pourcentage de leur PIB que ne le fait le Canada. Les dépenses de santé au Canada représentent 9,5 % du PIB, proportion encore inférieure à celles de la Suisse (10,4 %) et de l'Allemagne (10,6 %). Il convient aussi de signaler que nombre des pays qui consacrent une part similaire de leurs budgets au régime de santé public offrent une couverture beaucoup plus large que le Canada. Ce résultat est généralement atteint avec la participation du secteur privé, grâce à diverses formules, par exemple des frais d'utilisation ou le recours à des régimes d'assurance privés.

Par ailleurs, les dépenses au titre de la santé en termes de pourcentage du PIB au Canada ont diminué, après avoir atteint en 1992 un sommet de 10 %. Cette tendance à la baisse s'est ensuite renversée, et depuis 1998 la part du PIB consacrée aux soins de santé s'est stabilisée à 9,3 %. Cependant, selon certains témoins (y compris l'honorable Marc Lalonde, ancien ministre fédéral de la Santé et des Finances) qui se sont présentés devant le Comité, il pourrait être nécessaire de ramener au niveau des 10 % les dépenses canadiennes au titre des soins de santé si nous voulons atteindre les objectifs liés au premier rôle fédéral dans le secteur de la santé. D'autres ont laissé entendre que la part du financement public de la santé devrait être fixée à un niveau prédéterminée. L'opportunité des diverses suggestions de mise en œuvre est discutée plus à fond dans les chapitres du présent rapport qui portent sur les options.

### CONTEXTE D'UNE POLITIQUE DE SOINS DE SANTÉ AU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE

---

Les contraintes constitutionnelles et financières évoquées à la section 4.6 ne sont pas les seuls facteurs contextuels dont il faut tenir compte pour l'examen des options applicables à la réforme des soins de santé au Canada. Les soins de santé sont une industrie du secteur tertiaire, et la structure et la forme mêmes de nombreuses industries tertiaires ont beaucoup évolué dans les dernières années du XX<sup>e</sup> siècle.

En fait, il est possible de tracer les grandes lignes du profil du secteur des services type du XXI<sup>e</sup> siècle. Pour les besoins de notre étude, nous retenons trois grandes caractéristiques :

- La création d'unités organisationnelles de plus grande taille permettant de faire des économies d'échelle et la capacité d'offrir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année, ce qu'exigent de plus en plus les clients.
- La mise sur pied d'unités organisationnelles spécialisées dans la prestation d'un éventail restreint de services, mais dont les services sont plus efficaces et de meilleure qualité que ceux des unités qui dispensent une plus vaste gamme de services.
- Une préoccupation centrale pour le consommateur, puisque des études de marché ont maintes fois démontré que les consommateurs sont plus exigeants que jamais : ils veulent à la fois des services rapides et des services de grande qualité.

La structure organisationnelle actuelle de l'industrie des soins de santé au Canada ne possède aucune de ces trois caractéristiques. En fait, l'un des témoins qui se sont adressés au Comité a décrit le secteur des soins primaires comme s'apparentant davantage à une industrie artisanale du XIX<sup>e</sup> siècle qu'à une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle, car il est composé dans une large mesure d'entreprises individuelles (cabinets de médecins). Le fait que ces entreprises ne soient pas regroupées rend impossible la prestation de services plus étendus, notamment les services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année.

En outre, la spécialisation de l'industrie des soins de santé en unités offrant une étroite gamme de services ne s'est généralement pas produite. Il existe, bien sûr, un certain nombre d'exceptions, y compris les cliniques de chirurgie de l'œil au laser et un très petit nombre d'hôpitaux spécialisés comme l'hôpital Shouldice, dans la région de Toronto, où l'on n'opère que les hernies (et qui est remboursé au taux régulier prévu par la province).

Le principal système de soins dans le secteur de la santé au Canada demeure l'hôpital général non spécialisé. Ces établissements seront toujours nécessaires, mais il importe aussi d'examiner les avantages qu'il y aurait à faire des unités de services spécialisées un élément plus important d'un système modernisé de services de santé. Pour cela, il faudra bien entendu faire un compromis important entre qualité des soins et accessibilité des services.

Pour ce qui est de la troisième caractéristique des industries du secteur tertiaire au XXI<sup>e</sup> siècle – l'importance accordée à la prestation de services rapides et en même temps de grande qualité –, peu de progrès ont été réalisés. En fait, la durée de l'attente pour certains types de traitements est à l'origine du plus grand nombre de plaintes que les Canadiens adressent au système de soins de santé. De toute évidence, les services ne sont pas fournis assez rapidement.

En continuant dans une large mesure de mettre l'accent sur le volume des intrants (en particulier la quantité de fonds publics investis dans le système et le nombre de médecins et d'infirmières) plutôt que sur la qualité des extrants, les tentatives visant à évaluer le fonctionnement du secteur des soins de santé sont contraires à l'orientation du service à la clientèle qui convient à une industrie de services moderne. Pourtant, il est clair que les montants investis ne peuvent servir à mesurer la qualité d'un système de soins de santé. Les États-Unis consacrent à la santé plus d'argent par habitant que tout autre pays de l'OCDE, mais leur système se classe parmi les derniers si on l'évalue en fonction de nombreux indicateurs de la santé dont la mortalité infantile, l'espérance de vie et les années potentielles de vie perdues.

Des outils de mesure des résultats ou des produits du système sont en cours d'élaboration, et l'Institut canadien d'information sur la santé commence seulement à publier des comparaisons du rendement des divers systèmes provinciaux. Le domaine de la mesure des résultats n'en est qu'à ses premiers balbutiements, pas seulement au Canada mais ailleurs également. Il reste encore beaucoup à faire.

Le Comité croit que nombre des problèmes auxquels le secteur des soins de santé est confronté ne seront réglés que si l'industrie est prête à évoluer et à devenir une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle plutôt que de rester paralysée dans une structure et des perspectives du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans le contexte du rôle qu'il assume relativement à l'infrastructure des soins de santé (voir les chapitres 10 et 11), le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide favorisant cette évolution.

## **5.1 Réforme des soins primaires : une étape en vue d'une structure adaptée au XXI<sup>e</sup> siècle**

Même s'il ne s'agit pas d'une responsabilité fédérale directe, la structure provinciale des services de santé a un effet direct sur l'efficacité et la rentabilité globale des services dispensés aux Canadiens. Pour cette raison, le Comité croit qu'il importe de tenir compte des changements attendus sous peu par suite de la réforme des soins primaires. En outre, en modifiant les modes de prestation des soins primaires, on dégage de nouvelles

perspectives de changement dans le système de soins de santé et, par conséquent, d'autres options de réforme. (Pour plus de renseignements sur la réforme des soins primaires, voir les sections 8.2.2, 8.5 et 11.4.)

La nécessité de changements notables dans la façon dont les soins de santé primaires sont fournis était au cœur des recommandations d'un certain nombre d'examen provinciaux des services de santé, notamment le rapport de la Commission Sinclair en Ontario, celui de la Commission Clair sur la prestation des soins de santé au Québec et le rapport Fyke sur la prestation des services de santé en Saskatchewan. En fait, l'importance de changer la façon dont les soins de santé sont fournis est si largement reconnue qu'en septembre 2000, le gouvernement fédéral a accepté de verser 800 millions de dollars pour aider les provinces à réaliser une réforme du secteur des soins primaires.

Pour le gouvernement fédéral, les questions liées aux soins primaires s'inscrivent surtout dans le cadre de son rôle qui consiste à contribuer à la recherche innovatrice dans le domaine de la santé et à améliorer l'infrastructure des soins de santé, mais elles touchent aussi ses autres rôles.

Premièrement, les décisions relatives à la réalisation optimale des ressources publiques ont une incidence marquée sur le niveau global du financement nécessaire au maintien de notre système de soins de santé. Par exemple, si le regroupement de cabinets médicaux donne aux patients accès à un groupe de médecins de famille sept jours sur sept (comme le recommandent les rapports Clair et Fyke), il pourrait s'ensuivre une réduction de l'utilisation des coûteux services d'urgence des hôpitaux et donc, d'éventuelles économies pour l'ensemble du système.

De même, nombre des réformes proposées dans le secteur des soins primaires touchent la mesure dans laquelle la promotion de la santé et la prévention des maladies (rôle fédéral visant la santé de la population) devraient être intégrées à la prestation des services de santé.

Par ailleurs, si la réforme des soins primaires comprend le passage d'un système où les médecins sont payés à l'acte à un système où ils sont payés par capitation, ou encore à une combinaison de paiements par capitation et à l'acte, alors de nouvelles options deviendraient possibles pour moderniser le système de soins de santé<sup>3</sup>, notamment l'accroissement du nombre de services couverts par l'assurance-santé publique. Ainsi, les services de physiothérapie, de chiropractie et même de pharmacothérapie pourraient être fournis par une unité de soins de santé rémunérée en vertu d'un régime de capitation ou d'un régime combiné de capitation et de paiement à l'acte.

---

<sup>3</sup> Le terme « capitation » désigne le régime en vertu duquel une unité de soins de santé reçoit un paiement annuel pour chaque personne dont cette unité est responsable. Le montant du paiement peut être fonction de l'âge et des antécédents médicaux de l'intéressé, mais non pas du nombre de visites que cette personne effectue à l'unité au cours de l'année.

Un tel système permettrait aussi de s'assurer que tous reçoivent des traitements de la façon la plus rentable possible. La réforme des soins primaires exige non seulement de changer la façon dont les services des médecins sont fournis, mais aussi de changer la façon dont s'effectue le contact initial du patient avec le système de soins de santé. Dans un régime de rémunération par capitation, par exemple, une infirmière praticienne peut prendre en charge certains cas qui, autrement, devraient être confiés à un médecin rémunéré à l'acte.

Pour toutes les raisons exposées ci-dessus, le Comité estime qu'il importe pour le gouvernement fédéral de continuer à aider les provinces et les territoires à restructurer le régime de prestation des soins primaires. En fait, nous croyons que la réforme des soins primaires est l'une des plus importantes à franchir si l'on veut moderniser le système de soins de santé au Canada.

## **5.2 Les soins de santé sont différents des autres biens et services**

Il convient de signaler que, même si l'industrie des soins de santé doit s'adapter à la réalité d'un secteur des services du XXI<sup>e</sup> siècle, un fait demeure : les services de santé ne réagissent pas comme les autres biens et services aux aiguillons du marché. Dans le vocabulaire des économistes, on dirait que les soins de santé sont exposés à un certain nombre de « déficiences du marché ». En situation de marché libre, les ressources sont allouées suivant la loi de l'offre et de la demande. Les niveaux de prix ainsi établis assurent l'affectation optimale des ressources lorsque certaines conditions relatives à l'offre et à la demande sont remplies. Or ces conditions sont généralement absentes dans le secteur des services de santé.

Il existe plus précisément trois grandes différences entre les soins de santé et les autres biens et services. La première déficience du marché dans le domaine de la santé a trait à l'absence d'une « volonté souveraine du consommateur ». Bien que ce soit le client lui-même qui prenne contact avec le système de soins de santé, ce sont les fournisseurs de soins qui déterminent combien il aura besoin de tests de diagnostic, de visites chez le spécialiste et de médicaments d'ordonnance. En d'autres termes, une personne ne peut pas obtenir des services de chirurgie en établissement ou des services de radiothérapie sans la recommandation d'un fournisseur autorisé. Ainsi, l'affectation des ressources dans le domaine de la santé n'est pas simplement fonction du jeu de l'offre et de la demande comme elle l'est en situation de libre marché. En fait, les fournisseurs de soins de santé influent sur la demande d'une façon qui s'avère impossible dans presque n'importe quelle autre industrie.

Deuxièmement, il y a un problème d'« asymétrie de l'information » entre le fournisseur de services de santé et le consommateur parce que ce dernier est habituellement incapable de déterminer par lui-même le type de services de santé dont il a besoin. Les fournisseurs de services de santé ont un immense avantage sur les consommateurs, car ils ont des connaissances professionnelles leur permettant de déterminer le service qui convient à leurs patients. Par conséquent, dans un marché libre des services de santé, cette asymétrie de l'information pourrait mener à l'exploitation des consommateurs par les fournisseurs de services.

Les fournisseurs pourraient être en situation de conflit d'intérêts s'ils recommandaient des soins qu'ils dispensent eux-mêmes et dont, par conséquent, ils tirent des revenus.

La troisième déficience du marché concerne l'« imprévisibilité de la maladie ». Les biens commercialisables – notamment la nourriture et le logement ou les téléviseurs et les magnétoscopes – peuvent être prévus dans un budget. Il n'en va pas ainsi dans le domaine de la santé. Parce que la maladie est imprévisible, la demande de soins de santé est incertaine. Les clients ne peuvent pas facilement déterminer à l'avance, comme ils le feraient pour la nourriture, la façon optimale d'exploiter les services de santé au cours d'une année donnée. Ce qui est plus important encore, le coût des soins de santé peut être énorme. Rares sont ceux qui sont en mesure d'assumer seuls les coûts des soins de santé.

L'assurance-santé, publique ou privée, est la solution à cette incertitude. Au Canada comme dans de nombreux autres pays de l'OCDE, les gouvernements ont accordé la préférence à un régime d'assurance-santé public plutôt que privé, parce que l'assurance privée est elle aussi assujettie à l'imperfection du marché. Les sources de déficience sur les marchés de l'assurance-santé privée sont l'antisélection, le risque moral et les économies d'échelle.

Le risque moral et l'antisélection sont des facteurs distincts, mais ils ont les mêmes conséquences pour les assureurs privés, car ils s'appliquent tous deux à un assureur privé qui consent à assurer uniquement les « bons risques ». Le risque moral désigne le fait que les particuliers sont davantage portés à acheter de l'assurance s'ils estiment qu'ils pourraient avoir besoin des services en question. L'antisélection se rapporte au fait que les assureurs cherchent à éviter les personnes les plus susceptibles de leur coûter cher. En réponse aux deux situations, les assureurs privés peuvent refuser d'assurer l'intéressé ou percevoir des primes plus élevées. Par conséquent, dans un marché de l'assurance privée, les particuliers ayant des problèmes de santé pourraient devoir payer des cotisations plus élevées ou accepter une couverture réduite. De même, à primes équivalentes, les personnes défavorisées sur le plan économique auraient à assumer une proportion relativement plus élevée des coûts des soins de santé. Or ce n'est pas du tout le cas du régime d'assurance-santé public, qui garantit l'accès à l'assurance, quel que soit l'état de santé ou la capacité de payer de l'intéressé.

De plus, le domaine de l'assurance offre des économies d'échelle inhérentes. Si certains coûts (le règlement des demandes de paiement, par exemple) sont fonction du volume d'activité, d'autres (l'établissement des taux, par exemple) restent identiques quel que soit le nombre de personnes assurées. En règle générale, les grandes compagnies d'assurance ont des coûts relativement inférieurs à ceux des petits assureurs. Un assureur unique (ou payeur unique), pour qui le traitement des demandes et des données est centralisé, profite beaucoup de ces économies d'échelle parce que ses frais d'administration sont relativement faibles. Lorsque le payeur unique est un organe public, il est possible de réduire encore plus les coûts administratifs parce qu'aucune cotisation n'est perçue et que les fonds nécessaires proviennent des recettes publiques.

Dans l'ensemble, les déficiences du marché et des considérations liées à l'équité et à la justice expliquent une large part de l'engagement des gouvernements dans le domaine des soins de santé. Comme nous l'avons dit précédemment, de nombreux pays, dont le Canada, ont préféré accorder au secteur public un rôle plus important dans le domaine de l'assurance-santé. Les pays qui ont autorisé l'assurance-santé privée, notamment l'Australie, les Pays-Bas et la Suède, contrôlent aussi le marché privé dans une large mesure, car ils réglementent le niveau des cotisations, des quote-parts et des franchises que peuvent fixer les assureurs privés.



### OBSERVATIONS AU SUJET DES CHOIX OFFERTS

---

#### 6.1 Nécessité d'un choix réaliste d'options

Lorsque le Comité a entamé une étude du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et des soins de santé, il avait pour objectif principal de stimuler le débat public sur les options que le gouvernement fédéral devrait retenir pour relever adéquatement les défis auxquels il était confronté dans ces domaines. Le rapport est le vecteur retenu par le Comité pour lancer ce débat.

Dans les prochaines sections du rapport, nous faisons valoir une série d'options qui pourraient permettre de surmonter les obstacles auxquels se heurte le système de soins de santé au Canada. Ces options s'appuient sur l'information recueillie lors des audiences ainsi que sur la documentation mise à la disposition du Comité. Même s'il ne prétend pas avoir cerné toutes les options possibles, le Comité a prêté l'oreille à tout un éventail d'intervenants et de spécialistes et il a pris connaissance d'opinions très diverses. Nous croyons donc que l'éventail des options que nous proposons couvre à peu près toute la gamme des opinions exprimées à ce sujet.

Comme nous l'avons déjà dit, nous espérons que pour choisir une option, les lecteurs du présent rapport préciseront l'objectif que cette option doit aider à concrétiser. Nous espérons aussi que les lecteurs tiendront compte des arrimages entre les options. En effet, dans certains cas, le choix d'une option peut en interdire d'autres ou du moins les compliquer dans une large mesure. Pour d'autres options, par contre, seule leur combinaison permettrait d'atteindre les objectifs désirés.

Par ailleurs, les contraintes financières décrites précédemment ont un effet évident sur l'ensemble des options qui, collectivement, seraient réalisables (à moins qu'on envisage également de nouvelles sources de financement). Par conséquent, si le lecteur prévoit une expansion quelconque des services dans le domaine des soins de santé, il lui incombe de préciser aussi sa préférence quant au mode de financement qui conviendrait à cette expansion.

#### 6.2 Intérêt d'un débat non idéologique

Le Comité espère que la façon dont il a exposé les diverses options contribuera à centrer le débat concernant la réforme des politiques et des programmes en matière de santé et de soins de santé au Canada sur des options de changement réalistes. Dans cet esprit, quelques observations générales s'imposent sur l'avancement de ce débat dans notre pays aujourd'hui.

Selon les membres du Comité, il est essentiel que le débat s'étende au-delà de la rhétorique politique. Pour étudier les options relatives au système actuel, nous soulevons certaines questions généralement écartées d'entrée de jeu dans toute discussion sur la réforme des soins de santé au Canada. Nous les soulevons non pas pour nourrir délibérément la controverse, mais parce que nous croyons que les Canadiens ne peuvent plus éviter des choix difficiles en se contentant d'énoncés simplistes sur la façon dont le système actuel fonctionne, énoncés qui souvent ne sont qu'en partie vrais. Nous croyons que le maintien d'un système de soins de santé viable à long terme est trop important pour que les enjeux ne soient pas discutés de façon ouverte et rationnelle. Évidemment, les positions individuelles sur ces questions sont dans une large mesure fonction des valeurs personnelles. De fait, c'est précisément parce que ces questions ressortissent de si près aux valeurs que les réactions qu'elles provoquent sont émotives et idéologiques.

Il importe d'examiner l'expérience acquise ailleurs dans le monde, car de nombreux autres systèmes de soins de santé ont des caractéristiques semblables à celles du système canadien. Les comparaisons internationales révèlent de nombreuses façons d'équilibrer la participation publique et privée dans le domaine des soins de santé pour non seulement répondre aux besoins en cette matière de l'ensemble de la population, mais aussi respecter une certaine logique économique. De toute évidence, le débat sur la façon dont il convient d'équilibrer les rôles des secteurs public et privé est essentiel pour orienter l'évolution des soins de santé dans les prochaines années.

Une deuxième dimension très importante du débat sur les soins de santé, une dimension qui chevauche la question des rôles public et privé, a trait au financement global que les Canadiens jugent approprié. Nous consacrons actuellement aux soins de santé, de sources publiques et privées, 9,5 % du PIB. Quelques pays (l'Allemagne, la Suisse et les États-Unis) dépensent plus, mais beaucoup dépensent moins. Entre autres questions à régler pour les Canadiens, il y a la détermination du niveau de financement approprié (en pourcentage du PIB) et des parts à demander des sources publiques et privées.

Il faut toutefois tenir compte d'un certain nombre d'exigences concurrentes. D'une part, les préjudices causés à notre système sont de plus en plus visibles sur deux axes importants : les préoccupations concernant l'accessibilité des traitements en temps opportun et les questions liées à la formation, au recrutement et au maintien à l'effectif du personnel dans le secteur de la santé. Aucun de ces problèmes n'est simple, et le fait que les deux soient liés et recourent d'autres questions complexes les rend extrêmement difficiles à régler. Il est pourtant urgent de les régler : les fournisseurs de soins de santé refusent de plus en plus souvent d'assumer toute la responsabilité du maintien du système, et les Canadiens s'irritent de plus en plus devant les récits de souffrances inutiles qui sont provoquées par les retards et qui font régulièrement la une des journaux.

D'un autre côté, les Canadiens s'inquiètent à juste titre d'une restructuration plus poussée du système qui ne répondrait qu'aux pressions immédiates. Les mesures de réduction des coûts adoptées par chaque ordre de gouvernement dans les années 1990 ont permis de

juguler la hausse des dépenses de santé (au moins jusqu'à la fin de la décennie). Il est toutefois fort probable que nous subissons maintenant les conséquences des diverses pressions que ces mesures de réduction des coûts ont imposées au système. Par ailleurs, les Canadiens s'enorgueillissent à bon droit d'un système qui s'est construit en près de 40 ans, et la prudence nous conseille de discuter à fond de la réforme avant de la réaliser avec beaucoup de soin.

### **6.3 Comprendre l'expérience des autres pays**

Les lecteurs tireront peut-être un certain réconfort du fait que les Canadiens ne sont pas les seuls à affronter des questions complexes dans le domaine des soins de santé. Dans tous les pays du monde, la politique en matière de soins de santé est étroitement liée à la vie politique, sociale et même culturelle. En Suède et au Royaume-Uni, par exemple, de vastes réformes des soins de santé ont été anéanties lorsque le gouvernement qui les avait pilotées a été remplacé par un parti s'inspirant d'une idéologie politique très différente. Par conséquent, de nombreuses expériences en matière de réforme des systèmes de soins de santé ont été abandonnées avant qu'il ne se soit écoulé suffisamment de temps pour qu'on puisse en constater les effets. D'autres ont été abandonnées pour des motifs idéologiques, même si elles donnaient de bons résultats.

L'expérience canadienne est quelque peu différente, essentiellement parce que tous les grands partis politiques appuient le système actuel et se sont refusés à tenter de le modifier (certains diraient qu'ils ont eu peur). Quoi qu'il en soit, Claude Forget, ancien ministre de la Santé du Québec et expert reconnu en matière de systèmes de soins de santé comparés, a déclaré au Comité que l'expérience internationale devrait nous mettre en garde contre les dangers d'un système public assujéti aux changements de vogue sur la scène politique et qui, par conséquent, ne peut pas aborder de façon terre à terre la gestion des problèmes. On peut dire sans crainte de se tromper que nous n'avons pas encore trouvé de moyen pour encourager ces approches et même que certains aspects de notre cadre législatif actuel inhibent purement et simplement le type d'expérimentation nécessaire.

Il y a aussi de nombreuses inconnues qui pourraient influencer sur la forme que le système de soins de santé canadien prendra à l'avenir. L'une de ces inconnues est l'effet possible de divers accords commerciaux internationaux et régionaux. En Europe, par exemple, les lois sur la concurrence qui s'appliquent à tous les membres de l'Union européenne interdisent les monopoles, même dans le secteur des soins et services de santé. Cette règle a obligé les assemblées législatives nationales à « ouvrir » leur système de soins de santé, et de nombreuses expériences touchant les incitatifs du marché et la concurrence ont été lancées dans des systèmes encore essentiellement financés par les fonds publics. Il semblerait donc important que les Canadiens adoptent une attitude ouverte pour envisager la réforme des soins de santé et qu'ils tiennent compte de toute la gamme des options disponibles plutôt que d'en rejeter certaines au premier abord.



**LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ, ÉQUITÉ ET ACCÈS  
AUX TRAITEMENTS EN TEMPS OPPORTUN**

---

**7.1 Introduction**

Selon la Constitution, en règle générale, les soins de santé relèvent des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration ni de la prestation des soins de santé, sauf pour des sous-groupes précis de la population. De fait, le Canada ne dispose pas de régime national d'assurance-santé, mais plutôt de 10 régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux d'assurance-santé.

Toutefois, en raison de sa contribution financière aux systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux et parce qu'il administre la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a contribué à modeler les régimes d'assurance-santé publics de tout le pays. Dans une large mesure, la Loi garantit à tous les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence, des soins de santé raisonnablement comparables dispensés suivant des conditions relativement uniformes.

Il existe un lien entre les conditions imposées dans la *Loi canadienne sur la santé* et les fonds que le gouvernement fédéral transfère aux provinces et territoires pour les aider à maintenir un régime public d'assurance-santé. La Loi énonce les conditions régissant ces transferts de fonds fédéraux. Elle ne réglemente pas la prestation des services de santé.

Il semble y avoir consensus parmi les experts consultés par le Comité au sujet de la constitutionnalité de la *Loi canadienne sur la santé*, en ce sens que cette Loi ne représente pas une ingérence dans la gestion quotidienne des services de santé et l'administration des régimes publics d'assurance-santé. Il convient de signaler que depuis son adoption, il y a environ 17 ans, la constitutionnalité de la Loi n'a jamais été contestée. Quoi qu'il en soit, les témoins experts du Comité s'entendent pour dire que la constitutionnalité de la Loi risquait d'être contestée d'ici quelques années.

Certaines répercussions de la *Loi canadienne sur la santé*, toutefois, sont encore difficiles à évaluer. Les effets et, surtout, les carences de la Loi ne sont pas toujours clairs. Plus précisément, trois grandes questions ont été soulevées à ce sujet. Premièrement, est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé, et si un tel droit existe, est-il inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*? Deuxièmement, dans quelle mesure, le cas échéant, la prestation de soins de santé par des fournisseurs privés et les régimes d'assurance-santé privés sont-ils autorisés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*? Troisièmement, est-ce que l'« accès satisfaisant » prévu dans la *Loi canadienne sur la santé* signifie que les Canadiens doivent avoir accès en temps opportun aux services et aux soins de santé dont ils ont besoin?

Pour examiner ces questions, le Comité a convoqué un panel de spécialistes du droit constitutionnel, complété par la grande expérience constitutionnelle de certains membres du Sénat qui ne participent généralement pas aux travaux du Comité. Les résultats de la discussion, qui sont résumés ci-après, ont aidé le Comité à élaborer des propositions aptes à régler ces trois questions.

## **7.2 Est-ce que les Canadiens ont droit à des soins de santé?**

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, la *Loi canadienne sur la santé* précise les conditions régissant les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires qui respectent les exigences fixées. La Loi ne fait aucunement mention, explicitement ou implicitement, du droit aux soins de santé. Cependant, de nombreux sondages d'opinion ont montré que les Canadiens croient généralement qu'ils ont droit aux soins de santé. En l'occurrence, la Loi prévoit-elle un droit en matière de soins de santé au Canada?

La *Charte des droits et libertés*, qui fait partie de la Constitution du Canada, définit les droits jugés fondamentaux dans la société canadienne. Les sources les plus probables d'un droit prévu dans la *Charte* en matière de soins de santé sont les articles 7 et 15 de la *Charte* :

*7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.*

*15. (1) La loi ne fait exception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.*

Les soins de santé ne sont pas explicitement mentionnés dans la *Charte*. Par conséquent, si un tel droit existe, il serait, de l'avis des tribunaux, sous-entendu dans l'interprétation de l'un des droits prévus dans la *Charte*. Selon les experts qui ont comparu devant le Comité, le droit à la vie sous-entend nécessairement le droit à la santé et, par conséquent, le droit aux soins de santé. Donc, on peut soutenir que la *Charte* garantit aux Canadiens le droit implicite aux soins de santé. Ce point de vue a également été exprimé par l'honorable juge Bertha Wilson, qui a affirmé : [TRADUCTION] « [...] le gouvernement reconnaît depuis quelque temps déjà que l'accès aux soins de santé de base est un service qu'aucune société avancée ne peut légitimement refuser à l'un ou l'autre de ses membres »<sup>4</sup>. C'est la raison pour laquelle les spécialistes ont déclaré au Comité qu'ils s'attendaient à ce que le droit aux soins de santé soit contesté au cours des prochaines années.

---

<sup>4</sup> Cité dans Martha Jackman, « The Application of the Canadian Charter in the Health Care Context », dans *Health Law Review*, vol. 9, n° 2, 2000, p. 22-26.

### **7.3 Dans quelle mesure, le cas échéant, la *Loi canadienne sur la santé* autorise-t-elle la prestation de soins de santé privés et les régimes privés d'assurance-santé?**

L'information fournie au Comité par la professeure Martha Jackman permet de croire que la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la prestation de soins de santé privés. Elle incite plutôt les provinces, sous peine de leur retirer le droit aux fonds fédéraux, à empêcher les fournisseurs de soins de santé de facturer directement aux patients des montants supérieurs à ce qu'ils reçoivent des régimes d'assurance-santé provinciaux pour ces services. C'est donc dire qu'elle décourage ce que l'on appelle la surfacturation.

De même, pour toucher l'entière contribution financière à laquelle ils ont droit en vertu du TCSPS, les provinces et territoires ne doivent pas autoriser les hôpitaux à facturer aux patients des services hospitaliers assurés. Par conséquent, la Loi ne dicte que les conditions suivant lesquelles le gouvernement fédéral transférera des fonds aux provinces.

En tant que telle, la Loi n'interdit pas aux fournisseurs et aux établissements de soins de santé privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par la province et de demander un remboursement, en autant qu'il n'y a pas de surfacturation ni de frais imposés aux utilisateurs. La Loi n'empêche pas les provinces d'autoriser des fournisseurs privés de soins de santé, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fonctionner de façon tout à fait indépendante du système de soins de santé financé par les fonds publics. Les fournisseurs et établissements de services de santé peuvent refuser de participer aux régimes provinciaux et facturer directement aux patients le coût total des services fournis, sans qu'aucune pénalité ne soit imposée aux provinces en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans ces cas, les patients ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu des régimes provinciaux. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* interdit effectivement aux particuliers d'acheter de l'assurance-santé privée pour couvrir le coût de services reçus d'un fournisseur qui a choisi de ne pas participer au régime provincial d'assurance-santé.

La *Loi canadienne sur la santé* vise à décourager l'interfinancement des fournisseurs et établissements de soins de santé qui assurent des services nécessaires sur le plan médical et financés en partie par une assurance-santé publique et en partie par le patient. Le gouvernement fédéral considère que cette mesure décourage la croissance d'un deuxième palier de soins de santé qui, à son avis, pourrait présenter une menace considérable pour le système public de soins de santé au Canada. (Il faudrait toutefois souligner que des systèmes de soins de santé public et privé parallèles existent dans la plupart des autres pays industrialisés.)

À l'heure actuelle, certaines cliniques privées semblent fonctionner suivant des règles qui sont pratiquement à la limite de la lettre, et certainement de l'esprit, de la *Loi canadienne sur la santé*. Ainsi, le gouvernement fédéral considère qu'une clinique privée d'IRM qui traite des patients couverts par le système public et des patients qui consultent à titre privé respecte la lettre de la Loi apparemment parce qu'il considère que la personne qui fournit le service IRM n'est pas un « médecin ». En effet, ce service est parfois fourni par un technicien, sur la

recommandation d'un médecin, et les résultats sont communiqués à un médecin. Par conséquent, le service d'IRM n'est pas assujéti à la Loi.

Certains considèrent toutefois que cette façon de procéder accorde un avantage indu aux patients qui sont en mesure de payer des examens dans une clinique privée d'IRM. Lorsque le médecin a les résultats d'un test diagnostique, selon ces critiques, le patient peut s'inscrire beaucoup plus rapidement à la liste d'attente pour le traitement dont il a besoin que s'il avait attendu un examen dans une clinique publique d'IRM. Cette situation, soit « passer avant son tour », peut miner le principe de l'accessibilité prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*, en vertu de laquelle les services de santé nécessaires sur le plan médical devraient être dispensés uniformément en fonction du besoin – et non pas des moyens financiers.

Le gouvernement fédéral suit attentivement ce dossier. En septembre et octobre 2000, Allan Rock, ministre de la Santé, a adressé des lettres aux gouvernements de l'Alberta et du Québec pour en savoir plus au sujet des cliniques privées d'IRM fonctionnant dans les deux provinces. Aucune décision n'a été prise pour ce qui est de la conformité des deux provinces avec la Loi fédérale.

La *Loi canadienne sur la santé* exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux rendent compte au gouvernement provincial et qu'ils soient sans but lucratif, ce qui, concrètement, interdit aux régimes privés d'assurance-santé de couvrir des services visés par les régimes publics d'assurance de la province. Les assureurs privés ne peuvent offrir qu'une assurance-santé supplémentaire couvrant entre autres le coût d'une chambre privée ou semi-privée à l'hôpital, les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires et les lunettes.

Par-dessus tout, la *Loi canadienne sur la santé*, tout comme les lois provinciales et territoriales, a empêché l'émergence d'un système privé de soins de santé qui ferait directement concurrence au système public. Il n'est tout simplement pas possible, sur le plan économique, pour les patients, les médecins ou les établissements de soins de santé de participer à un système parallèle.

Cela soulève la question suivante : si un droit aux soins de santé est reconnu en vertu de l'article 7 de la *Charte* et si l'accès à des services de santé financés par les fonds publics n'est pas obtenu en temps opportun, est-ce que les gouvernements peuvent continuer à décourager la prestation de services de santé privés en interdisant les assurances privées? Pour paraphraser l'article 1 de la *Charte des droits et libertés* : Est-il juste et raisonnable dans une société libre et démocratique que le gouvernement rationne l'offre de services de santé (au moyen d'affectations budgétaires aux soins de santé) et que, simultanément, il empêche les particuliers d'acheter des services au Canada?

Les réponses données à cette question par le panel de spécialistes de la Constitution étaient partagées. Nos spécialistes ont fait valoir que la question n'était pas uniquement d'ordre juridique, et qu'il s'agissait par-dessus tout d'une question d'équité. Est-il



équitable d'empêcher une personne qui peut se permettre d'acheter un service de santé de faire comme elle l'entend? À l'inverse, est-il équitable pour les Canadiens qui n'ont pas les moyens d'acheter des soins de santé de permettre que d'autres le fassent? C'est à notre lecteur qu'il convient de se faire une opinion à cet égard.

Il est clair, cependant, que toute réforme des ententes actuelles envisageant une participation du secteur privé qui concurrencerait par le fait même le secteur financé par les fonds publics nécessiterait des modifications importantes de la *Loi canadienne sur la santé*.

#### **7.4 Accès en temps opportun et listes d'attente**

Selon le principe de l'accessibilité inscrit dans la *Loi canadienne sur la santé*, les Canadiens devraient avoir un « accès satisfaisant » à des services de santé assurés. Toutefois, la Loi ne fournit pas de définition claire de ce qui constitue un accès satisfaisant. Dernièrement, la question de l'accès aux soins de santé a été liée au problème des listes d'attente et des délais, c'est-à-dire un problème d'accès *en temps opportun*. L'expression « en temps opportun » est bien sûr subjective. Ce qui constitue un accès en temps opportun pour une personne peut se révéler une éternité pour une autre, en particulier lorsqu'il est question de maladie. Néanmoins, le Comité estime que l'expression « accès en temps opportun » décrit plus précisément qu'« accès satisfaisant » les attentes du public à l'égard du système de soins de santé.

Le problème des listes d'attente n'est pas propre au Canada. Dans le cadre de son étude comparative, le Comité a découvert que de nombreux pays – dont l'Australie, la Suède et le Royaume-Uni – connaissaient des problèmes de délai et que dans plusieurs pays, les patients devaient même attendre plus longtemps qu'au Canada.

Il est indéniable que certains Canadiens attendent trop longtemps, mais l'absence d'information précise sur les listes d'attente constitue toujours un grave problème. De fait, il n'existe pas de données standardisées sur les listes d'attente. Il n'y a pas non plus de méthodes uniformes pour établir et tenir à jour des listes d'attente au Canada, ni aucune « règle scientifique » acceptée concernant le moment où les patients doivent être inscrits sur une liste, ni de consensus véritable sur ce qui constitue une période d'attente acceptable.

De toute évidence, il est urgent d'instaurer un processus approprié pour élaborer et tenir à jour de l'information sur les listes d'attente. Entre-temps, toutefois, les Canadiens sont fort mécontents des délais qu'ils doivent supporter pour rencontrer un spécialiste, obtenir un diagnostic ou recevoir des traitements en établissement ou en clinique externe. Ce mécontentement augmente dans la mesure où les délais perçus et réels augmentent aussi.

Comme nous n'avons pas de données uniformes et constantes pour l'ensemble du pays, nous ne pouvons nous faire une idée exacte de tous les facteurs qui contribuent à l'allongement des délais. Nous savons toutefois que certaines listes d'attente sont mieux gérées que d'autres. Ainsi, le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario gère bien ses listes d'attente.

Pour d'autres maladies, les listes d'attente ne sont pas aussi bien gérées. De plus, la période d'attente dépend du lieu de résidence du patient dans la province.

Pendant toutes les audiences du Comité, un certain nombre de questions ont été soulevées concernant ce problème :

- Que peut-on faire pour corriger la pénurie d'information fiable au sujet des listes d'attente?
- Pourrait-on raccourcir les listes d'attente si l'on remplaçait les équipements de diagnostic et de traitement désuets?
- Dans quelle mesure les pénuries de personnel dans les services de santé ont-elles un effet sur la longueur des périodes d'attente?
- Est-ce que l'absence de concurrence entre fournisseurs de soins de santé aggrave le problème des listes d'attente?
- Est-ce que l'absence d'engagement ferme à garantir un traitement dans des délais prescrits signifie que les listes d'attente peuvent continuer de s'allonger?
- Pourrait-on réduire l'attente pour les services financés par les fonds publics en adoptant un régime de soins privé pour ceux qui sont prêts à payer ou en facilitant l'accès à un tel service?

De toute évidence, le problème des listes d'attente et des délais est complexe et lié à de nombreuses autres questions. La pénurie de ressources humaines, le manque de matériel médical et l'insuffisance de l'information sont traités plus loin dans le présent rapport. Pour l'instant, il convient de présenter quelques observations souvent faites concernant le problème de l'accès en temps opportun.

Premièrement, si les listes d'attente sont attribuables, au moins en partie, à une pénurie de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé, comme les témoignages présentés au Comité le laissent fortement entendre<sup>5</sup>, le fait d'autoriser un système privé parallèle ne réduira pas les délais dans les deux listes et pourrait même entraîner une détérioration de la situation dans le secteur public. En effet, l'engorgement s'explique ici par une pénurie de fournisseurs de services et non pas par une pénurie d'installations médicales, par exemple de lits d'hôpitaux. Une intervention portant sur ce dernier facteur n'aurait donc aucun effet sur la durée totale de la période d'attente, et une ponction dans le personnel limité des services de santé au profit des patients du secteur privé priverait encore plus le secteur public.

Deuxièmement, même si l'offre de ressources humaines n'est pas à l'origine du problème, le fait d'autoriser la création d'un système privé parallèle ne réduit pas les délais dans le système public, comme le montre l'expérience d'autres pays. Ce phénomène s'explique entre

---

<sup>5</sup> Voir le rapport du Comité sur la phase deux pour une analyse plus détaillée des questions liées aux ressources humaines dans le secteur de la santé.

autres par le fait que les fournisseurs de soins de santé (p. ex., les médecins) et (ou) les patients réservent les listes d'attente aux cas relativement moins urgents.

Disons, par exemple, que suivant la règle actuelle un patient serait inscrit sur une liste d'attente en vue d'une chirurgie de la cataracte lorsqu'il aurait perdu au moins 50 % de sa vision dans un œil. L'expérience d'autres pays révèle que l'adoption d'un système parallèle pourrait inciter les ophtalmologistes à inscrire des patients sur la liste d'attente lorsqu'ils auraient perdu seulement 30 % de leur vision. Par conséquent, la création d'un système privé parallèle entraînerait un allongement de la liste d'attente du système public.

Troisièmement, les adversaires de la création d'un système parallèle rejettent ce qu'ils appellent généralement le système « à deux vitesses », c'est-à-dire un système dans lequel les patients du secteur privé obtiennent un service plus rapide ou de qualité supérieure. Ici, ce sont les tenants du système unique qui invoquent l'argument de l'« équité ». Ils soutiennent que les services de santé devraient être fournis exclusivement en fonction du besoin et que la création d'un deuxième niveau de soins qui ne serait accessible qu'à une minorité ayant les ressources nécessaires pour payer va à l'encontre des principes d'équité et de justice. Cette critique sous-entend que le système canadien ne présente à l'heure actuelle aucune des caractéristiques d'un système « à deux vitesses », mais est-ce vraiment le cas?

Les personnes qui peuvent se le permettre vont déjà à l'extérieur du Canada (en général aux États-Unis) pour obtenir des services médicaux lorsque leur seule autre option consiste à attendre pendant une longue période au Canada. Il y a aussi des preuves anecdotiques solides permettant de croire que la situation au Canada est similaire à celle qui règne en Australie où, comme nous l'expliquait l'un des témoins de ce pays, l'accès à des services (de santé) publics est généralement plus facile à obtenir si vous avez de l'argent ou du pouvoir et que vous comprenez les rouages du système et avez des contacts dans les services et les administrations hospitalières.

En outre, les commissions provinciales d'indemnisation des accidentés du travail dans la plupart des provinces ont un accès préférentiel au traitement pour leurs clients, sous prétexte qu'elles doivent les remettre au travail rapidement (et non pas, en passant, pour permettre à ces commissions de faire des économies). Dans certaines provinces, les commissions ont des contrats avec les hôpitaux pour un certain nombre de lits et de diagnostics, ce qui leur garantit un accès rapide. Elles effectuent aussi des paiements directs aux médecins pour les services fournis, et ces paiements n'entrent pas dans le calcul du revenu maximal fixé aux médecins dans certaines provinces.

Tout cela permet de croire que le système canadien n'est pas aussi « égalitaire » que la plupart des Canadiens ne le croient ou que la plupart des porte-parole gouvernementaux ne le soutiennent. Que cela constitue ou non un argument pour élargir encore le système « à deux vitesses », c'est au lecteur qu'il incombe d'en décider (voir les sections 7.5.1 et 8.6 pour d'autres commentaires sur un système à deux vitesses).

## **7.5 De quelle façon peut-on garantir l'« accès aux soins en temps opportun »?**

Il existe de nombreuses façons de s'attaquer au problème de l'accès en temps opportun. Certaines n'ont aucune effet sur la structure du système de soins de santé actuel, tandis que d'autres nécessiteraient de profondes modifications.

Entre autres types de mesures qui pourraient être prises sans modifier la structure du système actuel, mentionnons les suivantes :

- Accroître la qualité de la sélection effectuée par les médecins de famille pour garantir que la demande de services spécialisés, en particulier pour les tests diagnostiques, vient uniquement des patients qui en ont vraiment besoin;
- Fournir en permanence de l'information aux médecins de famille et à leurs patients au sujet des spécialistes dont les listes d'attente sont les plus courtes;
- Établir des cabinets regroupant des spécialistes qui peuvent se partager la charge de travail et offrir des heures plus longues.

Il est aussi possible d'apporter certains changements systémiques, comme ce qui a été fait avec d'excellents résultats en Suède, et d'établir par exemple des incitatifs pour accroître l'efficacité, en particulier dans le secteur hospitalier.

### **7.5.1 « Garantie de soins »**

En Suède, en 1992, le gouvernement national a établi une « garantie de soins » qui fixait le délai maximal de trois mois pour les tests diagnostiques, certains types de chirurgie non urgente (traitement de la coronaropathie, remplacements de hanche et de genou, chirurgie de la cataracte, chirurgie pour l'enlèvement des calculs biliaires, chirurgies pour hernie inguinale, prolapsus ou incontinence). Par la suite, des garanties concernant la longueur maximale de la période d'attente ont été adoptées pour les consultations avec les généralistes (8 jours) et les spécialistes (3 mois). À la fin de cette période, le patient recevait les fonds nécessaires pour s'adresser à d'autres services en Suède ou à l'étranger et obtenir les soins médicaux nécessaires. Les fonds nécessaires à ces traitements provenaient du gouvernement du comté (l'équivalent d'un gouvernement provincial dans le secteur de la santé), qui à son tour les prélevait sur les fonds destinés à l'hôpital concerné. La garantie de soins a permis d'améliorer la situation à tel point que les listes d'attente ne constituent plus une question politique<sup>6</sup>.

Il convient aussi de signaler que le système à deux vitesses n'existe pas dans le modèle suédois. Chacun est traité de la même façon en vertu de la garantie de soins.

---

<sup>6</sup> Cité dans Ake Blomqvist, « International Health Care Models : Sweden », document préparé à l'intention du Comité, mai 2001, p. 19.

Le gouvernement national a également adopté une loi qui donne aux patients le droit de choisir librement leur médecin de famille et l'hôpital dans lequel ils veulent être traités. Avant cette réforme, les patients qui devaient être hospitalisés ne pouvaient l'être qu'à l'hôpital auquel ils étaient assignés, c'est-à-dire l'hôpital desservant la région où ils vivaient. Aujourd'hui, si un patient décide de se faire traiter dans un hôpital autre que celui auquel il est assigné, un montant précis peut être viré du budget du premier à celui du second. Les conseils de comté doivent donc payer les services fournis à leurs résidents par un autre conseil de comté. La population dans son ensemble a très bien accueilli la nouvelle liberté de choix prévue dans la loi. Nombre d'observateurs soutiennent aussi que les dispositions législatives ont entraîné un important changement dans la façon dont les patients en chirurgie sont traités, car chaque hôpital est ainsi encouragé à attirer les patients des autres ou à empêcher les siens d'aller chercher des services ailleurs.

Toute tentative visant à évaluer pleinement les résultats de l'expérience suédoise relativement au concept de « garantie de soins » devrait tenir compte de tous les facteurs propres à ce pays et à cette culture, mais il est intéressant de souligner qu'à la suite d'élections, le nouveau gouvernement a éliminé la « garantie de soins » et que les listes d'attente se sont allongées.

De toute évidence, certains types d'encouragements se traduisent par une productivité et une efficacité accrues dans les organisations, que ces organisations relèvent du secteur public ou du secteur privé. Pratiquement tous les hôpitaux de la Suède sont des établissements du secteur public.

L'exemple suédois soulève donc la question suivante : faudrait-il modifier le système canadien pour permettre ou même encourager la concurrence entre hôpitaux? Dans l'affirmative, est-ce que tous les hôpitaux devraient demeurer des établissements publics (ou, pour être précis, des établissements privés sans but lucratif) ou faudrait-il autoriser des hôpitaux ou cliniques privés, à but lucratif, à concurrencer les établissements publics? (Il faut signaler que l'on respecterait toujours les conditions de la *Loi canadienne sur la santé* si tous les hôpitaux d'une province étaient des établissements privés en autant que le système de paiement demeure à payeur unique.)

Si des établissements médicaux à but lucratif sont autorisés, il faudrait établir des normes pour garantir la qualité et la sécurité des soins que les patients reçoivent dans ces établissements. Cependant, cette tâche n'est nullement insurmontable, puisqu'il existe des hôpitaux privés dans tous les grands pays industrialisés. (Le Canada est le seul grand pays où le système hospitalier est entièrement financé par les fonds publics.)

En outre, il faudrait peut-être établir des conditions quant aux types de services que ces établissements du secteur privé pourraient fournir (p. ex., le remplacement d'articulations serait sans doute acceptable, mais pas les pontages cardiaques). Par conséquent, ces établissements privés seraient fort probablement des cliniques très spécialisées (comme la clinique Shouldice ou les cliniques de chirurgie de l'œil au laser), chacun offrant une gamme très restreinte de services mais de façon très efficace, justement en raison de cette spécialisation.

Il serait aussi possible d'adopter le modèle suédois de « garantie de soins » en vertu duquel des cliniques privées seraient en concurrence les unes avec les autres et avec les hôpitaux publics à la fin de la période d'attente maximale prévue pour un service donné.

Une deuxième option, qui nécessiterait un changement systémique plus important serait de permettre aux patients de s'adresser à la clinique privée avant la fin de la période d'attente maximale prévue en vertu de la « garantie de soins ». Dans une telle situation, les patients devraient assumer pleinement le coût du service (contrairement au modèle suédois de « garantie de soins », où le système public assume les coûts à la fin de la période d'attente maximale). En principe, en outre, il serait possible d'acheter de l'assurance pour couvrir les coûts des services en clinique privée. Donc, nous aurions ce que l'on appelle généralement un système « à deux vitesses » – semblable aux systèmes qui existent dans pratiquement tous les autres pays industrialisés (voir la partie 8.6 pour d'autres observations sur un système à deux vitesses).

### **7.5.2 Charte des droits des patients**

Une dernière option pour corriger les problèmes d'accès en temps opportun consisterait à adopter une charte des droits des patients.

Au cours des dernières années, des chartes des droits des patients ou des chartes des patients, comme on les appelle en certains endroits, ont été adoptées en réaction aux préoccupations de plus en plus grandes concernant la qualité des soins de santé et leur prestation en temps opportun. Ainsi, la Nouvelle-Zélande a établi un code des droits des consommateurs sur les services aux personnes malades ou handicapées. L'Australie a aussi élaboré une charte des droits des patients. Par exemple, dans le cadre des accords prévoyant le transfert de fonds du gouvernement du Commonwealth d'Australie aux gouvernements des États et Territoires pour des services hospitaliers publics, ces derniers ont adopté des chartes sur les services des hôpitaux publics qui précisent un certain nombre de droits pour les patients recevant des services hospitaliers, notamment le droit :

- De recevoir un traitement adapté à leurs besoins médicaux, indépendamment de leur situation financière ou de la protection prévue par l'assurance-santé;
- D'avoir accès à des services hospitaliers publics indépendamment de leur lieu de résidence;
- D'être traités avec respect, compassion et confidentialité, et en tenant compte de leurs antécédents, de leurs besoins et de leurs désirs
- De participer pleinement aux décisions relatives aux soins de santé, notamment concernant leur admission, leur congé de l'hôpital et les mesures à prendre pour les soins continus;
- De recevoir des explications claires sur le traitement proposé, notamment sur les risques et solutions de rechange, avant d'accepter ce traitement;
- De donner un consentement éclairé (sauf dans des circonstances exceptionnelles) avant qu'une intervention ne soit menée, notamment pour la participation à des programmes de recherche médicale ou d'enseignement universitaire à de futurs professionnels de la santé;
- De refuser qu'on poursuive un traitement;

- D'avoir accès à leurs dossiers médicaux;
- À la confidentialité des renseignements personnels, à moins de dispositions contraires de la loi;
- À des services d'interprétation lorsqu'il leur est difficile de communiquer avec le personnel;
- De formuler des commentaires ou des plaintes sur les soins de santé et d'être informés de la marche à suivre pour faire part de leurs préoccupations.

Dans certains États américains, les lois prévoient aussi des chartes des droits des patients qui traitent de la prestation de soins de santé et de bon nombre de ces questions.

Au Royaume-Uni, afin de réduire le nombre croissant de plaintes concernant les longues périodes d'attente pour les services médicaux et de dissiper les préoccupations relatives à la qualité des soins et à la façon dont sont traités les patients par le National Health Service (NHS), le gouvernement a adopté la NHS Patients Charter au début des années 1990. Cette charte, qui comprend à la fois des droits individuels et des normes de service (appelées attentes), traite de l'accès aux services de santé et aux dossiers médicaux, de la protection de la vie privée des patients, de la participation à la recherche médicale et de la transmission de renseignements aux patients.

Les normes (ou attentes) incluses dans cette charte portaient sur la façon dont les services sont fournis et sur des questions comme les périodes d'attente maximales pour certains types de chirurgie, les consultations externes, les transferts dans un lit d'hôpital après l'admission dans un service d'urgence, les ambulances et l'évaluation des patients après leur arrivée à l'urgence.

Cette charte du NHS a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques et les auteurs d'une étude menée à la fin des années 90 sont arrivés à la conclusion que cette charte nationale devrait être remplacée par des chartes locales élaborées par les fondations des hôpitaux, les bénéficiaires de soins de première ligne et les autres services de santé communautaires traitant directement avec les patients. L'idée d'une nouvelle charte nationale a été rejetée, mais non le concept de normes minimales sur les périodes d'attente aptes à donner accès en temps utile aux soins de santé. Ces normes (par exemple, deux semaines dans le cas d'une consultation avec un spécialiste pour une première évaluation de douleurs à la poitrine avec présomption d'angine, et au plus 26 semaines pour une consultation en clinique externe) sont maintenant incluses dans un nouveau document — un guide du NHS — qui a remplacé la charte des patients du NHS.

Même si on se pose des questions sur l'efficacité des chartes des droits des patients, tout le monde reconnaît qu'elles permettent de mieux défendre les droits des consommateurs de soins de santé. Certains ont indiqué que l'établissement d'une charte des droits des patients qui comprendrait des normes sur l'accès en temps opportun à un diagnostic, à un traitement et à des soins hospitaliers appropriés pourrait forcer le système de soins de santé du Canada à rendre des comptes aux consommateurs et garantir que la prestation des services de santé est axée avant tout sur les patients. Ces derniers sauraient ainsi quelles devraient être leurs attentes à l'égard du système. Armés de cette information, ils pourraient prendre des décisions

éclairées sur les soins de santé et déterminer ce qui est acceptable ou inacceptable dans une situation donnée.

L'adoption d'une telle charte au palier provincial permettrait d'adapter les normes ou attentes aux situations des diverses provinces et pourrait même créer une certaine concurrence dans la prestation des soins de santé. Les autorités sanitaires régionales pourraient également adopter leur propre version de ces normes. Toutefois, étant donné le caractère national du système de soins de santé du Canada, de nombreux Canadiens n'accepteraient pas qu'il existe de grands écarts entre les normes des diverses provinces. Il conviendrait donc que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires participent à l'établissement de normes minimales garantissant un accès en temps opportun aux soins de santé, normes qui serviraient de base aux chartes provinciales sur les droits des patients.

Les préoccupations relatives à l'efficacité de ces chartes demeurent toutefois. Il faudrait donc prévoir un processus de surveillance, d'examen des plaintes et de révision.

Pour encourager l'adoption de ces chartes, le gouvernement fédéral pourrait rendre les transferts fédéraux aux provinces et territoires conditionnels à l'établissement de chartes provinciales ou territoriales sur les droits des patients assorties de mécanismes de surveillance et d'application efficaces.



### ENJEUX ET OPTIONS QUANT AU FINANCEMENT

---

#### 8.1 Introduction

Le financement des soins de santé au Canada, et en fait dans tous les pays de l'OCDE, soulève de vifs débats qui portent sur un certain nombre de questions. Dans quelle mesure les soins de santé devraient-ils être financés par l'État? Quel rôle le secteur privé devrait-il jouer dans ce domaine? Quel serait le partage optimal entre les secteurs public et privé pour le financement des soins de santé? Dans les pays dotés d'un système politique fédéral comme le Canada, une autre question s'ajoute, à savoir comment équilibrer les dépenses consacrées aux soins de santé entre les divers ordres de gouvernement.

Tous les systèmes de soins de santé sont hybrides : ils sont financés tant par le secteur public que par le secteur privé. Au cours de la phase trois de son étude, le Comité a pris connaissance des différences importantes entre les pays de l'OCDE au niveau des services couverts par les divers régimes publics d'assurance-maladie et de leur mode de financement.

Selon notre étude comparative à l'échelle internationale, l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni possèdent actuellement les systèmes publics les plus complets. La part des dépenses totales liées à la santé assumée par le secteur public est plus grande dans ces trois pays (soit 84 % en Suède et au Royaume-Uni et 75 % en Allemagne) qu'au Canada (70 %). De nombreux pays où le taux de participation du secteur public au financement des soins de santé est similaire à celui du Canada – par exemple l'Australie et les Pays-Bas – offrent également une couverture qui est beaucoup plus large que celle disponible au Canada.

Contrairement au Canada, toutefois, des frais d'utilisation des services couverts par le régime public sont imposés en Australie, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni. En outre, les résidents peuvent adhérer à un régime privé qui couvre les mêmes services que le régime public, ce qui n'est pas le cas au Canada. Ainsi, il est possible de déduire que, grâce à la façon dont la participation du secteur privé est organisée, ces pays peuvent offrir une couverture élargie dans le cadre du régime public.

Au Canada, le débat sur l'abordabilité et la durabilité du système de soins de santé public englobe des enjeux plus larges touchant à la sélection des services qui devraient être considérés comme « médicalement nécessaires » et, par conséquent, couverts par le régime public, à la détermination des bénéficiaires des soins de santé financés par l'État et au mode de paiement de ces services. Le rôle joué par le gouvernement fédéral dans le transfert de fonds aux provinces et territoires pour la fourniture des soins de santé et concernant l'application de la *Loi canadienne sur la santé* se situe au cœur même de ce débat.

En ce qui concerne le financement des soins de santé, le Comité a déterminé que les quatre grandes questions suivantes se posaient :

- i. quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis?
- ii. quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?
- iii. quels moyens devrait prendre le gouvernement pour réunir des fonds aux fins des soins de santé?
- iv. quels services devraient être couverts et qui devrait être couvert par le régime public d'assurance-maladie?

Nous ne prétendons pas que les options présentées dans le présent chapitre sont exhaustives. De plus, elles ne doivent pas être perçues comme s'excluant mutuellement; des éléments des diverses options peuvent être reconfigurés de plusieurs façons différentes.

## **8.2 Quels changements peut-on apporter au mode de prestation des soins de santé qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur le niveau de financement requis?**

Lorsqu'on examine la structure de financement future des soins de santé, il est important de se demander si de nouvelles sources de financement sont nécessaires afin de rendre le système économiquement durable à long terme ou bien s'il est possible d'apporter suffisamment de changements au système de manière à ce que les économies résultantes permettent de supporter les hausses futures des coûts (attribuables entre autres au vieillissement de la population et à l'augmentation du coût des médicaments).

De nombreux changements ont été proposés tout au long des audiences du Comité au cours des trois premières phases de l'étude. Ces options ne touchent pas nécessairement directement au rôle du gouvernement fédéral en matière de financement, mais elles peuvent néanmoins se traduire par des économies qui auraient un impact sur le niveau global de l'aide financière nécessaire pour soutenir le système.

Plusieurs options visant à accroître l'efficacité du système actuel sont présentées dans les sections 8.2.2 à 8.2.5 ci-dessous. Le Comité est d'avis que la plupart sinon la totalité de ces changements devraient être apportés dans un proche avenir.

### **8.2.1 Accroissement de l'efficacité et de l'efficacités**

Il existe deux écoles de pensée quant au besoin de nouvelles sources de financement pour assurer la durabilité du système de soins de santé. Selon les partisans de la

première ligne de pensée, une exploitation plus efficiente du système de soins de santé permettra de réaliser des économies telles qu'aucune nouvelle source de financement ne sera requise. Ce point de vue se reflète dans le récent rapport Fyke sur les soins de santé en Saskatchewan de même que dans des rapports et des articles de journaux de nombreux auteurs, y compris le D<sup>r</sup> Michael Rachlis.

Par exemple, la commission Fyke a conclu que « modifier la prestation des services de santé primaires, planifier soigneusement la fourniture des soins spécialisés, continuer à investir dans le bien-être et s'engager à améliorer la qualité constituent les fondements d'un système de soins de santé efficace et durable ».<sup>7</sup> Pour sa part, le D<sup>r</sup> Rachlis est d'avis que la meilleure façon d'assurer la durabilité du système consiste à généraliser les meilleures pratiques, notamment dans le cadre de la réforme des soins primaires. Parmi les exemples qu'il cite, mentionnons la médecine de groupe pratiquée à Beechy, en Saskatchewan, et à Sault Ste. Marie, en Ontario, grâce à laquelle le nombre de patients par médecin a augmenté de façon notable grâce à l'intégration des infirmières praticiennes et d'autres intervenants à un groupe de soins primaires polyvalent.<sup>8</sup>

De nombreux analystes reconnaissent la nécessité d'accroître l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé du Canada, mais on ne s'entend pas sur l'ampleur des économies qui en résulteraient. En outre, il existe actuellement deux obstacles importants qui nous empêchent de réellement améliorer l'efficacité et l'efficience du système : premièrement, l'absence d'indicateurs du rendement, et deuxièmement, les difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de modifier un comportement.

En raison de la rareté des indicateurs mesurant l'amélioration de l'état de santé et du manque d'information sur les effets des traitements médicaux, il est difficile d'évaluer l'efficacité des soins et le rendement global du système de soins de santé. Donc, actuellement, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour démontrer qu'une amélioration de l'efficience permettrait à elle seule de combler l'écart entre les coûts croissants des soins de santé et l'aide financière du gouvernement.

Voilà qui nous amène à la deuxième école de pensée quant au besoin de nouvelles sources de financement. Les partisans de cette ligne de pensée reconnaissent que, dans le cadre d'un système de soins de santé de 90 milliards de dollars, certaines économies sont assurément possibles et que tout doit être fait pour mettre en place des changements axés sur l'efficience.

Selon ces gens, il sera toutefois difficile d'apporter des changements qui visent à accroître l'efficience et l'efficacité parce que l'attitude et le comportement d'un éventail de personnes et de groupes ayant des intérêts bien établis dans le système de soins de santé – y compris les malades, les fournisseurs de services, les compagnies pharmaceutiques, etc. – se sont

---

<sup>7</sup> *Caring for Medicare*, la commission sur l'assurance-maladie, Saskatchewan, avril 2001, p. 79

<sup>8</sup> Voir Michael Rachlis, « We can do better with what we've got », *National Post*, le 5 juillet 2001, A14.

révélés, au fil des ans, très difficiles à changer. En fait, si bon nombre des changements proposés étaient aussi faciles à mettre en place que le laissent entendre les partisans de la première école de pensée, alors il y a lieu de se demander pour quelle raison ils n'ont pas déjà été apportés.

Par conséquent, le Comité croit qu'il est important d'être prudent et d'élaborer des politiques et des plans qui se révéleront efficaces si des économies suffisantes n'étaient pas réalisées à la suite des changements apportés au fonctionnement du système. En agissant autrement, nous mettrions tous nos œufs dans le même panier et nous compromettrions la durabilité future du système de soins de santé en pariant sur des changements à apporter au système alors qu'il n'existe pas encore de preuves suffisantes que ces changements sont vraiment réalisables, et qu'on ne dispose d'aucune indication fiable quant aux économies qui peuvent être réalisées grâce à ces changements.

Le Comité se rend compte que la démarche des adeptes de la première école de pensée comporte un avantage important : elle permet d'éviter la plupart des questions difficiles liées au financement qui sont décrites dans le reste du présent chapitre. Il est certes tentant d'adopter ce point de vue et d'esquiver les questions les plus controversées concernant les soins de santé, mais le Comité est d'avis qu'une planification responsable de la politique gouvernementale exige que la deuxième école de pensée l'emporte et que les Canadiens devraient poursuivre les discussions sur la façon de réunir des fonds additionnels tout en déployant des efforts pour organiser de manière plus efficiente la prestation des soins de santé.

Nous aimerions connaître les vues des lecteurs sur cette question fondamentale, à savoir laquelle des deux lignes de pensée devrait servir de base à la politique en matière de soins de santé?

### **8.2.2 Réforme des soins primaires**

La façon dont la réforme des soins primaires peut être utilisée pour accroître l'efficacité de la prestation des soins de santé est décrite à la section 5.1. Comme on l'a déjà mentionné, les soins primaires représentent le premier point de contact entre le malade et le système de soins de santé. Actuellement, le médecin fournissant les soins primaires est « l'aiguilleur » du système, il est celui qui doit diriger les patients vers les autres intervenants pour recevoir leur traitement. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tous d'accord sur la nécessité d'une réforme des soins primaires. Cette réforme signifie qu'il faut encourager l'utilisation des fournisseurs de soins de santé les plus appropriés (pas nécessairement les médecins), veiller à ce que les dispensateurs de soins travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires et adopter de nouveaux modes de rémunération des médecins – soit sous la forme d'une rémunération par capitation ou d'un salaire, soit un système de paiement mixte, par exemple la rémunération par capitation combinée à la rémunération à l'acte. De nombreux spécialistes croient que la réforme des soins primaires peut générer des bénéfices importants pour les raisons suivantes :

- Premièrement, étant donné que les médecins ne seraient pas rémunérés uniquement à l'acte, ceux-ci ne seraient plus incités, comme c'est le cas actuellement, à vouloir voir chaque patient qui se présente à la clinique. Par conséquent, un patient peut ainsi recevoir un service d'un professionnel de la santé qui est compétent, mais qui n'est pas nécessairement surqualifié. Donc, au lieu de confier la prestation des soins au médecin, comme c'est souvent le cas actuellement, une infirmière de triage, une infirmière praticienne ou un autre dispensateur de soins de santé pourrait s'en charger.
- Deuxièmement, dans le cadre d'un système de rémunération par capitation des soins primaires, le médecin qui est responsable d'un patient touche un montant fixe pour la fourniture des soins au patient pendant un an. Ainsi, par exemple, le médecin est incité à faire faire uniquement les tests qui sont vraiment nécessaires étant donné que les tests sont payés à même le montant fixe que le médecin a reçu pour les soins au patient. Lorsque les tests ne sont plus « gratuits » pour le médecin, comme c'est le cas actuellement, un changement comportemental est observé au niveau des demandes de tests.
- Troisièmement, le travail au sein d'une équipe multidisciplinaire, qui est à la base de la réforme des soins primaires, permet une utilisation plus appropriée et efficiente des ressources humaines en santé.
- Quatrièmement, un nouveau système de soins primaires pourrait aussi permettre de consacrer plus de temps et d'efforts à la promotion du bien-être et à la prévention de la maladie, ce qui aiderait à réduire la demande pour les services de santé à plus long terme.

La réforme des soins primaires pourrait donc éventuellement générer des économies considérables pour le système de soins de santé. Elle entraînerait tout probablement une baisse du taux d'augmentation des dépenses en soins de santé, sinon une diminution réelle de ces dépenses. Ces « économies » pourraient être réinvesties dans le système sous la forme de services additionnels qui ne sont pas actuellement inclus dans le système de soins de santé public de certaines ou de la totalité des provinces.

Par exemple, les services de santé fournis par des personnes autres que les médecins, comme les physiothérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, pourraient être couverts (du moins pour les patients qui ne bénéficient pas actuellement de cette couverture dans le cadre d'un régime privé d'assurance-maladie). En outre, certains services diagnostiques (par ex. un test PSA pour le dépistage du cancer de la prostate) pourraient être ajoutés à liste des services couverts, tout comme les soins de réadaptation et certains dispositifs médicaux. Ici encore, on suppose que ces services seraient ajoutés uniquement dans le cas des personnes qui ne bénéficient pas déjà d'une couverture.

Les deux secteurs où le public canadien semble souhaiter le plus un élargissement de la couverture sont la pharmacothérapie et les soins à domicile. En raison de l'importance de

ces secteurs et des coûts qu'ils pourraient engendrer, nous les avons traités séparément dans les sections 8.9 et 8.10.

### **8.2.3 Régionalisation des services de santé**

La régionalisation est un élément important de la réorganisation des soins de santé réalisée depuis le début des années 1990. En règle générale, la régionalisation comporte à la fois une décentralisation et une centralisation. La décentralisation entraîne habituellement le déplacement de la planification, de la budgétisation et du pouvoir décisionnel, qui passent des autorités provinciales ou territoriales à des organismes régionaux. La centralisation signifie que la planification et la direction des soins de santé et des services médicaux passent des établissements ou des organismes individuels aux autorités régionales.

L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception de l'Ontario et du Yukon, ont mis en place une certaine forme de régionalisation. Les objectifs de la régionalisation comprennent la rationalisation de la fourniture des services de santé et la prestation des soins en fonction des besoins de la communauté. La régionalisation offre également la souplesse nécessaire pour que la responsabilité et la responsabilisation en matière de fourniture des soins de santé se rapprochent des personnes qui dépendent des services.

Un avantage important de la régionalisation est qu'elle permet de modifier les modes traditionnels de planification et d'affectation des crédits. En effet, on peut alors gérer et planifier de manière horizontale, ce qui a permis de réaliser des économies énormes dans certaines provinces. Ainsi, à Calgary, on a consacré des fonds à la vaccination anti-grippale des personnes âgées et généré du même coup de grandes économies en réduisant le nombre de ces personnes qui se présentaient aux urgences des hôpitaux. Avant la régionalisation, il n'était habituellement pas possible de jongler de cette façon avec les crédits.

De nombreux spécialistes croient que la régionalisation offre l'occasion d'intégrer et de mieux coordonner la fourniture de tout l'éventail des services de santé, depuis la protection de la santé et la prévention de la maladie jusqu'aux soins aigus, en passant par les soins primaires, et sans oublier les services de réadaptation et les soins de longue durée. Ils signalent également que des avantages importants peuvent être tirés de l'intégration, à l'échelon régional, des budgets des hôpitaux et des soins médicaux qui, autrement, demeureraient financés séparément. Par exemple, le conseil régional de la santé d'Edmonton a intégré tous les budgets consacrés à la fourniture des services de laboratoire. Selon les estimations, cette mesure a permis de réduire les coûts des services de laboratoire de près de 40 % du fait que les gestionnaires régionaux (en utilisant la capacité des laboratoires d'hôpital comme argument de négociation) ont conclu des marchés beaucoup plus avantageux avec les laboratoires privés que ce qui avait été possible d'obtenir pour le régime provincial d'assurance-maladie.

La régionalisation, comme la réforme des soins de santé primaires, est un élément clé pour mieux intégrer les services de santé, même si elle ne permet pas de régler tous les problèmes.

#### **8.2.4 Passation de marché avec des établissements de santé privés à but lucratif**

Pour éviter que le secteur public ne soit obligé d'assumer le coût en capital de toutes les unités spécialisées de prestation de services (souvent appelées des cliniques), on pourrait demander au secteur privé de se charger de leur construction et de leur exploitation tandis que le coût des services de santé médicalement nécessaires qui y sont offerts serait assumé par le régime public d'assurance-maladie, comme c'est le cas à la clinique Shouldice (spécialisée dans le traitement des hernies), à Toronto.

Le gouvernement de l'Alberta (dans le cadre du projet de loi 11, 2000) autorise les conseils régionaux de la santé à conclure des marchés avec des établissements privés à but lucratif pour la fourniture de certains services de santé couverts par le régime public (interventions chirurgicales mineures). D'autres pays, notamment le Royaume-Uni, autorisent les régimes privés d'assurance-maladie grâce auxquels les malades peuvent être traités dans des établissements de santé privés à but lucratif.

Les partisans de ce point de vue laissent entendre que l'impartition au secteur privé à but lucratif offre un certain nombre d'avantages comparativement à l'investissement de montants similaires dans le secteur sans but lucratif existant, qu'il soit public ou privé. À leur avis, l'impartition entraîne un meilleur accès, une diminution du temps et des listes d'attente et une efficacité accrue grâce à la diminution de la demande dans les hôpitaux publics ou privés sans but lucratif. Ils laissent également entendre que la perspective de la concurrence pourrait encourager les hôpitaux publics à faire une gestion plus efficace de leurs ressources et que les montants ainsi économisés pourraient servir à améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Pour leur part, les opposants affirment que l'impartition aux établissements privés a pour effet de réduire l'aide financière accordée aux hôpitaux publics existants, d'où la possibilité d'une diminution de la qualité des soins qui y sont offerts. Les hôpitaux publics pourraient également perdre une partie des recettes qu'ils touchent actuellement grâce à la fourniture de services non assurés (chirurgie esthétique, commission des accidents du travail, etc.) si leurs concurrents privés à but lucratif décident d'offrir ces services.

Si les cliniques spécialisées de prestation de services appartenant à des intérêts privés sont autorisées, on reconnaît généralement qu'il faudra les superviser de près afin d'assurer le maintien de normes de qualité appropriées, comme c'est le cas dans les autres pays où des systèmes public et privé parallèles sont en place.

#### **8.2.5 Accroissement des ressources affectées à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et à la santé de la population**

Un certain nombre de spécialistes soutiennent qu'il ne faudrait pas élargir la part des fonds publics actuellement affectés à la prestation de soins de santé. À leur avis, il faudrait

plutôt rediriger une partie des fonds affectés à la fourniture des soins de santé vers la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la mise en œuvre de stratégies sur la santé de la population.

Au cours de la phase deux de l'étude, le Comité a été informé que la promotion de la santé et la prévention de la maladie pouvaient générer des avantages importants à long terme, à la fois grâce à la réduction des coûts du système de soins de santé global et à l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens. Les spécialistes dans ce domaine affirment qu'il pourrait être possible d'obtenir un meilleur rendement pour chaque dollar investi dans la santé en faisant la promotion de modes de vie plus sains plutôt qu'en affectant le même montant au traitement de la maladie.

De même, selon les témoignages recueillis, les investissements dans des stratégies sur la santé de la population, par exemple pour le développement des jeunes enfants, l'augmentation du niveau de scolarité et une répartition plus équitable du revenu, pourraient se révéler plus profitables à long terme que l'augmentation des dépenses dans le secteur de la fourniture des soins de santé. À long terme, cette démarche pourrait réduire de façon marquée les pressions sur les coûts des soins de santé.

De toute évidence, les décisions concernant l'affectation des ressources publiques exigent nécessairement d'importants compromis et la conciliation d'intérêts opposés. Finalement, les Canadiens doivent décider quelle portion des ressources publiques devrait être affectée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie et quelle part devrait être allouée au traitement de la maladie. De même, nous devons déterminer si les ressources gouvernementales devraient être affectées à d'autres utilisations dans le domaine de la santé, par exemple aux dossiers médicaux électroniques, à l'infrastructure de la santé, à la recherche en santé, etc., plutôt qu'à la prestation directe de services de santé. Ces enjeux et ces options sont analysés plus en détail au chapitre 11, qui traite du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé de la population.

### **8.3 Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral pour les soins de santé?**

Comme il est expliqué dans le premier rapport du Comité, l'aide financière du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour les soins de santé existe depuis longtemps et les transferts fédéraux ont pris différentes formes depuis que le premier programme d'assurance-maladie a été négocié à la fin des années 1950.

Les premiers transferts fédéraux s'inscrivaient dans des accords de partage des coûts. Les contributions fédérales étaient équivalentes aux dépenses liées à la santé des provinces et des territoires et ces transferts devaient servir exclusivement aux soins de santé. Comme l'indique le rapport sur la phase un du Comité, les accords de partage des coûts comportaient un certain nombre d'inconvénients. Ils étaient imprévisibles pour le gouvernement fédéral, difficiles



à administrer et perçus comme une ingérence du gouvernement fédéral dans une sphère de compétence provinciale. En outre, ils étaient jugés rigides parce qu'ils avaient tendance à étouffer l'innovation dans le domaine de la prestation des soins de santé par les provinces.

À la suite de la mise en place du financement des programmes établis (FPÉ) en 1977, les transferts fédéraux ont pris la forme d'un programme de financement global pour la santé et l'enseignement post-secondaire. Le FPÉ comportait quatre caractéristiques principales. Premièrement, la contribution fédérale n'était plus liée aux dépenses provinciales et territoriales et le gouvernement fédéral déterminait seul le montant du transfert dans le cadre du FPÉ. Cette façon de faire a permis de régler les problèmes liés à l'imprévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral et à la lourdeur des procédures administratives. Deuxièmement, les fonds affectés aux deux éléments du FPÉ étaient répartis suivant des valeurs théoriques (environ 70 % pour la santé et 30 % pour l'éducation). Troisièmement, le FPÉ comportait des transferts pécuniaires et des transferts fiscaux.<sup>9</sup> Ces deux dernières mesures ont permis de régler les problèmes causés par la prétendue ingérence fédérale et par la dissuasion de l'innovation au niveau provincial. Du même coup, cependant, ces mesures ont également contribué à réduire la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine du financement de la santé. Quatrièmement, les transferts du FPÉ devaient croître suivant une échelle mobile qui tenait compte du PIB et de la croissance démographique. Cette échelle mobile s'est révélée difficile à maintenir, notamment pendant les périodes de restrictions financières, et elle a été modifiée à plusieurs occasions au cours des années 1980 et 1990 de manière à réduire et même à bloquer le taux de croissance des transferts dans le cadre du FPÉ.

En 1996, le gouvernement fédéral a fusionné le FPÉ et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) pour créer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Comme le FPÉ, le TCSPS est un mécanisme de financement global; il prévoit des transferts fédéraux pour les soins de santé, l'enseignement post-secondaire et l'aide sociale. Contrairement au FPÉ, la loi régissant le TCSPS n'indique pas, que ce soit en termes précis ou de façon théorique, la proportion du montant total autorisé qui doit être affectée à chacun de ces secteurs. De plus, la loi ne fait pas état de la façon dont les provinces devraient utiliser les fonds fédéraux. Contrairement au FPÉ, il n'y a pas d'échelle mobile associée au TCSPS.

Comme par le passé, les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent uniquement à la portion pécuniaire du TCSPS. Le gouvernement fédéral a le pouvoir de retenir les transferts pécuniaires aux provinces et territoires qui ne respectent pas ces principes. Cependant, le gouvernement fédéral ne peut pas diminuer les transferts fiscaux parce qu'il n'a pas le pouvoir d'exiger des provinces et des territoires qu'ils diminuent leurs taux d'imposition du revenu. Pour cette raison, on a souvent fait remarquer qu'il faudrait prévoir un mécanisme de retenue des transferts pécuniaires fédéraux si des principes nationaux régissant le système public d'assurance-maladie étaient adoptés au Canada. Autrement, le gouvernement fédéral ne disposerait d'aucun moyen pour persuader les provinces de respecter les principes nationaux.

---

<sup>9</sup> Comme il est expliqué dans le premier rapport du Comité, un transfert pécuniaire est simplement un dépôt de fonds fédéraux dans le trésor des provinces et des territoires. Un transfert fiscal est une diminution de l'impôt sur le revenu fédéral de concert avec une augmentation compensatoire de l'impôt sur le revenu provincial et territorial.

L'accord de financement actuel comporte trois principaux points faibles : un manque de visibilité fédérale, un manque de responsabilisation à l'échelon fédéral et provincial et un manque de stabilité de l'aide financière fédérale. La visibilité fédérale est faible dans le cadre du TCSPS parce qu'il n'est plus possible de déterminer, ne serait-ce que théoriquement, le niveau réel de la contribution du gouvernement fédéral à la santé. En outre, étant donné que le montant de la contribution fédérale à la santé est inconnu, il n'est pas possible de déterminer comment les provinces et les territoires utilisent les fonds fédéraux, et cette situation conduit à une responsabilisation insuffisante.

Finalement, les transferts fédéraux ont beaucoup varié au cours des 40 dernières années. De la fin des années 1950 au milieu des années 1970, dans le cadre des accords de partage des coûts, la contribution fédérale correspondait à 50 pour cent des dépenses provinciales et territoriales admissibles dans le domaine de la santé. Pendant la période du FPÉ, le gouvernement fédéral a unilatéralement restreint le taux de croissance des transferts du FPÉ. Lorsque le TCSPS a été mis en place en 1996-1997, les transferts fédéraux ont été systématiquement réduits. Depuis, le gouvernement fédéral a mis un terme aux coupes dans les transferts du TCSPS et il a même permis qu'ils augmentent à nouveau. Cependant, selon les autorités provinciales et territoriales, le gouvernement fédéral n'a pas ramené les transferts pécuniaires à leurs niveaux antérieurs.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux affirment que les mesures prises par le gouvernement fédéral, soit une restriction de la croissance des transferts suivie d'une réduction, ont eu pour effet de provoquer un « déficit de financement ». Ce déficit représente l'écart croissant, au fil du temps, entre les contributions du gouvernement fédéral au système de soins de santé sous la forme de transferts aux provinces et aux territoires, et les dépenses que les autorités provinciales et des territoriales ont dû effectuer pour faire face aux coûts croissants.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont demandé à maintes reprises au gouvernement fédéral de ramener le transfert pécuniaire du TCSPS au niveau maximum atteint en 1994-1995 et d'inclure une échelle mobile permettant d'assurer une croissance appropriée du TCSPS. À leur avis, cet investissement additionnel est nécessaire seulement pour maintenir le système de soins de santé actuel, tandis que l'élargissement du régime public, de manière à y inclure d'autres services de santé, exigerait une aide financière fédérale encore plus grande.

Dernièrement, certaines provinces ont proposé une augmentation des transferts fiscaux de manière à accroître la part provinciale et territoriale des dépenses publiques croissantes liées à la santé. En outre, dans un communiqué récent, les ministres des Finances provinciaux et territoriaux ont souligné que « les Canadiens ne peuvent attendre dix-huit mois que le commissaire Romanow dépose son rapport au Premier ministre. Il faut de toute urgence faire en sorte qu'il y ait un partage équitable des coûts croissants des programmes sociaux. »<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Réunion provinciale-territoriale des ministres des Finances, *Communiqué*, Montréal, le 15 juin 2001. Ce communiqué est disponible sur Internet à [http://www.scics.gc.ca/cinfo01/860430004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo01/860430004_f.html).

Dans ce contexte, un certain nombre d'options ont été proposées ces dernières années concernant la conception des transferts fédéraux.

### **8.3.1 Retour aux accords de partage des coûts**

Suivant cette option, la contribution fédérale à la santé prendrait la forme d'un pourcentage fixe des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux liées à la santé; cette mesure aurait pour effet d'accroître la visibilité du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et d'améliorer la responsabilisation à l'échelon fédéral. Elle entraînerait également une plus grande prévisibilité et stabilité de l'aide financière fédérale en plus d'améliorer la responsabilisation au niveau provincial et territorial. En outre, cette mesure pourrait permettre de réduire le « déficit de financement », ce qui aiderait les provinces et territoires à faire face aux pressions exercées par l'accroissement des coûts. Toutefois, comme on l'a expliqué dans la partie 8.3, quand le partage des coûts a été utilisé dans les années 1960 et 1970, il comportait des inconvénients si importants qu'il a été abandonné.

Une variante de cette option a été suggérée par Tom Kent. Il a proposé non pas de rétablir le partage des coûts dans sa forme initiale (un partage moitié-moitié) mais plutôt de mettre en place un genre de « partage des coûts modifié » où la contribution fédérale serait assujettie à un plafond de 25 %.<sup>11</sup> L'avantage de ce plafond est qu'en imposant une limite à la contribution fédérale totale en santé, on évite le problème de l'imprévisibilité des coûts.

### **8.3.2 Maintien du financement global actuel**

D'autres analystes soutiennent que toutes les formes de partage des coûts représentent un recul. Ils affirment que les avantages tirés des transferts fédéraux globaux, notamment la flexibilité provinciale accrue, doivent être maintenus même au prix d'une visibilité fédérale réduite. À leur avis, le suivi détaillé de l'utilisation des fonds fédéraux est inutile étant donné que le respect de la *Loi canadienne sur la santé* est suffisant pour obliger les provinces à rendre des comptes.

Cependant, il est difficile pour le public de comprendre pour quelle raison le gouvernement fédéral est incapable de déterminer si les fonds transférés aux provinces et territoires pour des objectifs précis (par exemple 800 millions de dollars affectés à la réforme des soins primaires et un milliard de dollars alloués pour de nouveaux équipements médicaux, par exemple les appareils IRM) sont réellement utilisés aux fins prévues. Ce manque de responsabilisation provinciale et territoriale face à des transferts fédéraux ciblés incite de nombreuses personnes à s'interroger sur leur valeur.

---

<sup>11</sup> Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare?*, Caledon Institute of Social Policy, août 2000.

### **8.3.3 Financement global amélioré dans le cadre du TCSPS**

Une question importante concernant le TCSPS touche à l'impossibilité de déterminer la contribution exacte du gouvernement fédéral en santé. On pourrait régler ce problème en déterminant la portion théorique du TCSPS affectée à la santé, comme c'était le cas avec le FPÉ. Ainsi, on assure la reconnaissance des fonds fédéraux sans toucher à la flexibilité provinciale.

Un autre point fréquemment soulevé par les provinces et territoires est l'absence d'une échelle mobile appropriée dans le TCSPS afin d'assurer la croissance continue des transferts fédéraux. Un mécanisme qui permet une croissance annuelle semble souhaitable, mais il demeure nécessaire de concevoir une échelle mobile appropriée. Il existe un certain nombre de possibilités.

L'échelle mobile initiale du FPÉ était la moyenne mobile composée sur trois ans du PIB nominal par habitant appliquée aux contributions pécuniaires par habitant et cumulée année après année. D'autres ont proposé que le transfert pécuniaire total du TCSPS soit indexé de manière à refléter non seulement l'accroissement de la population et la croissance économique, mais aussi l'incidence de la maladie et le coût des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies de la santé. Cependant, tous ces points sont certainement pertinents mais la complexité de cette proposition rend sa mise en oeuvre difficile.

Une autre solution proposée par l'Institut C.D. Howe en réponse au problème du vieillissement de la population consiste à convertir une partie du TCSPS en une subvention pour chaque personne de 65 ans et plus (la « subvention à la santé des aînés »). Cette subvention augmenterait suivant le taux de croissance du PIB (croissance réelle plus inflation) par personne. Ainsi, les fonds supplémentaires accordés à chaque province dans le cadre de la subvention à la santé des aînés seraient proportionnels à la croissance de sa population âgée. Dans les provinces où les populations âgées augmentent relativement rapidement, la subvention aurait une répercussion notable sur les finances provinciales.

### **8.3.4 Comptes d'épargne-santé (CÉS)**

Un certain nombre de propositions concernant des CÉS ont été présentées ces dernières années au Canada.<sup>12</sup> Les CÉS sont des comptes affectés à la santé, similaires aux comptes bancaires, créés pour le paiement des dépenses liées à la santé d'un particulier (ou d'une famille). Dans le cadre du système des CÉS, une partie ou même la totalité du TCSPS actuel serait placé dans des comptes santé individuels distincts. Chaque compte serait établi au moyen du dépôt d'un montant équivalent au montant moyen que le gouvernement fédéral affecte

---

<sup>12</sup> Voir les documents suivants : 1) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker, éd., *Healthy Incentives : Canadian Health Reform in a Canadian Context*, The Fraser Institute, 1996; 2) Cynthia Ramsay, « Medical Savings Accounts », *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, 1998; 3) David Gratzner, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999; 4) Dennis Owens et Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series n° 5, juillet 2000.

actuellement par habitant aux soins de santé, et chaque personne serait responsable de son propre compte.

Les CÉS comportent habituellement des caractéristiques semblables à celles de fonds privés – chaque titulaire doit assumer une portion des dépenses liées à la santé jusqu’à une certaine limite. En outre, les CÉS sont généralement établis pour couvrir les coûts des soins de santé sur lesquels le particulier a prise (comme des dépenses médicales courantes ou mineures). Il faut y combiner un régime d’assurance-catastrophe à franchise élevée pour le paiement des soins extraordinaires et coûteux.

En règle générale, suivant cette théorie, les consommateurs prendraient des décisions plus judicieuses et économiques s’ils dépensaient leur propre argent, plutôt que de compter sur les deniers publics. Il existe plusieurs moyens différents d’organiser ces comptes, et chaque méthode doit être évaluée suivant ses mérites.

Cependant, en règle générale, on trouve parmi les arguments à l’appui de la mise en place de CÉS la possibilité qu’ils encouragent la responsabilité et la responsabilisation personnelles, qu’ils aident à réduire l’utilisation « inutile » des services, qu’ils favorisent la concurrence au niveau des prix et qu’ils encouragent la planification financière axée sur l’avenir. Les opposants au projet sont d’avis qu’il est peu probable que ces comptes permettent un contrôle efficace des dépenses ou de l’utilisation des services, et ils insistent pour dire que les pauvres seront désavantagés par rapport aux riches.

On s’accorde généralement à dire que tout projet de CÉS devra être soigneusement examiné. Cependant, il n’est pas déraisonnable de prévoir qu’un plan pourrait être élaboré afin d’éviter les embûches possibles. On pourrait d’abord envisager l’application d’un tel plan dans une sphère limitée, par exemple le paiement des services dans des établissements de soins de longue durée, où les bénéficiaires assument déjà eux-mêmes une large part des frais.

### **8.3.5 Convertir tous les transferts pécuniaires du TCSPS en transferts de points d’impôt**

Selon une autre option proposée par les spécialistes, le gouvernement fédéral abandonnerait entièrement son rôle premier qui consiste transférer des fonds aux provinces et aux territoires aux fins de la santé. Pour ce faire, on pourrait transformer la totalité du TCSPS en transferts fiscaux.

Ce retrait complet du gouvernement fédéral du secteur du financement de la santé éliminerait l’incertitude et l’instabilité quant au niveau des transferts pécuniaires aux provinces. Cette option assurerait un partage plus clair des responsabilités et aurait probablement pour effet de réduire le risque de friction entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales. Elle offrirait également aux provinces une flexibilité accrue pour

l'allocation des fonds liés à la santé et pour la réforme et le renouvellement de leurs systèmes. Les provinces mettraient en place le type de système de prestation de soins de santé le mieux adapté à leur population. Avec le temps, tout un éventail de systèmes de soins de santé existeraient au Canada.

Cependant, étant donné que les points d'impôt ont une valeur moindre dans les provinces les plus pauvres, ces mêmes provinces éprouveraient probablement des difficultés à maintenir le niveau actuel de services de santé. En outre, la *Loi canadienne sur la santé* deviendrait inutile puisque son mécanisme d'application est lié aux transferts pécuniaires fédéraux. Dans l'ensemble, cette option aurait pour effet d'élargir les écarts entre les provinces quant au niveau, à la qualité et à l'accessibilité des services de santé. Par conséquent, cette mesure ne semble pas conforme aux objectifs énoncés par le Comité au sujet du rôle du gouvernement fédéral en matière de financement.

#### **8.4 Comment le gouvernement devrait-il générer des recettes aux fins des soins de santé?**

Le gouvernement a accès à deux sources fondamentales de recettes pour payer les soins de santé : (1) les recettes générales et (2) diverses formes de paiements directs.

En ce qui concerne l'imposition générale, il existe deux méthodes possibles pour augmenter les fonds consacrés à la santé et aux soins de santé : affecter une plus grande part de l'argent disponible aux soins de santé ou accroître les recettes générales et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé.

La deuxième façon d'accroître les recettes consiste à mettre en place une forme de paiement des services de santé par les consommateurs. Il existe divers moyens pour ce faire, lesquels se répartissent en trois grandes catégories : les frais d'utilisation, la prise en compte des soins de santé reçus dans l'impôt sur le revenu et des primes annuelles d'assurance-maladie.

Lorsqu'on examine les frais d'utilisation et les primes, il faut également déterminer si le particulier devrait être autorisé à adhérer à un régime privé d'assurance-maladie pour se protéger contre le risque que représentent ces paiements. Le régime privé d'assurance-maladie peut également englober des services de santé reçus dans des établissements privés et même des soins qui sont également couverts par le régime public. Cette possibilité comporte une autre option, soit un régime privé d'assurance-maladie couvrant les services dispensés dans des établissements privés et qui fait concurrence au régime public couvrant les services reçus dans des établissements publics.

Toutes ces options sont examinées plus en détail ci-dessous.

#### **8.4.1 Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé**

Cette mesure signifie un accroissement de la part des budgets fédéral et provinciaux consacrés à la santé et une diminution des dépenses publiques dans d'autres secteurs. Elle comporte deux grands défauts. Premièrement, il est clair que, d'une part, les gouvernements ont d'autres grandes priorités en matière de dépenses (par exemple les routes, l'environnement, etc.) et que, d'autre part, la somme consacrée directement à la santé n'est que l'un des déterminants de l'état de santé du particulier<sup>13</sup> Deuxièmement, les dépenses liées aux soins de santé augmentent à un rythme beaucoup plus rapide que les recettes gouvernementales. Selon les projections, les dépenses provinciales liées à la santé augmenteront en moyenne de 5 % annuellement si les tendances actuelles de la croissance démographique, du vieillissement et de l'inflation se maintiennent.<sup>14</sup> Donc, l'impact de cette option sur la diminution du déficit de financement est limité.

#### **8.4.2 Accroître les recettes générales (au moyen de l'impôt sur le revenu ou des taxes de vente) et consacrer les recettes additionnelles aux soins de santé**

Cette option est influencée par la capacité et la volonté politique des gouvernements, à tous les niveaux, d'augmenter leurs recettes et elle dépend de la volonté de payer des contribuables pour produire ces recettes additionnelles. L'examen des sondages d'opinion effectués pendant la phase un de l'étude du Comité a permis de constater que les Canadiens avaient des vues partagées face à une augmentation des impôts et des taxes pour les soins de santé. La diminution de l'impôt sur le revenu des particuliers est importante pour les Canadiens, mais ceux-ci accordent également une priorité très élevée aux réinvestissements dans les soins de santé. Cependant, quels que soient les résultats des sondages d'opinion, cette option va à l'encontre des stratégies de réduction des impôts, tant au niveau fédéral que provincial, appliquées ces dernières années.

#### **8.4.3 Frais d'utilisation**

Les frais d'utilisation sont habituellement définis comme une forme de paiement effectué par le consommateur d'un service de santé au moment où le service est rendu. Il s'agit donc d'un coût initial imposé au patient. Il existe différentes formes de frais d'utilisation :

- La coassurance, la façon la plus simple d'imposer des frais d'utilisation, consiste pour le patient à payer un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût des services reçus. Plus le coût du service est élevé, plus la coassurance l'est elle

---

<sup>13</sup> Les facteurs sont notamment l'éducation, la répartition du revenu, le logement, etc. Dans le document intitulé *Performance and Potential Report (2000-2001)*, le Conference Board du Canada a fait remarquer que [Traduction] « les dépenses liées à la santé « évincent » les fonds pour l'éducation. Pour la première fois, les dépenses publiques liées à la santé sont supérieures aux dépenses publiques liées à l'éducation. Pourtant, la réussite à long terme du Canada dépend du développement de la population active grâce à l'acquisition continue du savoir. »

<sup>14</sup> Ministres de la Santé des provinces et des territoires, *Comprendre les coûts reliés aux soins de santé – Rapport final*, août 2000.

aussi. De nombreux régimes privés d'assurance-médicaments optent pour cette formule.

- La quote-part est une autre option. Au lieu de payer une part des coûts, le patient doit payer pour chaque service un montant fixe (par exemple 5 \$) qui n'a pas nécessairement de rapport avec le coût du service. Le même montant est perçu quel que soit le coût du soin de santé fourni. Cette formule existe dans bien des pays comme la Suède.
- Dans un régime de franchises, le patient doit payer le coût total des services reçus pendant une période donnée jusqu'à l'atteinte d'un plafond, la franchise. Ensuite, les coûts des services fournis au patient sont couverts par le régime d'assurance. Tous les utilisateurs doivent payer une franchise minimale uniforme qui ne dépend pas de la quantité de services reçus. Cette forme de frais d'utilisation est utilisée dans certains pays.

Au Canada, les auteurs de documents sur les frais d'utilisation sont portés à conclure que ces frais dissuadent certaines personnes de chercher à obtenir des soins, qu'ils soient nécessaires ou non, et cette tendance est beaucoup plus grande chez les pauvres que chez les riches. Compte tenu de ces études, des spécialistes ont informé le Comité que les frais d'utilisation soulevaient des questions sur les plans de l'accès et de l'équité et que, suivant la façon dont ils sont appliqués, ils pourraient contrevenir à certains des principes axés sur le client énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. On pourrait éviter une partie de tous les problèmes liés aux frais d'utilisation si le montant imposé était fonction du revenu ou si les groupes à faible revenu étaient exemptés du paiement de ces frais.

Il convient de noter que le Canada est le seul pays industrialisé au monde qui interdit les frais d'utilisation pour les services de santé subventionnés par l'État. Même en Suède, que l'on considère comme l'un des pays européens les plus socialistes, les frais d'utilisation sont considérés comme « essentiels pour inciter les personnes à choisir le service le plus économique ». Les Suédois paient entre 15 et 20 dollars pour chaque visite chez le médecin et environ 12 dollars par jour en cas d'hospitalisation. Le montant total qu'une personne peut être tenue de payer chaque année est limité à environ 135 dollars.

En Suède, les frais d'utilisation ne sont pas considérés comme un facteur de limitation de l'accès. Ils ne sont pas conçus non plus comme une source de recettes. En fait, les coûts d'administration du programme des frais d'utilisation (la collecte des droits et le suivi du montant payé par chaque personne de manière à ne pas dépasser la limite établie) sont pratiquement équivalents au montant total recueilli au titre des frais d'utilisation. Le système des frais d'utilisation a été conçu en Suède pour changer le comportement des consommateurs. Cette politique repose sur le principe selon lequel les personnes doivent être conscientes que la décision d'utiliser le système de santé se traduit par des coûts pour le gouvernement, et donc pour tous les contribuables, et que, par conséquent, elles doivent utiliser le système seulement lorsqu'elles en ont vraiment besoin.



Ainsi, si des frais d'utilisation étaient imposés au Canada, il serait possible de réduire au minimum la possibilité qu'ils empêchent une personne d'avoir accès aux soins, tout en encourageant cependant chaque personne à faire une utilisation appropriée du système. Une question importante devrait être tranchée : les frais d'utilisation devraient-ils s'appliquer aux services de santé actuellement couverts par le régime public (les médecins et les hôpitaux) ou devraient-ils être envisagés uniquement pour les services non couverts?

#### **8.4.4 Prise en compte des soins de santé dans l'Impôt sur le revenu**

Suivant cette option, les patients sont tenus d'ajouter les coûts des services de santé qu'ils reçoivent au cours de l'année à leur revenu imposable. Cette proposition a été présentée à la fois comme un moyen d'accroître les recettes et comme un moyen d'encourager la responsabilisation personnelle face à l'utilisation des soins de santé. Ce type de paiement a été proposé en 1961, au début du débat sur un programme de santé financé par l'État, et il a par la suite été ramené sur le tapis en 1991 par le gouvernement du Québec<sup>15</sup> et en 2000 par Tom Kent<sup>16</sup>.

Ce système comporte un certain nombre d'avantages par rapport à l'imposition de frais d'utilisation. Premièrement, la prise en compte des soins de santé dans l'impôt sur le revenu est progressive : pour une utilisation égale de services, le patient ayant un revenu plus élevé paie relativement plus que celui ayant un revenu moins élevé. Deuxièmement, ce paiement ne s'applique pas aux personnes qui ne paient pas d'impôt sur le revenu. Troisièmement, ce système permet d'éviter le problème de l'examen initial des ressources, réglant ainsi les questions d'accès et d'équité mentionnées à la section 8.4.3.

On a également proposé d'imposer une limite au supplément d'impôt sur le revenu qu'une personne devrait payer au cours d'une année et pendant toute sa vie. Cette façon de faire serait conforme au troisième objectif établi par le Comité quant au rôle de financement du gouvernement fédéral (à savoir éviter tout fardeau financier excessif). Cependant, cette option ne peut être appliquée pour le moment parce que le système de santé n'est pas organisé de manière à permettre le suivi des coûts imposés au système par chaque patient. Ce problème pourrait peut-être être réglé au moyen d'un système de dossiers médicaux électroniques (voir le chapitre 10).

Entre autres arguments contre la prise en compte des soins de santé dans le calcul de l'impôt sur le revenu, mentionnons que certaines personnes se plaindraient de payer deux fois les soins de santé, une fois par le truchement de l'impôt général et une fois par le biais de l'impôt additionnel exigé pour les services de santé reçus pendant l'année. Pour contourner cette difficulté, on pourrait affecter explicitement aux soins de santé une taxe qui serait payée par tous, comme la TPS, tandis que l'élément impôt sur le revenu viendrait essentiellement s'ajouter aux recettes de base générées par la TPS. Il conviendrait de rappeler que, lorsque le régime

---

<sup>15</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Gouvernement du Québec, 1991, p. 78-82.

<sup>16</sup> Tom Kent, *What Should Be Done About Medicare*, The Caledon Institute of Social Policy, août 2000.

d'assurance-maladie a été créé, celui-ci était financé dans certaines provinces (par ex. la Nouvelle-Écosse) au moyen d'une taxe de vente provinciale appelée la taxe destinée aux hôpitaux.

#### **8.4.5 Primes annuelles pour les soins de santé**

Une prime pour les soins de santé est un paiement effectué par les résidents et qui aide le gouvernement à assumer les coûts du système de santé financé par l'État. Essentiellement, c'est une prime d'assurance que la personne paie pour avoir le droit d'être couverte par le régime public d'assurance-maladie. Actuellement, deux provinces, soit l'Alberta et la Colombie-Britannique, imposent des primes d'assurance-maladie. En Alberta, les taux mensuels s'élèvent à 34 \$ par personne et à 68 \$ pour une famille (deux personnes ou plus). En Colombie-Britannique, les primes sont de 36 \$ par particulier sans personne à charge, 64 \$ pour une famille de deux et 72 \$ pour une famille de trois ou plus. Dans les deux provinces, des subventions sont accordées pour réduire le montant de la prime pour certaines personnes à faible revenu et pour les éliminer totalement dans le cas des personnes très pauvres.

Contrairement aux frais d'utilisation et à la prise en compte des soins de santé dans le calcul de l'impôt sur le revenu, les primes ne sont pas liées à la quantité de services reçus par une personne au cours de l'année. De plus, les primes imposées en Alberta et en Colombie-Britannique ne sont pas liées au revenu. Par conséquent, la plupart des personnes à faible revenu paient le même montant fixe que les personnes ayant un revenu plus élevé. Les primes ne sont pas interdites par la *Loi canadienne sur la santé*.

#### **8.4.6 Régime privé d'assurance-maladie permis pour concurrencer le régime public**

Actuellement, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes d'assurance-maladie des provinces doivent être responsables devant le gouvernement provincial et ils doivent être sans but lucratif; ainsi, on empêche les régimes privés d'assurance-maladie de couvrir les services médicalement requis. En outre, la majorité des provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, et Île-du-Prince-Édouard) interdisent aux compagnies d'assurance privées de couvrir les services qui sont également couverts par les régimes publics d'assurance-maladie. Les assureurs privés peuvent couvrir uniquement des services de santé supplémentaires, par exemple les chambres à deux lits ou à un lit pendant un séjour à l'hôpital, les médicaments prescrits, les soins dentaires et les lunettes<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Quatre provinces permettent des régimes d'assurance-maladie privés (le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan). En Nouvelle-Écosse, les médecins retirés du régime ne peuvent pas facturer plus que le tarif général. C'est un facteur de dissuasion puisque les médecins ne peuvent ainsi pas toucher plus que s'ils travaillaient dans le système public. C'est pourquoi le besoin d'assurance privée demeure limité. À Terre-Neuve, les patients des médecins retirés du régime ont droit d'être couverts jusqu'à concurrence du montant prévu dans les tarifs. Le déboursé ne dépasse donc pas la différence entre le montant facturé et le tarif général. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, les patients des médecins retirés du régime ne peuvent pas être subventionnés par le régime public, mais il n'existe pas encore de secteur privé important dans le secteur de l'assurance-maladie. Pour

Cette situation contraste fortement avec un éventail de pratiques observées dans d'autres pays industrialisés. Par exemple, en Allemagne et aux Pays-Bas, les personnes ayant un revenu annuel supérieur à un certain montant peuvent souscrire à un régime privé d'assurance-maladie. Dans ces pays, les assureurs privés doivent accepter toutes les personnes qui veulent être assurées et ils doivent fournir des services équivalents à ceux offerts dans le cadre du régime public. En Australie et en Suède, la loi exige que les primes imposées par les assureurs privés de soins de santé respectent le principe de la tarification sans distinction (c'est-à-dire un seul barème des primes sans égard à l'état de santé). Le gouvernement australien encourage activement les résidents à adhérer à un régime privé d'assurance-maladie en accordant une subvention équivalant à 30 % du coût. Au Royaume-Uni, tout comme en Australie, les résidents peuvent acheter de l'assurance privée pour couvrir les services fournis dans les hôpitaux privés de même que dans les hôpitaux publics.

Selon l'information obtenue par le Comité dans le cadre de l'examen international des systèmes de santé, le fait d'autoriser les régimes privés d'assurance-maladie peut comporter certains avantages, y compris un meilleur choix pour le patient, une concurrence accrue et de meilleures économies dans le secteur public.

Afin de permettre aux assureurs privés d'offrir une couverture similaire à celle offerte dans le cadre du régime public d'assurance-maladie au Canada, il faudrait modifier la législation fédérale et provinciale qui interdit actuellement cette pratique. Dans le cas de la loi fédérale, il faudrait revoir le principe d'administration publique (payeur unique) énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Les défenseurs du régime privé d'assurance-maladie proposent la mise en place de mesures de protection dans le but d'assurer que : 1) l'assurance privée est administrée dans un cadre non limitatif (tous les demandeurs sont acceptés et non seulement ceux en meilleure santé; 2) le resquillage est évité en plaçant tous les patients sur le même plan; et 3) l'assurance privée ne se réserve pas les soins les plus faciles et ne compte pas sur le système financé par l'État pour les soins plus difficiles.

## **8.5 L'impact des options de financement sur le changement comportemental**

Lorsqu'on examine les diverses options de financement, il est important de garder en mémoire que chaque option a un impact sur le comportement de même qu'un impact financier. Voici trois exemples pour illustrer ce point.

Premièrement, comme il est expliqué ci-dessus dans la section sur la garantie des soins offerte en Suède (section 7.4), lorsque les administrateurs d'hôpital se sont vu imposer une sanction financière si le temps pendant lequel un patient se trouve sur une liste d'attente dépasse

---

plus de détails, voir Colleen Flood et Tom Archibald, *Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces*, avril 2000, Dialogue on Health Reform, Atkinson Foundation.

la durée maximale établie, des changements ont été apportés au fonctionnement des hôpitaux et les listes d'attente ont considérablement diminué. Par contre, lorsque la garantie des soins a été abandonnée, les listes d'attente ont recommencé à s'allonger. De toute évidence, le comportement des administrateurs d'hôpital et du personnel hospitalier a été influencé par le fait que l'établissement était pénalisé si les listes d'attente étaient trop longues.

Deuxièmement, selon les témoignages recueillis, le remplacement d'un mode de rémunération à l'acte par un mode de rémunération en fonction de la population a pour effet d'inciter les médecins à ne plus fournir le plus de services possibles mais plutôt à fournir seulement les soins nécessaires. Par exemple, un médecin qui travaille dans le cadre d'un système de paiement par capitation est incité à faire faire uniquement les tests qui sont véritablement requis puisque les tests sont payés à même le montant fixe que touche le médecin pour les soins au patient. Lorsque les tests ne sont plus « gratuits » pour le médecin, comme c'est le cas actuellement, on observe un changement de comportement au niveau des demandes de tests.

Troisièmement, examinons les frais d'utilisation imposés en Suède. Comme il est indiqué plus haut, les Suédois paient environ 15 à 20 dollars pour chaque visite chez le médecin et 12 dollars par jour d'hospitalisation, la limite annuelle étant de 135 dollars. Selon les témoins, le coût d'administration des frais d'utilisation est presque équivalent au moment total recueilli. En Suède, les frais d'utilisation ne visent pas à générer des recettes mais plutôt à modifier le comportement des consommateurs. La politique publique repose sur le principe selon lequel les personnes doivent être conscientes que la décision d'utiliser le système de santé se traduit par des coûts pour le gouvernement, et donc pour tous les contribuables, et que, par conséquent, elles doivent utiliser le système seulement lorsqu'elles en ont vraiment besoin.

Malheureusement, comme l'ont souligné de nombreux témoins, le système actuel incite très peu les fournisseurs de soins de santé au Canada à réduire leurs coûts ou à tendre vers une meilleure intégration (par une réforme des soins primaires par exemple). De même, le système canadien n'encourage pas les consommateurs de soins de santé à se servir du système d'une manière sérieuse.

Non seulement le système canadien n'incite-t-il pas les fournisseurs à réaliser des économies par l'intégration, mais il les encourage à recourir souvent au service le plus cher. La *Loi canadienne sur la santé* oblige de fournir les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sans frais pour le patient mais la Loi ne contient pas d'obligation semblable pour ce qui est de fournir des façons moins chères (et souvent plus efficaces) de traiter un patient, comme les médicaments administrés à l'extérieur de l'hôpital, les soins à domicile ou l'aide à la vie autonome. La plupart des provinces paient une partie de ces services. Toutefois, il est plus avantageux pour le fournisseur, qui agit dans l'intérêt du patient, de surutiliser des services hospitaliers et médicaux chers mais payés par le gouvernement au lieu de recourir à d'autres services moins chers mais relativement peu subventionnés.

Pour ce qui est d'encourager les utilisateurs à réduire les coûts, certains faits sont bien clairs. D'abord, il faut bien se rappeler que bon an mal an de 80 % à 90 % des coûts de santé (selon l'âge et le sexe) sont attribuables à une maladie invalidante (aiguë ou chronique). Ainsi, quel que soit le régime d'assurance, privé ou public, des frais d'utilisation annuels modestes contribueront très peu à faire contrepoids.

Deuxièmement, il ne semble pas y avoir de moyen administrativement simple de régler le problème de la surconsommation des services de santé sauf exclure certains services de la couverture (ou limiter le nombre de fois qu'un service peut être offert à un patient donné à l'intérieur d'une certaine période).

Évidemment, l'autre manière de limiter la surconsommation des services est d'imposer des frais d'utilisation relativement importants. Les frais d'utilisation peuvent être fixés à des niveaux plus élevés pour les services susceptibles de faire l'objet d'une surutilisation plutôt que pour les services ayant trait à une maladie incontrôlable ou invalidante. Le problème engendré par des frais d'utilisation élevés pour des services médicalement nécessaires est qu'ils réduisent les ponctions faites au système public en écartant les personnes pauvres et malades du système au lieu de réduire les abus. Il ne fait aucun doute qu'il existe des abus; tous les régimes d'assurance font l'objet d'un risque moral. Mais il est tout aussi vrai que tout régime d'assurance qui a recours à des frais d'utilisation élevés pour rationner des services médicalement nécessaires écartera les moins bien nantis qui ont le malheur de nécessiter des services dispendieux.

Il demeure que les frais d'utilisation peuvent jouer un rôle très utile en dirigeant la demande vers des services de santé moins chers sans diminuer l'accès aux services médicalement nécessaires. Mais ce n'est possible que si un service moins cher est disponible et constitue un service assuré.

Les exemples et commentaires ci-dessus, ainsi que l'expérience des autres pays ayant un régime universel d'assurance-maladie, montrent que la façon dont le système de santé est financé peut contribuer à réaliser les objectifs premiers de la politique publique, soit fournir les meilleurs soins de santé possibles au coût le plus bas. Tout cela soulève des questions relativement à la structure du financement des soins de santé au Canada :

- la structure financière devrait-elle faire en sorte que toutes les personnes intéressées par le système – les consommateurs, les fournisseurs, les administrateurs d'établissements de santé, etc. – sont encouragées à utiliser celui-ci de la façon la plus efficace possible?
- devrait-on utiliser des incitatifs pour aider les patients à comprendre que, tout comme ils ont l'impression d'avoir droit à un régime de santé universel, ils ont aussi la responsabilité d'utiliser ce droit de façon raisonnable et judicieuse?

Les réponses des lecteurs à ces questions auront une incidence directe sur le choix du futur système de financement des soins de santé.

## **8.6 Un système de santé à deux vitesses**

Dans le rapport de la première phase, le Comité a établi les différentes significations du principe d'un système de santé à deux vitesses. Il s'agit en fait d'un régime où cohabitent deux systèmes : un système public financé par l'État et un système financé par des sources privées. Cette définition suppose que l'accès aux services de santé est déterminé par la capacité de payer et non pas par le besoin. Autrement dit, les personnes qui en ont les moyens peuvent obtenir des soins de meilleure qualité ou être soignés plus rapidement dans le système privé et le reste de la population continue de recevoir des soins dans la mesure des possibilités du système public.

Parmi les solutions proposées ci-dessus, notamment l'imposition de droits d'utilisation des services publics, les comptes d'épargne santé et l'assurance-maladie privée, certaines peuvent soulever des interrogations au sujet des conséquences éventuelles d'un régime à deux vitesses. Pour éviter les effets pervers d'un régime à deux vitesses, il a été proposé trois mesures qui permettraient en même temps de maintenir la qualité du système public.

- Que tous les médecins soient tenus de faire un certain nombre d'heures de travail dans le système public, de sorte qu'ils ne seraient pas autorisés à travailler exclusivement dans le système privé;
- que le système public fixe une limite de temps pour les différentes procédures et qu'il s'engage à payer les frais du traitement en régime privé lorsque cette limite est dépassée;
- que soit créé un organisme indépendant chargé de veiller à ce que les moyens technologiques dont dispose le système public soient au moins égaux aux moyens disponibles dans le système privé.

Le Comité souhaiterait obtenir les opinions des Canadiens au sujet d'un système à deux vitesses, dans la mesure où les conditions susmentionnées seraient respectées.

## **8.7 Services assurés et bénéficiaires du régime public d'assurance-maladie**

La *Loi canadienne sur la santé* couvre les services hospitaliers et médicaux jugés médicalement nécessaires, sauf que la notion de nécessité médicale n'est pas définie. De plus, la Loi ne prévoit pas de mécanisme permettant de désigner les services de santé médicalement nécessaires. Par conséquent, il incombe à chaque gouvernement provincial et territorial (de concert avec les associations médicales intéressées) de choisir les services assurés par le régime d'assurance-maladie. Comme les différents gouvernements provinciaux et territoriaux n'utilisent

pas une seule et même méthode pour définir la prestation de soins de santé complets, le régime public n'englobe pas les mêmes services partout au pays.

De plus, la Loi reste centrée sur les services hospitaliers et médicaux. Lors de l'adoption de la Loi, en 1984, les hôpitaux fournissaient beaucoup d'autres services (médicaments, réhabilitation, convalescence et soins palliatifs) qu'ils n'offrent plus aujourd'hui. De plus en plus, ces services sont fournis à la maison ou dans la collectivité par un éventail plus large de fournisseurs de soins (infirmières, infirmières praticiennes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.), de sorte qu'ils échappent désormais au champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Cela explique que l'on note entre les provinces de grands écarts dans les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins palliatifs, les soins institutionnels à long terme, les soins dentaires et oculaires, etc. qui sont couverts par le régime d'assurance-maladie.

Étant donné cette diminution des soins institutionnels, le Forum national sur la santé de 1997 a proposé que le régime public soit réorienté en fonction des soins et non pas du lieu. Des intervenants ont spécifiquement recommandé que le gouvernement fédéral inscrive des services additionnels, notamment les soins à domicile et des médicaments prescrits, sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*.

En bout de ligne, il s'offre deux grandes possibilités en ce qui concerne les services visés par le régime public, soit le retrait de certains services, soit l'élargissement du régime.

### **8.7.1 Retrait de certains services**

Certains estiment que le régime public ne peut tout donner à tout le monde et en même temps rester abordable. Selon ces personnes, il est irréaliste d'attendre des services illimités, ne serait-ce que dans les hôpitaux et de la part des médecins, dans un contexte de restrictions budgétaires. C'est ainsi qu'il a été proposé de retirer du régime certains services offerts gratuitement, de manière à économiser de l'argent.

Or, on ne s'entend pas sur la formule à employer pour choisir les services à retirer du régime public. De plus, des données en provenance de l'Oregon, où des expériences de ce genre ont été menées, indiquent que les économies réalisées sont minimes. Enfin, des études concluent au risque réel, en adoptant cette optique, que les services à retirer du régime public soient choisis davantage sur la foi de considérations économiques que de critères de nécessité médicale.

Quoi qu'il en soit, le Comité étant convaincu de la nécessité de trouver de nouvelles sources de financement, il faudra réduire les services si les Canadiens ne s'entendent pas pour explorer de nouvelles sources de financement; soit que le rationnement actuel continue, avec les listes d'attente que l'on connaît, et c'est la solution actuellement retenue par les gouvernements, soit que l'on prenne des mesures en vue de retirer explicitement des services du régime public.

### **8.7.2 Élargissement du régime**

D'autres analystes, en revanche, voient la nécessité d'élargir le régime public. Nous l'avons vu, la *Loi canadienne sur la santé* vise principalement les services hospitaliers et médicaux. Bon nombre de Canadiens croient que la portée de la Loi devrait être élargie de manière à englober davantage de services. Les deux domaines où le public semble souhaiter le plus un élargissement du régime sont les médicaments prescrits et les soins à domicile. Étant donné l'importance de ces services et leurs coûts éventuels, leurs tenants et aboutissants font l'objet d'une analyse détaillée aux sections 8.9 et 8.10, ci-dessous.

### **8.8 Médicaments prescrits : réduction des coûts**

Au cours des dernières années, c'est au titre des médicaments prescrits que les coûts ont augmenté le plus rapidement, dans le régime de santé. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a pris connaissance de différentes informations, notamment :

- des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) montrent que les dépenses consacrées aux médicaments au Canada sont en hausse constante, depuis 25 ans, passant de 1,1 milliard de dollars en 1975 à 14,7 milliards de dollars en 2000;
- pendant la même période, la part occupée par les médicaments dans le budget global de la santé a augmenté : en 1975, les médicaments représentaient environ 9 % des dépenses en santé; en 2000, cette proportion était passée à 16 %;
- depuis 1997, les dépenses consacrées aux médicaments devancent les dépenses liées aux services des médecins et suivent, en deuxième place, les dépenses des hôpitaux;
- les dépenses par habitant consacrées aux médicaments au Canada continuent d'augmenter plus rapidement que les dépenses dans d'autres secteurs clés de la santé, notamment les hôpitaux et les médecins; en fait, entre 1990 et 2000, les dépenses par habitant consacrées aux médicaments ont augmenté de près de 93 %, soit plus du double de l'augmentation moyenne des autres dépenses de santé (40 %).

Les médicaments prescrits représentent le gros des dépenses consacrées aux médicaments (77 % en 2000 par rapport à 72 % en 1975). En 1975, le volet privé (régimes collectifs d'assurance-médicaments offerts par l'employeur, compagnies d'assurance privées et dépenses payées par le consommateur) représentait 80 % des dépenses liées aux médicaments prescrits. En 2000, la valeur du volet privé avait diminué à 57 %. Pendant la même période, la part des médicaments prescrits financés par les deniers publics (gouvernements provinciaux et territoriaux et gouvernement fédéral) est passée de 20 % en 1975 à 43 % en 2000.



Il convient donc de se demander ce que l'on peut faire pour limiter la hausse des coûts des médicaments prescrits imposés aux régimes publics d'assurance-maladie. Les propositions suivantes ont été présentées au Comité.

### **8.8.1 Liste nationale des médicaments admissibles**

L'idée d'une liste nationale des médicaments a été évoquée un certain nombre de fois au cours de l'étude du Comité. Typiquement, il s'agit d'une liste de médicaments fournis en vertu d'un régime public d'assurance-médicaments. Une liste « nationale », que proposent certains experts, ne signifie pas que le gouvernement serait la seule instance chargée de déterminer les médicaments qui y figureraient. Au contraire, une liste nationale serait le fruit de la collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, avec le concours des intervenants intéressés.

Pour analyser ce sujet, il importe de comprendre le processus en vertu duquel est ajouté à la liste un nouveau médicament qui sera fourni par un régime provincial d'assurance-médicaments ou par le régime fédéral, dans le cas des personnes dont les soins de santé relèvent du gouvernement fédéral (voir la section 3.5, qui traite du rôle du gouvernement fédéral en matière de prestation de services).

Lorsqu'un nouveau médicament arrive sur le marché, les fonctionnaires chargés de la liste des médicaments reçoivent une demande d'inscription. Il incombe alors à ces fonctionnaires d'évaluer ce nouveau médicament et de décider s'il y a lieu de l'inscrire. Les sociétés pharmaceutiques ont intérêt à ce que le nouveau médicament figure sur la liste car, dans la négative, les ventes sur le territoire visé par la liste seront très limitées. On comprend donc que les sociétés pharmaceutiques travaillent très fort pour faire inscrire leurs nouveaux médicaments sur la liste.

Le Comité a appris que ce système donne lieu à deux situations. Premièrement, dès lors qu'un médicament est inscrit sur la liste d'une province, il est difficile (voire impossible) à une autre province de refuser de l'inscrire sur sa liste. Deuxièmement, beaucoup de provinces, surtout les moins peuplées, ne disposent pas des spécialistes voulus pour déterminer si un nouveau médicament offre des avantages qui justifient son inscription à la liste (ce qui peut nécessiter le retrait d'un médicament déjà approuvé).

La solution pourrait consister à établir une liste nationale (et non pas fédérale) de médicaments admissibles; cette idée a été lancée par de nombreux témoins qui se sont présentés devant le Comité. Voici les avantages généralement évoqués d'une liste nationale des médicaments admissibles :

- élimination de la possibilité qu'une province se sente obligée d'ajouter un médicament à sa liste parce qu'une autre province l'a déjà fait;

- capacité accrue de faire les recherches destinées à démontrer que les avantages d'un médicament nouveau (et plus cher) constituent un progrès important par comparaison à des médicaments existants (et moins chers), étant donné que ces recherches seraient réalisées à l'échelon national et non plus par différents gouvernements provinciaux.

La création d'une liste nationale de médicaments admissibles pourrait conduire à l'établissement d'un seul organisme acheteur, qui servirait tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. Le pouvoir d'achat d'un tel organisme serait colossal et cela aiderait probablement les régimes publics d'assurance-médicaments à obtenir le meilleur prix des sociétés pharmaceutiques.

Au cours des audiences de la phase deux, le Comité a appris que l'on discutait d'une liste commune des médicaments au sein de différents gouvernements provinciaux et territoriaux. Plus précisément, après leur conférence d'août 2000, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants territoriaux sont convenus de collaborer et de charger leur ministre de la Santé d'élaborer des méthodes en vue d'évaluer et d'apprécier les médicaments prescrits. L'une de ces méthodes pourrait consister à mettre en place un processus consultatif interprovincial et interterritorial d'évaluation des médicaments en vue de leur inscription aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments.<sup>18</sup>

Le Comité sera heureux de recevoir des avis sur la faisabilité d'une liste nationale des médicaments admissibles et sur ses éventuels effets. Le Comité souhaiterait tout particulièrement savoir comment l'administration d'une liste nationale pourrait être organisée de manière à être indépendante du gouvernement (à noter que le gouvernement fédéral participerait au processus en vertu de sa responsabilité en matière de prestation de services de santé à certains groupes et non pas d'un rôle constitutionnel). De plus, dans le cadre d'une discussion sur une éventuelle liste nationale de médicaments, le Comité voudrait savoir si l'on doit envisager la création d'un organisme national d'achat de médicaments et, dans l'affirmative, quel devrait être son mode de fonctionnement.

### **8.8.2 Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher**

Les ressources publiques disponibles pour les soins de santé étant limitées, il convient de reconnaître la nécessité d'une gestion stricte des médicaments en fonction des coûts et des avantages; cela consiste notamment à n'inscrire que les médicaments prescrits les plus économiques. Pendant de nombreuses années, les hôpitaux dotés de budgets globaux ont dû faire des choix difficiles quand il s'agissait d'inscrire les médicaments sur leur liste interne. Ces choix étaient faits par les comités de pharmacie et de thérapeutique (CPT) des hôpitaux, et les médecins les ont acceptés parce qu'ils avaient été faits par leurs pairs. Certains croient que les

---

<sup>18</sup> Quarante et unième Conférence annuelle des premiers ministres des provinces. Communiqué : *Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens en matière de santé*, Winnipeg, le 11 août 2000 (disponible sur le site : [www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html))

médecins auraient du mal à accepter que la formule de l'examen par un CPT soit employée pour limiter l'inscription de tous les médicaments prescrits.

Quoi qu'il en soit, au cours des dernières années, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments ont commencé à utiliser leur politique de remboursement pour encourager les médecins à remplacer des pharmacothérapies classiques par d'autres. Il arrive qu'un médicament ne figure tout simplement pas sur la liste, quand il est plus cher que d'autres médicaments aussi efficaces pour traiter certaines pathologies. Dans d'autres cas, un programme de médicaments gratuits (par exemple le Régime de médicaments gratuits de l'Ontario) exigera une autorisation spéciale pour payer un médicament plus cher quand il est préféré à une solution moins chère du fait qu'il est requis pour l'une et non pas la totalité de ses indications. La politique de prix de référence de la Colombie-Britannique sert le même objectif. En vertu de cette politique, le gouvernement de la province rembourse le prix d'un médicament à hauteur du prix d'un médicament de référence d'une catégorie thérapeutique donnée, à moins de nécessité d'utiliser le produit le plus cher, sur la foi de l'évaluation du médecin et à condition que ce produit soit préalablement approuvé par le régime.

Bref, certains régimes provinciaux d'assurance-médicaments encouragent déjà les médecins à substituer des pharmacothérapies. Il faut toutefois répondre à ces difficiles questions de principe :

- jusqu'où peut aller un gouvernement pour imposer la substitution de pharmacothérapies en fonction du médicament équivalent le moins cher?
- dans quelle mesure un gouvernement peut-il imposer une telle politique?

Un mécanisme de qualité et largement accepté d'expertise scientifique et clinique, à l'appui des choix des médicaments de substitution, a plus de chances d'être accepté par les médecins et toléré par le public.

On peut alors se demander si l'ensemble des intervenants, soit les gestionnaires de régimes publics et privés d'assurance-médicaments, les médecins et les pharmaciens, Santé Canada (à titre d'organisme fédéral responsable de la sécurité des médicaments), les patients et l'industrie pharmaceutique, devraient être tenus de travailler ensemble pour produire des avis communs dont se serviraient et les assureurs et les prescripteurs pour déterminer les médicaments qui peuvent être substitués à d'autres. Une telle collaboration viserait à rendre la prescription de médicaments et la gestion des prestations pharmaceutiques plus économiques et à améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure identification des meilleurs traitements, l'élimination de traitements inefficaces ou de ceux qui présentent des risques évitables d'effets indésirables.

Une telle collaboration viserait donc à assurer i) une orientation nationale efficace et opportune pour l'établissement de listes de médicaments (ou d'une liste nationale) et ii) une

orientation nationale opportune, pertinente et acceptée pour les prescriptions et qui pourrait être adaptée aux besoins locaux.

La collaboration proposée pourrait être intégrée à un système renforcé de surveillance post-commerciale des médicaments prescrits, dirigé par Santé Canada, et à un système national d'information sur l'utilisation des médicaments qui procurerait une analyse détaillée des prix des médicaments, de leur mode d'emploi et des facteurs de coût de chaque catégorie de pharmacothérapie, des informations qui permettraient de prendre de meilleures décisions en matière de gestion des listes, de prescription et de réglementation (sécurité des médicaments); de plus, la collaboration profiterait de tels systèmes.

### **8.8.3 Publicité sur des médicaments prescrits au consommateur**

En ce qui concerne les coûts des médicaments prescrits, on peut également se demander de quelle manière les compagnies pharmaceutiques devraient être autorisées à faire de la publicité sur ces médicaments. Actuellement, Santé Canada interdit la publicité directe aux consommateurs et limite la publicité sur les médicaments prescrits aux seuls fournisseurs de soins de santé. Dans la plupart des pays industrialisés, il est interdit de destiner directement au consommateur une publicité sur les médicaments prescrits. Aux États-Unis, où il est permis d'annoncer des médicaments prescrits (l'industrie pharmaceutique consacre des centaines de millions de dollars chaque année à la publicité dans ce pays), des études montrent qu'une très grande proportion des prescriptions délivrées par les médecins, et en particulier les médecins de famille, découlent de la demande des patients qui ont vu la publicité pour le médicament en question. Faut-il s'en étonner, quand on sait que la publicité est destinée à faire monter la demande?

Certains font valoir que, pour éviter une augmentation correspondante de la demande de médicaments prescrits au Canada, le gouvernement fédéral devrait maintenir l'interdiction sur la publicité de médicaments prescrits. Trois arguments sont habituellement opposés au maintien de l'interdiction de publicité.

- a) le consommateur a le droit de connaître les médicaments prescrits qui sont disponibles;
- b) les sociétés ont le droit de communiquer avec le consommateur, en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*;
- c) les médicaments sont déjà annoncés aux États-Unis et les Canadiens peuvent voir ces publicités sur les canaux de câble américains ou sur Internet; par conséquent, l'interdiction canadienne est inutile et devrait donc être levée.

Au sujet du point a), il s'agit de savoir dans quelle mesure on doit monnayer le droit de savoir du consommateur contre le coût accru des médicaments, qui sera le résultat inévitable de la publicité sur les médicaments prescrits au Canada.

Au sujet du point b), les avocats constitutionnalistes sont partagés sur la constitutionnalité de l'actuelle interdiction de publicité. Certains estiment toutefois que, s'il est décidé d'établir une liste nationale des médicaments admissibles, l'on pourrait éviter l'écueil constitutionnel en intégrant aux principes créateurs de la liste une politique voulant que tout médicament qui au Canada n'est pas annoncé seulement aux médecins soit exclu de la liste.

Au sujet du point c), le débordement frontalier des publicités sur les stations américaines de télévision par câble pourrait être éliminé; le gouvernement fédéral pourrait utiliser ses pouvoirs pour ordonner au CRTC d'exiger des câblodistributeurs canadiens qu'ils substituent d'autres annonces aux publicités américaines portant sur des médicaments prescrits.

La grande disponibilité d'informations sur la santé sur Internet constitue un nouveau sujet de préoccupation. À toutes fins pratiques, il semble impossible de juguler le flot de publicités qui traversent la frontière par le cyberspace.

Voilà des questions de principe fédérales au sujet desquelles le Comité souhaite recueillir les opinions des lecteurs du présent rapport.

## **8.9 Médicaments prescrits – Élargissement de la protection**

La plupart des Canadiens disposent d'une certaine forme d'assurance-médicaments, qu'ils s'agisse d'un programme gouvernemental, d'un régime privé collectif (offert par l'employeur) ou d'un régime individuel. Toutefois, la *Loi canadienne sur la santé* ne visant pas les médicaments prescrits à l'extérieur de l'hôpital, la protection publique varie énormément d'une province à l'autre. De même, les assurances privées pour les médicaments prescrits qui sont offertes par des régimes collectifs de l'employeur ou par un régime individuel diffèrent considérablement de par leur nature, les critères d'admissibilité et les frais à payer.

Les informations fournies au Comité par la Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes (SIAP) indiquent qu'environ 97 % des Canadiens disposent d'une certaine assurance pour les médicaments prescrits.

- Les régimes collectifs d'assurance offerts par l'employeur constituent la principale source d'assurance des Canadiens (57 % de la population);
- les régimes provinciaux d'assurance-médicaments des personnes âgées et des assistés sociaux représentent respectivement 12 % et 10 % de la population;
- les programmes provinciaux visant la population en général (c'est-à-dire qui ne sont pas limités aux personnes âgées ou aux assistés sociaux) représentent une autre tranche de 15 % de la population;
- divers autres régimes (polices individuelles, groupes d'affinités, etc.) représentent 1 % de la population;

- les régimes destinés aux Indiens inscrits et aux Inuits et Innus admissibles représentent environ 2 %.<sup>19</sup>

Environ trois pour cent de la population canadienne n'aurait aucune assurance pour les médicaments prescrits. Le Comité a appris que la plupart de ces personnes sont des adultes en âge de travailler. Des données qualitatives indiquent également que les personnes de ce groupe ont le profil d'emploi suivant : il s'agit principalement d'ouvriers non spécialisés, de petits salariés, d'employés à temps partiel, d'employés saisonniers et de chômeurs occasionnels. De plus, parmi les personnes qui disposent d'une certaine protection, on note de grandes fluctuations dans la nature et la qualité de cette protection.

Le Comité a appris qu'il existe d'importants écarts interprovinciaux dans la protection offerte en matière d'assurance-médicaments. Le Tableau 1 montre que cinq provinces (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et le Québec) affichent une protection à 100 % en ce sens que les programmes provinciaux offrent une protection minimale à tous les résidents. En Alberta, le gouvernement provincial offre à tous les résidents un programme public d'assurance-médicaments financé par les cotisations — Alberta Blue Cross. Les Albertains qui n'ont pas d'assurance-médicaments (17 %) disposent d'un régime public mais ont décidé de ne pas y adhérer pour ne pas payer la cotisation. Les provinces de l'Atlantique de distinguent par une protection beaucoup moindre que dans le reste du Canada. En fait, il n'existe pas de programmes publics d'assurance-médicaments qui protègent tous les résidents des provinces de l'Atlantique.

**TABLEAU 1**  
**PROPORTIONS DE LA POPULATION**  
**PROFITANT D'UNE ASSURANCE-MÉDICAMENTS**

	<i>Proportion (%)</i>
Canada	<b>97</b>
Terre-Neuve	65
Île-du-Prince-Édouard	73
Nouvelle-Écosse	76
Nouveau-Brunswick	67
Québec	100
Ontario	100
Manitoba	100
Saskatchewan	100
Alberta	83
Colombie-Britannique	100

Ces écarts interprovinciaux traduisent des différences importantes dans les protections offertes par les régimes d'assurance-médicaments, notamment ce qui est offert aux groupes qui ne sont pas des personnes âgées à faible revenu et des assistés sociaux, lesquels sont

---

<sup>19</sup> Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes, *Drug Expense Insurance in the Canadian Population*, 1998.

assurés presque entièrement dans toutes les provinces. Les différences entre les provinces reflètent également des protections différentes offertes par des régimes privés. Le Comité a appris que toutes les provinces perçoivent actuellement des taxes sur les primes et que l'Ontario et le Québec perçoivent des taxes de vente sur les régimes privés d'assurance-maladie. Le fardeau fiscal additionnel d'un milliard de dollars est un important facteur pour dissuader de recourir à des régimes privés, qui représentent les principaux programmes d'assurance-médicaments.

De telles différences entre les provinces soulèvent des questions de politique publique et il en est de même pour les particularités fiscales susmentionnées. Toutefois, la question de la politique publique devient encore plus impérieuse quand on prend en considération l'objectif consistant à éviter les contraintes financières excessives, lequel a été déterminant dans l'élaboration de la politique canadienne de la santé. Malgré des taux de protection relativement élevés pour les médicaments dans l'ensemble du Canada, de nombreux Canadiens ne sont pas à l'abri de « contraintes financières excessives » que pourraient causer l'achat de coûteux médicaments.

Les pharmacothérapies modernes peuvent engendrer des dépenses très élevées, et cela se produit de plus en plus. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit seulement le remboursement des médicaments prescrits à l'hôpital. Par conséquent, de nombreux Canadiens s'exposent de plus en plus à des difficultés financières causées par l'achat de médicaments très chers hors de l'hôpital, et ce risque devient souvent réalité dans les faits.

Les informations fournies au Comité portent à conclure que les personnes qui sont actuellement à l'abri de telles contraintes financières sont :

1. les Canadiens protégés par un régime privé d'assurance-médicaments qui limite le montant que l'assuré doit payer à l'achat d'un médicament;
2. les Canadiens prestataires de l'aide sociale et les personnes âgées à faible revenu car ces groupes sont admissibles à l'assurance publique qui les met à l'abri des coûts élevés des médicaments prescrits dans toutes les provinces;
3. les Canadiens habitant une province où des régimes publics d'assurance-médicaments limitent le montant qu'un assuré doit verser à l'achat de médicaments prescrits (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec et Saskatchewan).

Toutefois, la protection fournie par les différents régimes n'est ni uniforme ni absolue. Par exemple, le genre de protection décrite ci-dessus n'est pas automatique dans toutes les provinces susnommées et seuls quelques régimes privés limitent la responsabilité financière des assurés.

Dans les quatre provinces de l'Atlantique, il n'existe pas de régime public limitant la responsabilité des personnes et des familles à l'égard des coûts élevés des médicaments

prescrits. De plus, les assurances-médicaments privées sont généralement moins courantes dans la région de l'Atlantique. En fait, une étude récente financée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada conclut que plus de 25 % des habitants de la région de l'Atlantique ne possèdent pas d'assurance-médicaments prescrits et que 25 % des personnes habitant cette région sont sous-assurés.<sup>20</sup> Il est clair qu'il faut améliorer sensiblement la protection des résidents des provinces de l'Atlantique au titre de l'assurance-médicaments.

Ces constatations générales ont été placées dans un contexte humain particulier grâce au cas d'un Canadien de l'Atlantique dont la situation a été portée à la connaissance du Comité. Cet homme, bibliothécaire professionnel et pourtant cotisant à un bon régime d'assurance de son employeur, doit déboursier de sa poche quelque 17 000 dollars par année pour payer une partie des médicaments dont sa femme a besoin et qui coûtent environ 50 000 dollars par année. Cet exemple montre bien que même les personnes bénéficiant d'un excellent régime d'assurance-médicaments ne sont pas à l'abri des difficultés financières à cause des coûts exorbitants des médicaments.

### **8.9.1 Initiative nationale d'assurance-médicaments**

Le problème consiste donc à trouver le moyen d'offrir une meilleure protection au titre des médicaments prescrits. Au cours des dernières années, un certain nombre d'experts ont recommandé que le gouvernement fédéral élabore une initiative nationale d'assurance-médicaments, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, dans le but d'élargir la protection aux pharmacothérapies médicalement nécessaires. Une initiative nationale d'assurance-médicaments élargirait la protection aux personnes non assurées ou mal assurées et permettrait de fournir à l'ensemble de la population des prestations d'assurance-médicaments plus uniformes.

Il n'existe pas de modèle unique pour une initiative pancanadienne d'assurance-médicaments et un certain nombre de questions complexes peuvent influencer la conception d'un tel programme. Par exemple, il faut :

- choisir les assurés (garantir l'universalité ou limiter la protection à des groupes particuliers comme les personnes âgées ou les assistés sociaux);
- déterminer la protection à offrir (tous les médicaments prescrits ou seulement certaines catégories);
- établir l'orientation du programme (payer la totalité des frais des médicaments ou se protéger contre les dépenses élevées en médicaments);
- déterminer le mode de financement (financement public ou financement mixte assorti de franchises, de participation aux coûts, etc.);

---

<sup>20</sup> Applied Management et Fraser Group Tristat Resources, *Canadians Access to Insurance for Prescription Medicines : Volume 2 – The Un-Insured and Under-Insured*, présenté au Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, en mars 2000.



- déterminer le mode de réalisation (par l'intermédiaire des programmes provinciaux d'assurance-médicaments, de régimes privés ou d'un nouveau programme fédéral ou d'une combinaison de ces possibilités).

Les opinions varient selon les intervenants. Les frais d'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments et de maintien de sa viabilité à long terme sont une autre cause majeure de controverse. En 1997, la firme Palmer d'Angelo Consulting Inc. a évalué les coûts d'établissement de différents modèles d'un programme national et universel d'assurance-médicaments. Voici un résumé des principales conclusions de cette étude.

- Un programme national global, financé par les deniers publics, administré par le gouvernement et respectant les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ferait monter les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits de quelque 4,3 milliards de dollars.
- D'autres programmes administrés par le gouvernement et financés par les deniers publics, mais qui imposeraient des frais d'utilisation (à hauteur de 15,9 %) et des frais d'ordonnance, gonfleraient les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits d'une somme se situant entre 2,1 et 2,5 milliards de dollars; cette solution équivaldrait à « nationaliser » les régimes privés actuels.
- Avec un programme semblable aux régimes qui existent en Saskatchewan et au Manitoba (lesquels imposent des frais d'utilisation très élevés), les dépenses publiques liées aux médicaments prescrits diminueraient de quelque 500 millions de dollars; cependant, les dépenses des particuliers augmenteraient de 900 millions de dollars.
- Des régimes mixtes publics et privés auraient une incidence beaucoup moins grande sur les finances des particuliers que les régimes entièrement publics. Les dépenses additionnelles varient entre 100 millions de dollars, avec un programme semblable au programme québécois actuel, et 1,5 milliard de dollars, avec un programme qui assure la totalité des coûts, sans franchise.<sup>21</sup>

Il est donc clair que le prix d'un programme national d'assurance-médicaments dépendrait de la formule choisie. Une étude réalisée récemment par le docteur Joel Lexchin laisse entendre qu'un tel système permettrait d'économiser des frais d'administration même s'il avait comme conséquence d'augmenter les dépenses publiques.<sup>22</sup>

Pour fins de consultation et de discussion, voici quatre formules présentant une orientation et une conception particulières.

---

<sup>21</sup> Palmer d'Angelo Consulting Inc., *National Pharmacare Cost Impact Study*, septembre 1997.

<sup>22</sup> Joel Lexchin, *A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity*, Centre canadien des politiques alternatives, mars 2001.

### **8.9.2 Un programme public complet**

Un programme national d'assurance-médicaments entièrement public pourrait être financé par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, soit par le truchement de transferts accrus (TCSPS) soit en vertu d'un nouvel arrangement de partage des coûts dans lequel la part du gouvernement fédéral pourrait être de 25 %, 50 % ou davantage. Un tel programme serait universel et exempt de frais d'utilisation, donc conforme à la *Loi canadienne sur la santé*. Il pourrait également imposer des frais d'utilisation, auquel cas le financement fédéral pourrait être assujéti à une version modifiée de la *Loi canadienne sur la santé* ou à un nouvel ensemble de conditions. Il s'agirait d'une initiative entièrement nouvelle qui remplacerait tous les programmes fédéraux et provinciaux d'assurance-médicaments en vigueur et pourrait rendre largement inutiles les régimes privés existants.

### **8.9.3 Une initiative mixte globale**

Comme pour la solution 8.9.2, ce programme assurerait une protection universelle pour toutes les dépenses de médicaments, sauf qu'il le ferait en vertu d'un partenariat conclu par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et l'entreprise privée dans le but d'élargir la protection qui est offerte actuellement par les régimes publics et privés.

Une participation fédérale aux coûts pourrait être offerte aux provinces pour élargir la protection des programmes provinciaux de médicaments. Il y aurait lieu de mettre l'accent sur les provinces de l'Atlantique où il n'existe pas en ce moment de régimes d'assurance-médicaments universellement accessibles. Par souci d'équité, il faudrait toutefois assurer une aide fédérale aux provinces qui ont déjà mis en place des programmes largement accessibles. Cette aide pourrait les encourager à maintenir et même à élargir la protection offerte.

Comme certaines provinces pourraient ne pas bien répondre aux incitatifs de partage des coûts et qu'en conséquence ces programmes pourraient ne pas rejoindre toute la population, des incitatifs financiers fédéraux pourraient aussi être offerts aux régimes privés pour encourager un élargissement de la protection aux personnes qui ne sont pas assurées ou ne le sont pas assez mais qui ont un certain lien avec le monde du travail (comme les travailleurs à temps partiel, en transition entre deux emplois, etc.).

Une aide fédérale pourrait être offerte aux provinces sous réserve de certaines conditions, dont l'élimination des principaux facteurs dissuadant de recourir à l'assurance-médicaments privée que sont les taxes provinciales sur les cotisations d'assurance et les taxes de vente au détail sur les cotisations supplémentaires d'assurance-maladie. Il est à noter que le Québec s'est servi d'un modèle hybride public-privé pour mettre en œuvre son programme universel d'assurance-médicaments, qui est en vigueur depuis 1997.

#### **8.9.4 Initiative mixte de garantie des dépenses élevées en médicaments**

Contrairement aux solutions 8.9.2 et 8.9.3 qui visent à payer la totalité ou la quasi-totalité des coûts des médicaments prescrits, cette initiative mixte cherche à protéger tous les Canadiens contre des difficultés financières liées à des dépenses de médicaments élevées. Cette option viserait à protéger les Canadiens, y compris ceux qui ont déjà une assurance-médicaments privée, contre le genre de situation catastrophique décrite au dernier paragraphe de la section 8.9. À ce titre, cette option est un filet de sécurité.

Comme la solution 8.9.3, cette initiative prévoit que le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et l'entreprise privée mettront en valeur et élargiront la protection offerte par les régimes provinciaux et privés contre les coûts élevés des médicaments. Il est prévu que le gouvernement fédéral assumerait une partie importante des coûts des programmes provinciaux universellement accessibles qui fixent le risque personnel lié aux coûts élevés des médicaments à un niveau approprié. Il pourrait s'agir d'une proportion donnée du revenu (p. ex., 4 %, comme le prévoient déjà certains programmes) ou encore d'un montant fixe (p. ex., 1 000 \$ par année).

Comme dans l'option précédente, on viserait en priorité à encourager les provinces de l'Atlantique à mettre en place des programmes provinciaux de cette nature. Mais une participation aux coûts serait également possible pour les régimes provinciaux d'assurance-maladie qui ont déjà mis en place ce genre de protection.

Comme dans l'option 8.9.3, étant donné que certaines provinces pourraient ne pas se montrer sensibles aux incitatifs financiers et qu'en conséquence leurs programmes publics pourraient ne pas rejoindre toute la population, on pourrait offrir l'aide financière fédérale aux régimes privés qui limitent les dépenses des assurés à un certain plafond (p. ex., 1 000 \$ par année). Comme dans le cas de la solution 8.9.3, la participation fédérale serait assujettie à des conditions comme la suppression des facteurs fiscaux dissuasifs imposés aux régimes privés d'assurance-médicaments.

L'option 8.9.4 pourrait gagner en importance à mesure que le prix des médicaments augmente et que les médicaments biotechnologiques très chers occupent une part croissante des médicaments consommés. Il y a un risque qu'une telle augmentation des coûts entraînerait certains employeurs à interrompre leurs programmes d'assurance-médicaments. Par contre, si une aide financière du gouvernement était disponible aux employeurs lorsqu'un employé atteint la limite assurable, ils pourraient être incités à maintenir leurs programmes d'assurance-médicaments.

### **8.9.5 Une initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments**

Comme la solution 8.9.4, cette initiative viserait à limiter le risque des assurés à l'égard de dépenses élevées en médicaments. Toutefois, dans ce cas-ci, c'est la fiscalité qui jouerait, plutôt que des régimes publics et privés d'assurance-médicaments.

En vertu de cette solution, les Canadiens obligés d'acheter des médicaments prescrits et « médicalement nécessaires » d'une valeur supérieure à un seuil donné (p. ex., une proportion du revenu, probablement entre 2 % et 4 %) recevraient un crédit d'impôt au titre de la différence. Ce crédit abaisserait les impôts qui seraient autrement exigibles (dans le cas des personnes à revenus élevés) ou serait remboursé à titre de crédit remboursable (dans le cas des personnes à faibles revenus qui ne paient pas d'impôt). On pourrait procéder en modifiant le crédit d'impôt pour frais médicaux ou en créant un nouveau crédit d'impôt distinct. Pour réaliser cette initiative, il faudrait établir une liste qui contiendrait tous les médicaments nécessaires du point de vue médical.

L'un des désavantages majeurs de cette solution tient à la nature rétrospective de la déclaration de revenus, c'est-à-dire qu'elle s'appliquerait aux dépenses encourues l'année précédente. Le problème ne s'appliquerait pas dans le cas du décès ou de l'insolvabilité personnelle de l'assuré. Cette solution s'appliquerait davantage aux besoins des personnes qui éprouvent des difficultés chroniques liées aux coûts élevés des médicaments.

### **8.10 Soins à domicile**

On entend habituellement par soins à domicile les services qui sont fournis à une personne chez elle. Les soins à domicile ne comprennent pas les soins fournis par une entreprise privée ou publique dans une résidence de soins de longue durée ou de soins continus. On ne s'entend pas au sujet des services qui devraient être englobés par l'expression « soins à domicile ». Il peut s'agir de certains soins pour malades aigus comme une intraveineuse ou la dialyse, de soins de longue durée fournis à des personnes atteintes de maladies dégénératives comme l'Alzheimer ou d'incapacités physiques ou mentales chroniques, ainsi que de soins de fin de vie à des personnes en phase terminale ou de services de soutien personnel comme des services de préposés et des aides techniques. Les soins à domicile peuvent comprendre des soins de santé et des services de soutien social comme la surveillance, l'évaluation, la coordination, les soins infirmiers, les services ménagers, les conseils nutritionnels et la préparation de repas, l'ergothérapie et la physiothérapie, la lutte contre la douleur, le soutien émotif et l'éducation à l'autonomie.

Autrement dit, les services offerts à domicile peuvent s'étendre sur un spectre large comprenant aussi bien des interventions médicales que des soutiens sociaux. Les soins à domicile peuvent être fournis par des personnes qui sont en majorité des infirmiers, des thérapeutes et des travailleurs en soutien personnel mais aussi par des soignants informels, habituellement des membres de la famille ou des amis.

L'enquête de 1998-1999 sur la santé de la population conclut que la majorité des personnes qui déclarent avoir besoin de soins à domicile en raison de leur âge, de maladies chroniques ou d'incapacité ne recevaient aucun soin officiel payé par l'État. Entre 80 % et 90 % des soins fournis à ce groupe sont offerts gratuitement. L'enquête n'indique pas dans quelle mesure les besoins qui ne sont pas satisfaits par l'État le sont par des contribuables ou par des soignants informels ou ne le sont pas du tout.

Au cours des audiences de la phase deux, le Comité a appris que la satisfaction des besoins en soins à domicile pose un problème qui grandit à mesure que les « baby boomers » vieillissent, qu'augmentent les espérances de vie, que les soins sont désinstitutionnalisés et gagnent en complexité technologique et que les régimes de travail et les modèles sociaux réduisent la possibilité que des membres de la famille puissent offrir des soins informels.

Actuellement, chaque gouvernement provincial et territorial offre un programme de soins à domicile. Mais comme, les soins à domicile ne sont pas considérés comme un service « médicalement nécessaire » par la *Loi canadienne sur la santé*, les programmes publics de soins à domicile varient énormément, d'un bout à l'autre du pays, eu égard à l'admissibilité, à la protection offerte et aux frais d'utilisation perçus. Tous les régimes comprennent des services comme l'évaluation et la gestion de cas, les soins infirmiers et le soutien à domicile, pour les clients admissibles. Seulement quelques provinces offrent différents types de thérapies (physiothérapie, orthophonie, inhalothérapie) dans leurs programmes de soins à domicile financés à même les fonds publics. Les clients qui souhaitent obtenir des services qui ne sont pas prévus par le programme doivent payer de leur poche. Dans la plupart des provinces, les soins de santé ont augmenté ces dernières années, mais les dépenses publiques consacrées à ce poste ne représentent encore qu'une petite proportion des budgets provinciaux de la santé.

Des études récentes indiquent que les soins à domicile sont économiques dans certains cas; dans de nombreux cas, toutefois, les soins en établissement sont plus efficaces, surtout pour la personne âgée en perte d'autonomie. De plus, pour les fournisseurs, les soins en institution sont toujours plus faciles à donner. Toutefois, le coût et la commodité ne sont pas les seuls facteurs à prendre en considération; beaucoup de gens souhaitent recevoir des soins chez eux plutôt que dans un établissement. Il ne faut pas en déduire qu'ils préfèrent rester à la maison sans recevoir de soins appropriés.

De bons soins à domicile peuvent faire baisser les coûts à long terme du système de soins de santé, pour différentes raisons dont les suivantes :

- ils réduisent la pression sur les lits pour soins de courte durée car ils permettent de faire des interventions médicales dans un cadre moins coûteux et de n'utiliser les ressources hospitalières que lorsqu'elles sont véritablement requises (autrement dit, les soins à domicile évitent de garder le patient dans un hôpital de soins actifs);
- ils réduisent la demande en lits de longue durée en offrant aux Canadiens vieillissants la possibilité de conserver leur indépendance et leur dignité chez

- eux (autrement dit, les soins à domicile se substituent aux soins en maison de repos);
- ils permettent aux patients qui reçoivent des soins palliatifs de passer leurs derniers moments dans le confort de leur milieu familial (autrement dit, les soins à domicile se substituent aux établissements de soins palliatifs).

De nombreux témoins ont fait valoir que les soins à domicile qui se substituent aux soins actifs devraient être considérés comme des soins actifs fournis dans un autre cadre et, par conséquent, tomber sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*.

Des intervenants se sont demandé si les patients qui reçoivent à domicile des soins qui se substituent à des soins à long terme ou à des soins palliatifs devraient être tenus d'augmenter leur cotisation, dans la mesure de leurs moyens, pour contribuer à payer ces services. Une telle participation additionnelle est déjà requise dans certaines provinces, où beaucoup de patients doivent épuiser la majeure partie de leurs moyens personnels avant que leurs soins ne soient payés par le gouvernement.

La question se résume ainsi : est-il raisonnable d'utiliser les deniers publics pour payer les soins palliatifs à long terme d'une personne qui a les moyens de les payer, même si ces soins sont fournis dans un établissement de soins de longue durée, comme une maison de soins? Autrement dit, est-ce que les contribuables devraient être subventionnés par l'État pour qu'ils puissent léguer un plus gros héritage à leurs enfants? Le Comité attend les opinions des lecteurs à ce sujet.

Beaucoup de témoins estiment que plusieurs possibilités s'offrent au gouvernement fédéral pour infléchir l'orientation des soins à domicile au Canada. Ces propositions sont présentées ci-dessous.

### **8.10.1 Un programme national de soins à domicile**

En vertu de cette solution, le gouvernement fédéral augmente ses paiements de transfert afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre en place des programmes de soins à domicile sur leur territoire. Le gouvernement fédéral pourrait utiliser le Fonds pour l'adaptation des services de santé ou procéder en vertu d'un nouvel arrangement de partage des coûts.

Ce programme pourrait assurer le paiement intégral des coûts, ce qui le conformerait à la *Loi canadienne sur la santé*, ou il pourrait imposer des frais d'utilisation, auquel cas le financement fédéral pourrait être assujéti à une version modifiée de la *Loi canadienne sur la santé* ou à un nouvel ensemble de conditions.

Ce programme pourrait être universel ou viser certains groupes de la population (p. ex., les personnes âgées ou les malades mentaux) ou encore comprendre certaines catégories de services à domicile (p. ex., les soins palliatifs).

Le gouvernement fédéral devrait collaborer étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer des normes nationales de soins à domicile et s'entendre au sujet des services de base et des ressources humaines. L'élaboration de normes nationales est absolument essentielle si l'on veut que les soins à domicile fassent partie du système canadien des soins de santé. La question des ressources humaines est au premier plan des préoccupations étant donné la pénurie de fournisseurs qualifiés de services de santé à domicile et elle est étudiée plus à fond au chapitre 11.

### **8.10.2 Crédit d'impôt et déduction fiscale aux consommateurs de soins à domicile**

Le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide financière accrue aux consommateurs de soins à domicile grâce à des changements fiscaux. Actuellement, une telle aide est offerte au moyen des différentes mesures suivantes :

1. Le crédit d'impôt pour frais médicaux est offert à tous les contribuables ayant des coûts médicaux supérieurs à la moyenne. En 2000, le crédit d'impôt pour frais médicaux réduisait l'impôt fédéral d'un particulier de 17 % des dépenses médicales admissibles en sus du plus petit des deux montants suivants : 1 637 \$ ou 3 % du revenu net. Il n'y a pas de limite supérieure au total des dépenses dont on peut demander le remboursement.
2. Le supplément remboursable pour frais médicaux apporte une aide fiscale aux personnes à faible revenu de la population active qui ont des dépenses médicales supérieures à la moyenne. Le supplément est calculé comme suit : 25 % de la portion autorisée des dépenses médicales admissibles qui déterminée dans le crédit d'impôt pour frais médicaux jusqu'à concurrence de 500 \$. Il n'est offert qu'aux personnes ayant un revenu gagné d'au moins 2535 \$ et on en soustrait 5 % du revenu familial net supérieur à 17 663 \$ afin que seules les personnes à revenu faible et modeste en profitent.
3. Le crédit d'impôt pour handicapé vise à tenir compte de l'incidence d'une incapacité mentale ou physique grave et prolongée sur la capacité d'une personne de payer de l'impôt. En 2000, le crédit d'impôt pour handicapé équivalait à environ 730 \$. Ce crédit a peu de chance d'être utile, compte tenu du coût réel des soins à domicile.
4. La déduction au titre des dépenses en soins auxiliaires vise à réduire les barrières empêchant de travailler. Elle permet à un patient ou à une personne handicapée de déduire jusqu'aux deux tiers du revenu gagné pour rémunérer un préposé dont les services sont essentiels pour permettre à la personne d'être sur le marché du travail.

Parmi les solutions fiscales possibles, on pourrait augmenter le crédit d'impôt pour frais médicaux applicable à l'impôt fédéral et élargir la déduction pour dépenses en soins auxiliaires afin qu'elle englobe une déduction du revenu du soignant et qu'elle accepte une déduction de toutes les sources de revenus et pas seulement des revenus gagnés.

De plus, il y aurait lieu d'envisager la possibilité de stimulants fiscaux pour encourager les gens à épargner en prévision des soins à long terme dont ils auront besoin. Ces stimulants pourraient s'apparenter aux REER et aux REEE. Les personnes à faible revenu seraient cependant dans l'impossibilité d'y contribuer ou bénéficieraient d'une plus petite déduction fiscale que les Canadiens à revenu plus élevé.

### **8.10.3 Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile**

La Commission Clair, au Québec, a proposé la création d'une caisse d'assurance pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie à long terme. Un tel fonds serait distinct des recettes générales et serait administré par un établissement financier, comme la commission des pensions du Canada ou du Québec, qui n'en retirerait aucun avantage financier. Le fonds serait provisionné au moyen d'une cotisation obligatoire en fonction du revenu personnel (ou pourrait être financé par des contributions de l'employeur et de l'employé à la fois). Il serait capitalisé (à un taux à déterminer) de manière à réduire l'impact financier prévisible lié au coûts des services à fournir à la jeune génération.

Les soins à domicile pourraient être offerts par le truchement de prestations en nature ou de paiements. Les paiements versés au titre des soins à domicile seraient déterminés, au besoin, par le programme de soins. Ces prestations seraient exemptées d'impôt, dans les mains du prestataire ou des soignants reconnus, selon des niveaux et des circonstances à déterminer.

### **8.10.4 Mesures spécifiquement destinées aux soignants informels**

Au cours de la phase deux de l'étude, des témoins ont estimé que la diminution des services aux patients hospitalisés a augmenté le fardeau des membres de la famille et des amis des patients. Le Comité a appris que la majorité des soignants informels sont des femmes qui subviennent aux besoins de leur famille et qui doivent souvent concilier la responsabilité de parents vieillissants, de leurs propres enfants et d'un travail rémunéré à temps plein.

Actuellement, plus de trois millions de Canadiens – des femmes pour la plupart – fournissent des soins à des membres malades de leur famille, à domicile, et sans être rémunérés. Le rapport de la phase deux du Comité indique que, jusqu'à l'âge de 75 ans, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir fourni des soins de santé à un membre de la famille. De plus, davantage de femmes sont contraintes, par la force des choses, à fournir gratuitement des soins de santé et ce sans aucune formation et avec peu d'appui. Les pressions cumulatives peuvent engendrer des maladies du stress et la perte de temps de travail pour le soignant et elles peuvent augmenter les risques de négligence et de mauvais traitement du soigné.



Le Comité estime qu'il est très important d'examiner le soutien offert aux soignants informels. La création récente du crédit d'impôt au soignant (en 1998) est un signe encourageant de la sensibilisation du gouvernement fédéral au rôle important joué par les dispensateurs de soins informels. Grâce à ce crédit d'impôt, les contribuables canadiens assurant des soins à un parent âgé ou à un membre de la famille peuvent réduire leur impôt fédéral d'une somme allant jusqu'à 400 dollars par année. Toutefois, il faut reconnaître que l'actuelle limite de 400 dollars n'indemnise pas adéquatement les soignants pour le temps et les ressources qu'ils fournissent.

Il faut donc augmenter l'appui financier accordé aux soignants informels. Le Comité consultatif national sur le vieillissement a recommandé que le Régime de pension du Canada (RPC) et que l'assurance-emploi soient modifiés pour accepter les personnes qui quittent le marché du travail temporairement pour prodiguer des soins informels.

- Le RPC autorise déjà les personnes qui ont quitté le marché du travail provisoirement pour s'occuper de leurs enfants à retrancher les périodes de gains modestes ou nuls du calcul des prestations du RPC. Ces dispositions d'exemption au RPC pourraient être élargies aux soignants informels qui ont quitté le marché du travail pour s'occuper de parents malades.
- Le régime d'AI vise les perturbations temporaires de la participation d'une personne à la population active. On pourrait réduire le fardeau financier des soignants informels en fournissant des prestations d'AI aux personnes qui quittent leur emploi pour s'occuper d'un parent malade. Il a été estimé que cette solution ferait monter le coût total de l'AI d'environ 670 millions de dollars par année.

Le Comité a aussi appris que les besoins de répit des soignants informels au Canada sont importants. Ils font face à un certain nombre de difficultés pour obtenir des soins de répit :

- Les soins de répit s'adressent aux soignants sur le bord de l'épuisement au lieu d'être offerts dès le début et sur une base continue pour permettre aux soignants d'assumer ce surcroît de travail. En d'autres termes, les soins de répit servent souvent à faire face à une situation d'épuisement au lieu de prévenir l'épuisement ou la maladie.
- Lorsqu'un programme de répit est mis en place, les services offerts visent généralement à remplacer le soignant pendant son absence au lieu d'offrir un choix intéressant de soins de répit.
- Les programmes de répit sont mis sur pied et financés séparément des autres services de soins à domicile et de longue durée de la collectivité. Il est important de mieux intégrer les soins de répit à la gamme des services existants : soins de longue durée en établissement, soins hospitaliers, soins à domicile et organismes communautaires.

Le Comité aimerait connaître le point de vue des lecteurs sur ces options et prendre connaissance d'autres options non mentionnées dans le rapport.

## 8.11 Résumé

Les questions soulevées et les solutions proposées au sujet du rôle financier du gouvernement fédéral dans les soins de santé sont complexes, multiples et reliées entre elles. Le tableau qui suit présente les solutions proposées dans le présent chapitre.

Il faut prendre des décisions au sujet de la nature et de l'ampleur du financement fédéral de la santé. Pour que le financement fédéral soit maintenu ou accru, il faut se demander si le gouvernement doit continuer de réaliser des recettes par imposition générale ou s'il devrait plutôt envisager de réaliser d'autres recettes par le truchement de paiements directs du consommateur. S'il opte pour les paiements directs du consommateur, il devra décider s'ils s'appliquent à tous les services de santé financés par l'État, y compris les services médicaux et hospitaliers, ou seulement à une gamme élargie de services. Pour autoriser le paiement direct de services de santé financés par l'État, il faudrait revoir le principe d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé*.

<b>RÔLE FINANCIER DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – PROPOSITIONS</b>	
<b>Changements Prestation des soins primaires (8.2)</b>	Accroissement de l'efficacité et de l'efficacités (8.2.1)
	Réforme des soins primaires (8.2.2)
	Régionalisation des services de santé (8.2.3)
	Passation de marchés avec des établissements de santé privés à but lucratif (8.2.4)
	Promotion de la santé, prévention de la maladie et santé de la population (8.2.5)
<b>Quelle forme devrait prendre l'aide financière du gouvernement fédéral (8.3)</b>	Partage des coûts (8.3.1)
	Maintien du financement global actuel (8.3.2)
	TCS (8.3.3)
	Compte d'épargne santé (8.3.4)
	Transferts fiscaux (8.3.5)
<b>Accroissement des recettes aux fins des soins de santé (8.4)</b>	<i>Recettes générales:</i> Affecter une plus grande part des impôts existants aux soins de santé (8.4.1) Augmenter les impôts et taxes (8.4.2)
	<i>Paiements directs :</i> Frais d'utilisation (8.4.3) Impôt sur le revenu (8.4.4) Cotisations pour les soins de santé (8.4.5)
<b>Assurance-maladie privée (8.4.6)</b>	Services de santé offerts par l'État et par l'entreprise privée

<b>Services assurés (8.7)</b>	Retrait de certains services (8.7.1)
	Élargissement du régime (8.7.2)
<b>Réduire le coût des médicaments prescrits (8.8)</b>	Liste nationale des médicaments admissibles (8.8.1)
	Usage obligatoire du médicament efficace le moins cher (8.8.2)
	Publicité des médicaments prescrits (8.8.3)
<b>Médicaments prescrits – Élargissement de la protection (8.9)</b>	Initiative nationale d'assurance-médicaments (8.9.1)
	Un programme public global (8.9.2)
	Une initiative mixte globale (8.9.3)
	Initiative mixte de garantie contre les dépenses élevées en médicaments (8.9.4)
	Initiative fiscale contre les dépenses élevées en médicaments (8.9.5)
<b>Soins à domicile (8.10)</b>	Programme national de soins à domicile (8.10.1)
	Crédit d'impôt et déduction fiscale (8.10.2)
	Fonds d'assurance spécial pour les soins à domicile (8.10.3)
	Mesures spéciales pour les soignants informels (8.10.4)

Afin de soulager les pressions qui s'exercent sur le financement public, il pourrait être décidé d'autoriser les régimes privés d'assurance-maladie à faire une concurrence directe aux régimes publics. Pour permettre aux assureurs privés d'offrir une protection semblable à celle qu'offrent les régimes publics d'assurance-maladie, il faudrait modifier le principe d'administration publique de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les Canadiens devront également se demander si les services de santé additionnels devraient être financés par l'État et, dans l'affirmative, choisir lesquels. Ces dernières années, on a beaucoup discuté de l'élargissement du financement public aux médicaments prescrits et aux soins à domicile. Il s'offre à cet égard de nombreuses possibilités allant de la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux, pour l'établissement de programmes nationaux d'assurance-médicaments et de soins à domicile, à la création ou à l'amélioration des crédits d'impôt et des déductions fiscales au titre des coûts des médicaments et des soins à domicile. Si le gouvernement fédéral décide de payer les médicaments prescrits et les soins à domicile, ce financement doit-il être assujéti aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*? Devrons-nous nous doter d'un nouvel ensemble de principes?

Enfin, il importe de se rappeler que le renouvellement du rôle du gouvernement fédéral, en matière de financement des soins de santé, doit être examiné parallèlement à l'analyse d'autres activités destinées à améliorer les soins de santé, notamment accroître notre capacité d'effectuer des recherches, élaborer une infrastructure de la santé et réaliser des projets et des programmes sur la santé de la population. Nous allons maintenant examiner ces questions.



## **CHAPITRE NEUF :**

### **QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION**

---

Le rôle du gouvernement fédéral dans les domaines de la recherche et de l'évaluation est double puisqu'il englobe à la fois un financement de la recherche dans le domaine de la santé et un appui financier à l'évaluation des projets pilotes.

Le gouvernement fédéral a une longue tradition - plus de 40 ans - d'aide financière à la recherche dans le domaine de la santé. En fait, jusqu'en 1994, il était la principale source de financement de cette recherche au Canada. IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) est actuellement le principal organisme de financement fédéral de la recherche dans ce domaine.

De temps à autre, le gouvernement fédéral s'acquitte également de son rôle dans le domaine de la recherche en apportant un soutien financier à la réalisation et à l'évaluation de projets pilotes conçus pour favoriser l'innovation dans la prestation des soins de santé. Citons comme exemples le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001) destiné à soutenir les projets pilotes entrepris de concert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans les domaines de l'assurance-médicaments, des soins à domicile, des soins primaires et de la prestation intégrée de services, ainsi que le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé (PPICS – 2000 à 2002) qui appuie les projets provinciaux et territoriaux recourant à de nouvelles technologies de l'information dans le domaine des soins de santé.

Tout au long des audiences du Comité sur la recherche en santé, les témoins ont été unanimes à reconnaître que le financement de la recherche innovatrice et de l'évaluation des projets devrait demeurer une fonction importante du gouvernement fédéral. En ce qui regarde la recherche en santé, la faiblesse du financement au Canada comparativement à d'autres pays industrialisés est la principale préoccupation exprimée par les témoins qui ont dit souhaiter que le gouvernement fédéral y consacre davantage de fonds. D'autres questions relatives au transfert des connaissances, aux disparités régionales et à l'éthique ont également été soulevées pendant les audiences.

En ce qui a trait à l'évaluation des projets pilotes visant à mettre à l'essai de nouvelles façons d'assurer la prestation des soins de santé, tous les témoins se sont dits d'accord pour que le gouvernement fédéral maintienne ou hausse son niveau de financement, tout en tenant compte en même temps du problème des disparités régionales. Cette question se pose parce que le financement fédéral des projets pilotes exige généralement une contribution provinciale équivalente. C'est pourquoi la plupart des projets pilotes financés par le gouvernement fédéral se déroulent dans les provinces riches alors que les provinces pauvres qui ont le plus besoin d'aide obtiennent très peu.

## 9.1 Recherche innovatrice dans le domaine de la santé

Le Canada a acquis une réputation internationale pour l'excellence de sa recherche dans le domaine de la santé. Depuis l'époque des Banting et Best et la découverte de l'insuline il y a plus de 75 ans, les percées des chercheurs canadiens ont contribué à améliorer la vie des gens à travers le monde. En voici des exemples :

- La recherche canadienne a permis de montrer que chaque dollar dépensé pour des interventions dans la petite enfance permet d'épargner en moyenne sept dollars en éducation, en services sociaux, en procédures judiciaires et en soins de santé
- Des chercheurs canadiens ont découvert et mis au point le 3TC, un médicament qui aide à prolonger la vie de nombreuses personnes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA.

Tout le monde est d'accord sur le fait que la recherche en santé sera l'un des principaux moteurs du changement dans le système de soins de santé au Canada au cours des années qui viennent. Les connaissances acquises grâce à cette recherche se répercutent directement sur la qualité des diagnostics, sur le traitement, sur la guérison et sur la prévention de nombreuses maladies. Dans un deuxième temps, ceci entraîne une réduction des coûts des soins de santé, de la manière suivante :

- en réduisant les coûts sociaux et économiques de la maladie grâce à la mise au point de nouveaux médicaments, de nouveaux produits et de nouvelles technologies qui réduisent la durée des séjours à l'hôpital, accélèrent la guérison et prolongent la durée de vie en bonne santé;
- en améliorant l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins de santé;
- en assurant la guérison de maladies.

Le gouvernement fédéral joue un rôle important d'appui à la recherche en santé qui est menée dans les universités, les hôpitaux d'enseignement et les instituts de recherche (recherche extra-muros) ainsi que dans ses propres laboratoires (recherche intra-muros). Au cours de la phase deux de l'étude du Comité, on lui a dit que l'investissement stratégique effectué aujourd'hui par le gouvernement fédéral par le biais de programmes et d'initiatives tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Génome Canada et les chaires de recherche du Canada va porter énormément de fruits pour notre système de soins de santé dans l'avenir.

Les progrès continus réalisés dans les domaines de la génétique et de la génomique sont particulièrement intéressants. À titre d'exemple, la capacité de reconnaître les personnes ayant des gènes qui les rendent susceptibles de contracter une maladie donnée va transformer profondément la prestation des soins de santé, le traitement de la maladie cédant la place à sa prévention et à la promotion de la santé. Mieux nous comprendrons les mécanismes

moléculaires sous-jacents à la maladie, plus nous serons en mesure de développer rapidement une génération entièrement nouvelle de médicaments qui pourront combattre les altérations causées à ces mécanismes par la maladie. Ces connaissances, jointes à notre compréhension croissante des interactions complexes entre les facteurs génétiques, sociaux et environnementaux qui déterminent notre vulnérabilité face aux maladies, vont transformer le système de santé au cours des dix ou vingt prochaines années.

La création d'IRSC en avril 2000 par le gouvernement fédéral est une reconnaissance du lien fondamental qui existe entre un système de soins de santé novateur et offrant un bon rapport coût-efficacité et des activités de recherche dynamiques et concurrentielles sur le plan international. IRSC réunit les quatre grands champs de recherche dans le domaine de la santé – la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services et systèmes de santé et la recherche sur la santé de la population. Il incite les chercheurs canadiens à adopter une approche intégrée à l'égard des questions de santé qui concernent les Canadiens et Canadiennes.

### **9.1.1 Augmentation de la part fédérale dans le financement de la recherche en santé**

Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans le financement de la recherche en santé au Canada. Ainsi, en 1998, des fonds fédéraux de presque 370 millions de dollars ont été alloués à ce type de recherche. C'était avant la mise sur pied d'IRSC. Toutefois, la part du gouvernement fédéral dans le financement de la recherche en santé a diminué de façon constante de 1992 à 1998, passant de 28 % à 16 %. Depuis 1994, c'est l'industrie pharmaceutique qui a été la principale source des fonds consacrés à la recherche en santé au Canada.

Le gouvernement fédéral croit que sa position dans le financement de la recherche en santé va s'améliorer fortement grâce à la mise sur pied d'IRSC ainsi qu'aux investissements supplémentaires annoncés tant dans le budget de février 2000 que dans l'énoncé économique et la mise à jour de la situation financière d'octobre 2000. Le gouvernement fédéral a également, en février 2001, accordé une subvention supplémentaire de 140 millions de dollars à Génome Canada, ce qui portait le budget total de l'organisme à 300 millions de dollars.

Bien que l'augmentation du financement fédéral apporte un appui important à la recherche en santé, a-t-on pu entendre lors des audiences de la phase deux du Comité, le Canada ne se compare pas favorablement aux autres pays à ce chapitre. En fait, le rôle du gouvernement national dans ce financement, si on l'exprime en parité du pouvoir d'achat (PPA) par habitant, est beaucoup plus important aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie qu'au Canada. Ainsi, le gouvernement américain fournit quatre fois plus de fonds par habitant que le Canada pour la recherche en santé.

Les témoins ont unanimement recommandé d'augmenter la part du gouvernement fédéral dans les dépenses consacrées à la recherche en santé de manière à la faire passer de son niveau actuel qui est d'environ 0,5 % du total des dépenses en soins de santé à 1 %

de ce total. Cela veut dire qu'il faudrait au moins doubler le budget actuel d'IRSC pour l'amener à hauteur d'un milliard de dollars. De l'avis de plusieurs témoins qui ont comparu devant le Comité, cette hausse porterait la contribution financière fédérale à la recherche en santé à un niveau davantage comparable à celle qu'apportent les gouvernements nationaux d'autres pays. L'aspect le plus important est cependant qu'un tel investissement fédéral contribuerait à maintenir une industrie de recherche en santé dynamique, innovatrice et d'avant-garde.

Le Comité souhaite obtenir des avis sur l'idée de porter la part fédérale des dépenses consacrées à la recherche en santé à 1 % du total des dépenses en soins de santé. Nous sommes particulièrement intéressés à obtenir des points de vue sur la façon dont ce financement fédéral fortement accru devrait être investi : devrait-il être dirigé stratégiquement vers le développement d'un certain nombre de domaines de recherche (tels que la santé des Autochtones, la santé des populations rurales, la santé mentale, l'analyse comparative entre les sexes, les déterminants de la santé, les soins à domicile, etc.), ou devrait-on le répartir plus uniformément dans toute la gamme des secteurs de recherche en santé?

### **9.1.2 Appui au transfert des connaissances**

On a fait valoir auprès du Comité que les résultats de la recherche en santé devraient être rendus accessibles, notamment aux décideurs, aux fournisseurs de soins de santé mais aussi au grand public. Il faudrait lancer une campagne de sensibilisation pour renseigner le public canadien sur la recherche en génétique, le clonage d'animaux et la recherche sur les embryons entre autres sujets. Il faut également faire connaître les résultats de la recherche en santé aux prestataires de soins de santé et aux responsables des politiques. Le transfert rapide des connaissances acquises aux décideurs et aux fournisseurs de soins de santé ferait reposer beaucoup plus les décisions sur des faits démontrés, et ce, au profit de tous les Canadiens et Canadiennes.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) est l'organisme chargé de veiller au transfert des connaissances. La FCRSS est un organisme sans but lucratif qui a été mis sur pied grâce à des fonds fédéraux et dont la mission consiste à commanditer et à promouvoir la recherche appliquée sur les systèmes de soins de santé en vue d'en améliorer la qualité et de favoriser l'utilisation de ses résultats dans les décisions prises par les responsables des politiques et les gestionnaires des soins de santé.

Le travail de la FCRSS porte sur la recherche en matière de services de santé. Ce dont nous avons besoin est donc un organisme dont la tâche consisterait à diffuser les résultats de la recherche biomédicale et de la recherche clinique. Il serait possible de mettre sur pied un tel organisme au sein d'IRSC ou de Santé Canada. On pourrait également créer un organisme fédéral distinct qui serait chargé de cette tâche.



### **9.1.3 Réduction des disparités régionales**

Des témoins ont rappelé au Comité qu'il existe de fortes disparités régionales sur le plan des capacités de recherche en santé au pays. À titre d'exemple, certains établissements de santé et certains centres universitaires de recherche en santé, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique et dans les Prairies, sont actuellement sous-financés et incapables de relever les défis que pose leur participation à des activités de recherche qui puissent rendre le Canada compétitif à l'échelle mondiale en ce domaine.

Les provinces qui n'atteignent pas une masse critique d'expertise et d'excellence démontrée souffrent d'un grave handicap, tant pour ce qui est d'obtenir des subventions que pour recruter et maintenir en poste un personnel hautement qualifié. Les provinces qui disposent de gros budgets sont en mesure d'offrir des salaires et des ressources qui attirent chez elles des chercheurs bien formés et talentueux provenant des provinces qui ne disposent que de petits budgets. Des témoins ont dit au Comité que cette concurrence interne pour l'obtention de personnes douées pour la recherche est nuisible et que cette question exige l'attention rapide du gouvernement fédéral.

Le Comité a été heureux d'entendre qu'IRSC gère actuellement le Programme de partenariats régionaux (PPR) qui accorde des fonds de recherche en santé destinés à réduire les disparités régionales. Six provinces sont admissibles aux fonds du PPR : la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. En plus de financer la recherche en santé, le PPR aide les mécanismes de planification stratégique locaux à établir des priorités et partenariats de recherche en mettant l'accent sur le recrutement et le maintien en poste de chercheurs prometteurs ou chevronnés et en misant sur les points forts et les intérêts prioritaires des établissements de recherche.

Le Comité souhaite recevoir des avis sur les programmes du PPR et sur d'autres façons possibles pour le gouvernement fédéral de réduire les disparités entre les provinces quant à leur capacité de recherche en santé.

### **9.1.4 Un organe national de surveillance de l'éthique pour une recherche humaine**

Des témoins ont dit au Comité que la recherche en santé doit être menée dans le respect des normes éthiques les plus élevées. Ils ont insisté sur le fait que les chercheurs doivent appliquer une éthique transparente et crédible à leurs procédés, particulièrement en ce qui concerne la protection des sujets humains sur lesquels porte la recherche. Il faut appliquer des principes moraux à toutes les activités de recherche en santé. Il est également important de prêter attention aux enjeux d'ordre moral que soulève cette recherche, de les analyser et de les évaluer.

Récemment, IRSC, conjointement avec deux autres organismes fédéraux de financement de la recherche - le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) – a annoncé la création d'une nouvelle structure de gouvernance — le Panel d'experts en éthique de la recherche — qui régira la politique fédérale relative à l'éthique applicable à la recherche faisant appel à des sujets humains. Cette politique s'intitule *L'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Si cette politique établit des normes élevées, ont rappelé des témoins au Comité, encore faut-il exercer une surveillance efficace pour s'assurer du respect de ces normes. De plus, le Panel d'experts en éthique de la recherche va examiner la recherche financée par IRSC, le CRSH et le CRSNG, et non toute la recherche en santé effectuée au Canada.

Il a été proposé de créer un organisme national de surveillance indépendant d'IRSC qui serait chargé d'assurer le bon fonctionnement des mécanismes d'examen de l'éthique de toute la recherche en santé financée par des fonds publics ou privés, et en particulier la recherche utilisant des embryons humains ou des tissus fœtaux, y compris celle portant sur les cellules souches embryonnaires. Nous souhaitons obtenir votre avis sur un tel organisme national de surveillance.

## **9.2 Financement et évaluation de projets pilotes innovateurs**

Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a participé au financement de projets pilotes ayant pour but d'améliorer la prestation des soins de santé. Un volet important de ces projets pilotes consiste à faire une évaluation des résultats et notamment à rendre compte de l'impact du projet sur l'état de la santé et sur l'utilisation des services de santé, de son rapport coût-efficacité et de l'amélioration de la prestation des soins.

Ainsi, en 1997, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Ce fonds de 150 millions de dollars a permis le financement de 141 projets et de nombreux sous-projets à travers le Canada dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, l'assurance-médicaments et les problèmes pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation intégrée des services de santé. Ces projets visaient à générer des données sur lesquelles les gouvernements, les autorités sanitaires, les hôpitaux et d'autres pourraient s'appuyer pour prendre des décisions éclairées quant à la façon d'offrir aux Canadiens et aux Canadiennes des services de santé qui soient à la fois meilleurs et plus efficaces. Santé Canada publiera une évaluation globale de tous ces projets en mars 2002.

Le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé (PPICS), un programme d'encouragement à frais partagé d'une durée de deux ans et disposant d'un budget de 80 millions, dont la création a été annoncée en juin 2000, constitue un autre exemple. Le PPICS vise à appuyer les applications innovatrices de technologies de l'information et des communications dans le domaine des soins de santé. Le but général est d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour tous les Canadiens et Canadiennes, tout en augmentant l'efficacité et en protégeant la viabilité à long terme du système de santé. Le PPICS

finance des projets dans les domaines de la télémédecine, des télésoins à domicile et des dossiers de santé électroniques. Tout comme dans le cas du Fonds pour l'adaptation des services de santé, un plan d'évaluation est exigé pour tous les projets financés par le PPICS.

### **9.2.1 Investissement fédéral dans l'évaluation de projets pilotes visant à améliorer la prestation des soins de santé**

On a dit au Comité que les projets pilotes accompagnés d'études évaluatives coûtent cher; ces activités doivent cependant être menées si l'on désire obtenir des informations sur la rentabilité et les résultats pour la santé. Le choix à faire pour le gouvernement fédéral est donc de maintenir et même d'accroître le soutien financier qu'il apporte à la réalisation et à l'évaluation de projets pilotes dans le domaine de la prestation de soins de santé.

### **9.2.2 Réduction des disparités régionales dans le financement des projets pilotes**

Une préoccupation importante a cependant été exprimée en ce qui concerne les programmes fédéraux dont les coûts sont partagés entre le fédéral et les provinces. Selon des témoins, l'investissement fédéral dans des projets pilotes contribue parfois à creuser les disparités régionales.

À titre d'exemple, en vertu des critères établis pour le PPICS, le financement fédéral exige que le demandeur fournisse des fonds équivalents. On n'a pas jugé pertinent dans la sélection des projets de tenir compte des besoins relatifs des différentes régions pour ce qui est d'améliorer les services ni des lacunes de ces services dans une région.. Selon les témoins, les régions qui avaient déjà de l'argent ont obtenu plus d'argent et celles qui avaient de grands besoins financiers n'ont pas pu en demander faute de pouvoir apporter une contribution équivalente. S'il est maintenant trop tard pour modifier les critères du PPICS, on souligné les témoins, le gouvernement fédéral devrait s'assurer que les autres programmes d'appui à l'évaluation des projets pilotes ne suivent pas le même modèle. Ces programmes devraient plutôt privilégier les projets destinés aux endroits qui en ont le plus besoin et dénotant une volonté d'agir et d'apporter des changements au système et mettre moins l'accent sur la contribution financière des provinces.



## CHAPITRE DIX :

### QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE D'INFRASTRUCTURE : TECHNOLOGIE ET SYSTÈMES D'INFORMATION

---

Le Comité entend par « infrastructure de santé » le vaste amalgame de ressources – tant physiques qu'humaines – qui facilitent la prestation des services de santé. En ce sens, l'infrastructure ne désigne pas seulement la brique et le mortier ou la technologie et l'équipement médical, mais aussi les ressources humaines, le secteur de l'éducation et les systèmes de communication qui soutiennent les fournisseurs de soins de santé.

Comme on l'a affirmé auparavant, le gouvernement fédéral n'est pas responsable de l'administration, l'organisation et la prestation des soins de santé, sauf en ce qui concerne des segments précis de la population canadienne. Il incombe donc aux provinces et territoires de déterminer combien de lits seront ouverts dans leur juridiction, quelles catégories d'aidants seront engagés et comment le système desservira la population. Cependant, le gouvernement fédéral aide depuis longtemps les provinces et les territoires à s'acquitter de leurs responsabilités.

On trouve un excellent exemple de ce rôle dans le Programme de subventions à la construction d'hôpitaux de 1948. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral assumait le coût complet de la construction d'hôpitaux dans toutes les provinces et tous les territoires. En conséquence, de 1948 à 1960, le nombre de lits d'hôpitaux au Canada a augmenté à un rythme qui était le double de la croissance démographique. De même, dans les années 60, le gouvernement fédéral a contribué par ses subventions à l'expansion du nombre de facultés de médecine. Ces fonds fédéraux ont rendu possible la construction de la plupart des centres de science de la santé au pays, contribuant ainsi à la qualité de l'enseignement offert aux professionnels de la santé, de la recherche et des soins aux patients.

Plus récemment, le gouvernement fédéral a financé dans les provinces et les territoires l'acquisition de technologies de santé, la mise au point de systèmes d'information de santé et l'établissement d'un mécanisme de reddition de comptes public relativement à l'état de santé des Canadiens et au rendement du système de santé.

Outre les programmes ciblés, les transferts fédéraux prévus par le TCSPS peuvent également être utilisés par les provinces et territoires pour édifier une infrastructure de santé qui améliorera autant la prestation des soins de santé que l'éducation des aidants.

Au cours de l'étude du Comité, tous les témoins qui ont pris part aux audiences portant sur les informations relatives à la santé ont souligné le rôle critique que joue le gouvernement fédéral dans l'infrastructure générale de santé. Ils étaient tous d'accord pour dire que ce rôle doit être maintenu et même élargi. On peut proposer deux options ici : 1) que le

gouvernement fédéral maintienne le niveau actuel du financement de l'infrastructure de santé ou 2) que ce niveau soit augmenté. Ces options font nécessairement intervenir des compromis entre les diverses composantes de l'infrastructure de santé (par ex. l'équipement médical par opposition aux ressources humaines ou par opposition aux systèmes d'information de santé) ainsi qu'entre les diverses composantes du système général de santé (les infrastructures par rapport aux services hospitaliers ou par rapport aux soins à domicile).

Les options relatives au rôle fédéral dans l'infrastructure de santé présentent plusieurs facettes. Pour cette raison, nous les traiterons séparément dans les sections qui suivent. De plus, étant donné l'ampleur des enjeux relatifs aux ressources humaines dans le domaine de la santé, les options traitant des ressources humaines feront l'objet du prochain chapitre.

## **10.1 La technologie de santé**

L'on admet généralement que la technologie de santé constitue un aspect important de la prestation des soins de santé dans les pays industrialisés. La technologie peut accroître la vitesse et l'exactitude des diagnostics, guérir les maladies, prolonger la vie, soulager la douleur, faciliter la réadaptation fonctionnelle et assurer l'autonomie des patients. Cependant, on a soulevé plusieurs questions au Comité relativement à l'accessibilité, à l'évaluation et au coût des technologies de santé nouvelles et existantes au Canada. Les témoins ont fait valoir que ces questions doivent trouver réponse si les Canadiens veulent profiter au maximum des avantages qu'offre la technologie des soins de santé tout en gardant un système de santé abordable.

On a dit au Comité que, même si le Canada se classe cinquième parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est des dépenses totales en santé (en tant que pourcentage du PIB), il se situe généralement dans le troisième tiers des pays de l'OCDE pour ce qui est de l'accès à la technologie de santé. Par exemple, le Canada est derrière plusieurs autres pays pour ce qui est de l'accès au tomodensitomètre, à l'IRM et aux lithotriteurs.

L'accès n'est pas le seul problème concernant la technologie de santé. Le « vieillissement » de cette technologie fait également problème. Par exemple, d'après les informations qui ont été fournies au Comité, entre 30 % et 63 % de la technologie d'imagerie que l'on utilise actuellement au Canada est désuète. On a dit au Comité que l'absence des nouvelles technologies et l'utilisation d'équipement désuet nuisent à l'exactitude des diagnostics ainsi qu'à la qualité des traitements qu'il est possible d'offrir. Cette situation, qui peut avoir un effet négatif sur la santé des patients, soulève également des interrogations quant aux responsabilités juridiques des prestataires de santé.

Au cours des audiences de la phase deux, les témoins ont affirmé que le vieillissement de la population canadienne ainsi que l'accroissement des attentes du public vont influencer grandement l'évolution des besoins relativement à la technologie de santé. De nombreux experts ont déclaré au Comité que le déficit actuel dans la technologie de santé

requiert un réexamen sérieux de la manière dont on fournit, finance et distribue le matériel médical au Canada.

Les témoins ont également fait valoir que l'accès limité à la technologie de santé se traduit souvent par un accès limité aux soins et par l'allongement du temps d'attente. Le Comité est préoccupé par le manque de technologies de santé et l'effet que cela peut avoir sur le temps d'attente. À son avis, l'accès opportun au diagnostic et au traitement est un objectif crucial dans le contexte du système de santé canadien (voir la section 7.4).

### **10.1.1 Financer l'acquisition et l'amélioration de la technologie de la santé**

Le gouvernement fédéral vient de réagir au déficit qui caractérise la technologie de la santé. En septembre 2000, il a annoncé qu'il investirait un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à faire l'acquisition de nouveaux équipements médicaux. Ces fonds sont accessibles depuis l'adoption de la loi en octobre 2000, et ils permettent aux provinces et aux territoires d'acquérir immédiatement le matériel diagnostique et clinique qui leur est nécessaire.

Même si le milieu médical s'est dit heureux de cette injection de nouveaux crédits fédéraux, un certain nombre de préoccupations subsistent. Premièrement, certaines provinces n'ont pas demandé leur part de ces crédits, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige des crédits de contrepartie. Deuxièmement, le Comité a appris qu'il n'existe apparemment aucun mécanisme obligeant les provinces à rendre compte de l'emploi exact de cet argent. Troisièmement, il faut des ressources supplémentaires pour utiliser ce matériel. D'après certaines estimations, un investissement d'un milliard de dollars dans le nouvel équipement nécessite 700 millions de dollars de plus pour les coûts opérationnels. Quatrièmement, cet investissement ne remédie pas au problème que pose l'équipement ancien. On estime qu'il faudrait un milliard de dollars de plus pour mettre à niveau l'équipement existant.

Une des options pourrait donc consister à ce que le gouvernement fédéral finance à plus long terme les technologies de la santé. Ces crédits fédéraux permettraient d'acquérir les nouvelles technologies de la santé et d'exploiter et d'améliorer le matériel existant. Dans le cadre de ce programme, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient être tenus de rendre des comptes aux Canadiens relativement à l'utilisation des crédits fédéraux, sinon le gouvernement fédéral ne pourrait pas savoir si les crédits ont été utilisés à bon escient.

Toute décision d'acquérir une nouvelle technologie de la santé devrait également reposer sur l'évaluation de son efficacité et de son efficacité. Nous étudierons plus longuement la question dans la section qui suit.

### **10.1.2 Investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé**

L'évaluation des technologies de la santé (ETS) fournit des informations sur leur sécurité, leur efficacité clinique et leur efficacité économique. L'ETS peut aider les responsables à décider si une nouvelle technologie doit être introduite et à quel moment une technologie existante doit être remplacée. Mais surtout, l'ETS contribue de plusieurs manières à améliorer la qualité des soins de santé : on s'assure ainsi que les technologies de santé sont efficaces, qu'elles sont appliquées dans les cas appropriés et les conditions voulues, et l'on voit à utiliser les technologies les moins coûteuses pour obtenir les résultats escomptés.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent diverses agences ETS. Au niveau fédéral, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) joue trois grands rôles : il coordonne toutes les activités ETS dans toutes les juridictions; il s'efforce de minimiser les doubles emplois au niveau des autres organisations nationales, provinciales ou territoriales; et il mène des activités ETS de son côté.

On a informé le Comité que l'on ne consacre pas assez d'attention à l'ETS au Canada. Par exemple, tous les paliers de gouvernement réunis investissent moins de 8 millions de dollars au Canada dans ce secteur, alors que le Royaume-Uni verse près de 100 millions de dollars à son office national ETS – l'Institut national pour l'excellence clinique (INEC). En conséquence, les technologies de santé sont souvent introduites dans le système canadien avec une connaissance strictement superficielle de leur sécurité, de leur efficacité et de leur coût.

On remarque un autre problème important au niveau de la faible diffusion des preuves recueillies par les activités ETS parmi les prestataires et les gestionnaires de soins de santé. Une amélioration à cet égard aurait certainement pour effet de hausser la qualité des soins de santé et de consolider la formulation de la politique publique en matière de santé.

L'option principale qui s'offre par conséquent au gouvernement fédéral consiste à investir davantage dans l'évaluation des technologies de la santé et à encourager la diffusion et l'utilisation des constatations ETS. Le gouvernement fédéral pourrait concrétiser cette option en augmentant les crédits qu'il alloue à l'OCCETS.

## **10.2 Systèmes d'information de santé**

Au cours de la phase deux de l'étude du Comité, les témoins ont fait valoir qu'une des grandes faiblesses de l'actuel système de santé tient au fait qu'il fonctionne toujours comme une « industrie artisanale » (voir la première partie du chapitre cinq) malgré le fait que la santé est une industrie à très forte intensité d'information. En effet, l'ingrédient le plus important de tout diagnostic ou traitement est l'information. Le secteur de la santé au Canada n'utilise pas la technologie de l'information et des communications autant que les autres industries très consommatrices d'information. De plus, le système de santé n'est pas intégré : les médecins et les autres aidants, les hôpitaux, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent tous comme des



entités indépendantes qui ont un accès limité aux liens qui permettraient de mieux partager l'information.

Un meilleur usage de l'information et des technologies de communications, jumelé avec une meilleure intégration des aidants et des établissements, faciliterait l'identification des relations causales entre les divers intrants propres au système de santé et les résultats qui en découlent. Cela améliorerait grandement la qualité des décisions prises par les fournisseurs de soins, les gestionnaires et les décideurs, décisions qui doivent reposer sur des preuves fiables. Cela nous permettrait de répondre à des questions telles que : Investissons-nous assez, trop, ou trop peu dans la technologie de la santé? Y a-t-il trop, trop peu ou juste assez de médecins, d'infirmières ou d'autres professionnels de la santé? En avons-nous pour notre argent? En ce moment, nous ne connaissons pas les réponses à ces questions.

De nombreux témoins ont signalé l'urgence d'améliorer notre capacité de gérer l'information sur la santé même s'il faut pour cela laisser les listes d'attente s'allonger à court terme, investir moins dans la technologie et remettre à plus tard d'autres dépenses. Pour beaucoup d'entre eux, il est essentiel pour la survie même de l'assurance-maladie de mieux gérer l'information relative à la santé.

L'utilisation des informations et des technologies de communications dans le domaine de la santé est souvent appelée « télésanté ». Comme il en a été fait état dans le rapport de la Phase II du Comité, les applications de la télésanté qui sont envisagées au Canada, relativement au partage de l'information et à l'intégration de la prestation de soins de santé, prévoient un système de dossiers de santé électroniques (DSE) et un système d'information de santé basé sur Internet :

- Le DSE est un système automatisé et alimenté par les prestataires de soins de santé à l'intérieur d'un réseau électronique qui donne accès au dossier de santé complet du patient, où sont inscrits entre autres les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, et ainsi de suite.
- Un réseau d'information de santé basé sur Internet est un système qui donne au grand public des informations de santé exactes et fiables dans les domaines suivants : promotion de la santé et prévention des maladies; informations sur les options de traitement et les médicaments ainsi que sur la maîtrise des maladies (p. ex., tension artérielle, diabète ou obésité); informations sur les questions de santé publique (p. ex., qualité de l'air, de l'eau et de la nourriture); informations sur les effets des éléments déterminants de la santé; et ainsi de suite.

La télésanté est la base de ce que beaucoup au Canada appellent « l'infrastructure de la santé ». À tous les paliers de gouvernement, on met en œuvre en ce moment diverses composantes d'une infrastructure santé. Cependant, ces initiatives en sont toutes à des stades d'évolution différents. En outre, elles sont isolées à l'intérieur des organisations, des

établissements et des provinces, et constituent en ce moment « une mosaïque de projets sans lien les uns avec les autres, dont la valeur augmenterait énormément si elles faisaient partie d'un tout cohérent<sup>23</sup> ». Le grand défi consiste maintenant à rassembler ces diverses infostructures.

C'est ce que le gouvernement fédéral cherche à faire avec la création de l'Infostructure santé du Canada. Cette future Infostructure santé du Canada ne sera pas une structure massive et monolithique, mais bien un réseau de réseaux, qui sera édifié sur les initiatives qui sont déjà en place ou en voie d'être lancées au niveau fédéral, provincial et territorial.

C'est tout un défi que d'intégrer 14 juridictions (10 provinces, trois territoires et le gouvernement fédéral). C'est aussi une entreprise ambitieuse, coûteuse, qui mettra des années à se réaliser. Il faudra accorder une attention minutieuse au caractère privé et confidentiel des renseignements sur les patients qui constitueront la base des systèmes d'information. Cependant, la plupart des experts croient qu'il est essentiel de le faire si nous voulons acquérir des informations fiables sur la santé des Canadiens, l'état de notre système de santé et l'efficacité et l'efficacite de la prestation et de la distribution des services de santé. Chose encore plus importante, il semble essentiel de le faire si nous voulons améliorer la qualité des soins de santé que reçoivent les Canadiens.

### **10.2.1 Le déploiement d'une infostructure santé pancanadienne**

Le gouvernement fédéral contribue financièrement à l'édification de l'Infostructure santé du Canada depuis 1997. Les provinces et territoires ont également exprimé le désir de prendre part au déploiement de l'Infostructure santé du Canada. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres se sont entendus pour collaborer afin de : 1) consolider une infostructure santé pancanadienne afin d'améliorer la qualité, l'accès et l'opportunité des soins de santé pour les Canadiens; 2) mettre au point un système de dossiers de santé électroniques et améliorer les technologies comme la télésanté au cours des quelques prochaines années; 3) travailler de concert afin de mettre au point des normes de données communes qui assureront la compatibilité des réseaux d'information de santé; 4) mettre en place des mesures de protection rigoureuses qui assureront la confidentialité et la sécurité des renseignements de santé personnels; et 5) rendre compte régulièrement aux Canadiens sur l'état de santé, les résultats de santé et le rendement des services de santé financés par le public<sup>24</sup>.

En appui à l'accord conclu par les premiers ministres, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 500 millions de dollars en 2000-2001 afin d'accélérer l'adoption des technologies modernes d'information qui faciliteront la prestation de meilleurs soins de santé<sup>25</sup>. On a dit au Comité que cet argent serait investi dans une organisation sans but lucratif, connue sous le nom de Inforoute Santé du Canada, qui travaillera de concert avec les provinces et les

---

<sup>23</sup> Rapport de la Conférence nationale sur l'infostructure de la santé, février 1998, p. 19.

<sup>24</sup> Rencontre des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, communiqué de presse, 11 septembre 2000.

<sup>25</sup> Rencontre des premiers ministres, *Engagement du gouvernement du Canada en matière de financement*, communiqué de presse, 11 septembre 2000.

territoires afin de créer les composantes communes nécessaires au DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Cela constituera une étape importante vers l'intégration complète des infrastructures de santé.

Les provinces, les territoires et les autres intervenants s'entendent largement pour dire que le gouvernement fédéral doit encourager la collaboration dans ce domaine. Le Comité est heureux de constater cette volonté de collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires.

On estime qu'il faudra entre 6 et 10 milliards de dollars pour réaliser la mise en œuvre complète de l'Infostructure santé du Canada. Néanmoins, tous s'entendent pour dire que les avantages de cette infostructure de santé pancanadienne seront énormes.

Par conséquent, le gouvernement fédéral n'a pour seule option que de maintenir son initiative, poursuivre son approche collaborative et augmenter sa part de financement afin d'assurer le déploiement complet de l'Infostructure canadienne de la santé. Encore là, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les responsables de la santé bénéficiaires de fonds fédéraux devront rendre compte au gouvernement fédéral de l'utilisation de ces crédits.

Dans la mise en œuvre de cette option, la priorité doit être accordée au dossier de santé électronique étant donné qu'il s'agit là de la pierre angulaire d'un système de soins de santé efficient et adapté, capable d'améliorer la qualité des soins et la reddition de comptes. Sans une infrastructure de ce genre, on voit mal comment l'on pourrait axer véritablement le système sur les besoins des patients et le rendre plus efficient. D'ailleurs, le DSE est essentiel si l'on veut réaliser la réforme des soins de santé primaires.

### **10.2.2 Investir dans la télésanté dans les communautés rurales et éloignées**

Les applications de la télésanté peuvent non seulement améliorer le partage de l'information entre les divers prestataires de soins de santé et établissements, elles permettent également d'assurer des soins à grande distance. La télémédecine est une application de la télésanté qui peut améliorer grandement la qualité et l'opportunité des soins, particulièrement dans le Canada rural et les régions éloignées.

Jusqu'à 30 % de la population du Canada vit dans les régions rurales, éloignées et nordiques du pays. L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes privilégiant les patients de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, les Canadiens des régions rurales se plaignent de plus en plus des écarts qu'il y a entre les services offerts aux régions urbaines et ceux que l'on trouve dans les régions rurales et éloignées.

Le gouvernement fédéral a répondu aux préoccupations des Canadiens ruraux de plusieurs manières. Par exemple, il a créé en septembre 1998 le Bureau de la santé rurale afin de

s'assurer que l'on prenne mieux en compte les vues et les préoccupations des Canadiens ruraux dans l'établissement de la politique nationale de santé et les stratégies de renouvellement du système de santé. En février 1999, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 50 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002) afin de soutenir des projets pilotes relevant des « Innovations en santé rurale et communautaire ».

En juin 2000, le gouvernement fédéral a annoncé le lancement de sa Stratégie nationale en santé rurale qu'il considère comme une étape importante dans le processus qui donnera à tous les Canadiens un accès fiable à des soins de santé de qualité. Puis, en juillet 2001, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, qui doit conseiller le ministre fédéral de la Santé sur la façon dont le gouvernement fédéral peut améliorer la santé des communautés et personnes du milieu rural.

La télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral. Dans le contexte de la santé rurale, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie d'aidants en milieu rural et de compléter la formation médicale; améliore l'infrastructure de santé rurale; permet le respect du principe d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, et assure un développement plus équitable des systèmes d'information de santé partout au pays.

Il est proposé ici au gouvernement fédéral qu'il maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et de télémédecine.

### **10.2.3 Assurer la confidentialité et le caractère privé des renseignements de santé personnels**

Le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels de santé dans le contexte de l'infrastructure de la santé ont peut-être constitué la question la plus délicate soulevée pendant les audiences du Comité sur le sujet. Ces termes sont parfois utilisés l'un pour l'autre, mais ils désignent en fait des notions bien différentes :

- *Le caractère privé des renseignements personnels* a trait au droit des personnes d'être maîtres de l'information qui concerne leur santé, qu'il s'agisse de leur collecte, de leur utilisation et de leur divulgation.
- *La confidentialité* a trait à l'obligation des fournisseurs de soins de santé de protéger l'information qui concerne la santé de leurs patients, de la garder secrète et de ne pas l'utiliser ou la divulguer à mauvais escient.
- *La sécurité* a trait à l'ensemble des normes entourant les systèmes d'information qui protègent l'accès au système et l'information qu'il contient.

En somme, le caractère privé de l'information a pour corollaire l'obligation de respecter son caractère confidentiel et d'assurer sa sécurité. La protection de la vie privée au Canada est une responsabilité que partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et

territoriaux. À l'heure actuelle, le cadre juridique de la protection de la vie privée est une mosaïque de lois, politiques, règlements et codes de pratique volontaires. On a dit au Comité que le premier pas à faire consiste à faire admettre la nécessité d'harmoniser les lois et règlements au Canada de telle sorte que la vie privée des Canadiens en matière de santé soit protégée. Les témoins ont fait valoir la nécessité de montrer aux Canadiens que les gouvernements prennent bel et bien toutes les mesures nécessaires afin de mettre en œuvre des règles rigoureuses à cet égard.

Le Comité a été heureux d'apprendre qu'une résolution visant à harmoniser toutes les lois dans ce domaine est examinée par toutes les juridictions et que l'on s'attend à ce qu'un accord soit conclu en ce sens bientôt. Au niveau technologique, on a déjà démontré qu'on peut réaliser un degré supérieur de confidentialité et de sécurité des renseignements de santé personnels dans un milieu électronique que dans un milieu de papier. Les problèmes qu'il reste à régler concernent surtout l'architecture des systèmes qui doivent être mis en place et leur gouvernance dans une perspective pancanadienne.

Cependant, le Comité se préoccupe du manque de progrès notable entre les responsables en ce qui concerne le projet de loi C-6, *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. En novembre et décembre 1999, le Comité a tenu des audiences sur ce projet de loi. Les audiences ont surtout permis d'exprimer des préoccupations concernant l'application de la partie I du projet de loi à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels. Le Comité était d'avis que, même si la partie I est adéquate dans la mesure où elle établit des normes juridiques minimales pour la protection des renseignements personnels des Canadiens dans le domaine commercial, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence de ces normes dans le secteur de la santé. Il a donc amendé le projet de loi de manière à reporter son application aux renseignements personnels sur la santé d'un an après l'entrée en vigueur de la loi (1<sup>er</sup> janvier 2001). Cet amendement avait pour objet de donner aux responsables du système de santé la possibilité de formuler les mesures législatives propres au caractère particulier des renseignements personnels sur la santé et de mettre ces changements en place d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2002.. L'amendement a été accepté par la Chambre des communes, et le projet de loi a reçu la sanction royale le 13 avril 2000.

Lorsque le Comité s'est réuni pour étudier la question des informations de santé en mai 2001, les témoins ont indiqué qu'aucun consensus n'avait été réalisé sur les changements qu'il faut apporter au projet de loi C-6 si l'on veut assurer la circulation des données entre les responsables du système de santé qui prennent part à l'édification de l'Infostructure santé. L'application du projet de loi C-6 aux organisations présentes dans le système d'information de santé ainsi que dans la recherche en santé doit être clarifiée si l'on veut continuer de fournir les informations qui sont essentielles à l'amélioration de la santé de tous les Canadiens. Le Comité espère que des solutions seront trouvées à ce problème avant la fin du moratoire d'une année, soit le 31 décembre 2001.

### **10.3 Reddition de comptes et qualité**

L'Infostructure santé du Canada va générer une quantité massive de renseignements de santé. En fait, l'Infostructure santé du Canada va « favoriser la création, l'analyse et la diffusion de la meilleure information qui soit afin de permettre aux patients, aux dispensateurs de soins de santé rémunérés ou bénévoles, aux gestionnaires de la santé et aux décideurs de prendre des décisions avisées<sup>26</sup> ». Tous les paliers de gouvernement ainsi que tous les responsables de la santé sont d'avis qu'un système de santé fiable permet de mieux rendre des comptes et d'assurer l'amélioration suivie de l'état de santé et du système de santé ainsi qu'une meilleure compréhension des éléments déterminants de la santé.

Le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, s'est clairement engagé à assurer une meilleure reddition de comptes dans le domaine de la santé avec la ratification de l'Accord des premiers ministres de septembre 2000. On a appris au Comité qu'un Comité de revue des indicateurs de rendement (CRIR), présidé par l'Alberta, et dont sont membres Terre-Neuve, le Québec, l'Ontario et Santé Canada, se penche sur ces problèmes et recommandera une liste d'indicateurs. De même, le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulé *Les soins de santé au Canada*, est une étape vers la création d'un processus national de reddition de comptes pour tout le système de santé.

Récemment, le ministre Rock a affirmé que le gouvernement fédéral s'était engagé à créer un Conseil de citoyens sur la qualité des soins. C'est de concert avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires que l'on décidera comment les membres seront nommés et le Conseil fonctionnera.

Le Comité est entièrement favorable à la création de ces indicateurs de rendement. Il faut mettre au point ces indicateurs de rendement selon un ensemble d'objectifs axés sur des résultats, et ces indicateurs seront des outils essentiels dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. Ils formeront aussi la base d'une meilleure reddition de comptes des gouvernements au public canadien ainsi que d'une reddition de comptes entre gouvernements. Le Comité est également d'avis qu'un Conseil de citoyens sur la qualité des soins pourrait contribuer à l'élaboration d'objectifs axés sur les résultats.

#### **10.3.1 Un rapport annuel sur l'état de santé des Canadiens et l'état du système de santé**

En ce moment, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui reçoit des fonds du gouvernement fédéral et de la plupart des provinces, a la responsabilité de coordonner le développement et le maintien d'un système intégré de renseignements sur la santé. À cette fin, l'ICIS fournit une série d'indicateurs sur l'état de santé des Canadiens et sur le système de santé. On propose ici d'élargir les moyens d'analyse de l'ICIS et la capacité qu'il a de rendre ses rapports publics.

---

<sup>26</sup> Conseil consultatif sur l'infostructure de la santé, *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé*, rapport final, février 1999.

### **10.3.2 Un conseil national sur la qualité des soins de santé**

Cette option rejoindrait la recommandation de la Commission Fyke de la Saskatchewan qui propose la création d'un Conseil national de la qualité des soins de santé qui serait une organisation fiable et indépendante des gouvernements. Le conseil aurait pour objet de produire l'évaluation la plus objective qui soit de la prestation des soins de santé et rendrait des comptes au gouvernement ainsi qu'au grand public. Le conseil analyserait le rendement du système de santé, mettrait au point des critères et des normes, entreprendrait une analyse coût-utilité des programmes et services et dégagerait les tendances dans l'état de santé, etc.

Les indicateurs de rendement mis au point par le Conseil national de la qualité des soins de santé serviraient de fondation à l'amélioration de la qualité ainsi que de guide pour la répartition des ressources. Le Conseil isolerait les secteurs qui ont besoin de soutien et permettrait au public de prendre des décisions mieux informées relativement à certains secteurs et services ainsi qu'à l'ensemble du système. Cela faciliterait grandement l'optimisation des ressources publiques dont on dispose.

### **10.3.3 Assurer une meilleure reddition de comptes de la part des gouvernements**

Les gouvernements peuvent rendre des comptes de deux manières. Dans le cadre de la première, le gouvernement fédéral rend compte aux Canadiens de ses politiques et programmes en ce qui concerne la santé (la reddition de comptes publique). Dans le cadre de la seconde, les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte au gouvernement fédéral de l'emploi qu'ils ont fait des paiements de transfert fédéraux (reddition de comptes gouvernement à gouvernement).

Le gouvernement fédéral pourrait donner l'exemple en établissant un mécanisme permanent de reddition de comptes au public canadien sur les effets qu'ont ses politiques sur la santé et les soins de santé. On pourrait ainsi créer un poste de commissaire à la santé chargé de cette tâche. L'initiative appelée « Healthy People » dirigée par le chef des services de santé des États-Unis en collaboration avec le département américain de la Santé pourrait peut-être servir de modèle. *Healthy People* fixe une série d'objectifs de santé à atteindre sur une décennie et ceux-ci servent de point de départ pour mettre sur pied des activités et des programmes au niveau communautaire. Des indicateurs de santé permettent de faire un bilan des politiques publiques dans dix grands domaines : l'activité physique, la surcharge pondérale et l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie, le comportement sexuel, la santé mentale, les blessures et la violence, la qualité de l'environnement, l'immunisation et l'accès aux soins de santé.

La seconde forme de reddition de comptes — gouvernement à gouvernement — pourrait se heurter à l'opposition de ceux qui croient que le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer dans la mise en œuvre des programmes provinciaux. De nombreux témoins se sont inscrits en faux contre cette opinion. Étant donné que le gouvernement fédéral verse beaucoup d'argent aux provinces pour la prestation des soins de santé, la reddition de comptes au

contribuable fédéral oblige le gouvernement à savoir si ses contributions sont bien ou mal dépensées. L'affirmation du rôle du gouvernement fédéral, pour ce qui est de la reddition de comptes gouvernement à gouvernement, ne vise nullement à empiéter sur les prérogatives provinciales, mais plutôt à permettre à tous les Canadiens de juger dans quelle mesure leurs impôts sont bien dépensés, et cela vise aussi le gouvernement fédéral qui a pour rôle de dispenser des services à certains segments de la population. Le Comité accueillera volontiers toute nouvelle idée sur la manière dont cette reddition de comptes pourrait se faire le plus efficacement possible.



## CHAPITRE ONZE :

### ENJEUX ET OPTIONS POUR LE RÔLE D'INFRASTRUCTURE : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

---

#### 11.1 Introduction

Quand il est question des ressources humaines dans le secteur de la santé, en particulier de la situation des infirmiers au Canada, l'existence d'une crise est fort plausible. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signale que le nombre d'infirmiers autorisés exerçant leur profession a diminué de 7,2 p. 100 depuis 1989<sup>27</sup>, tandis que leur proportion par rapport à la population canadienne est passée de un pour 120 habitants en 1989 à un pour 133 en 1999. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, une crise est imminente parce qu'on risque d'être à court de personnel infirmier qualifié. L'Association prévoit que d'ici 2011, il manquera au moins 59 000 infirmiers au Canada, et si l'on tient compte de tous les besoins d'une population vieillissante, il pourrait en manquer jusqu'à 113 000.

D'autres professionnels de la santé, depuis les techniciens de laboratoire jusqu'aux pharmaciens, ne sont pas assez nombreux non plus. Dans le cas des médecins, c'est plus difficile à dire puisque, même si leur nombre total a augmenté, leur proportion par habitant est restée relativement stable malgré une certaine fluctuation. Entre 1986 et 1991, elle s'est quelque peu améliorée, passant de 1 médecin pour 555 habitants à 1 pour 516. En 1996, le rapport de 1 pour 524 habitants était moins favorable et, en 1999, il était rendu à 1 pour 546, ce qui était moins bien mais néanmoins toujours inférieur à la proportion de 1986. Les projections récentes de l'Association médicale canadienne (AMC) donnent à penser que ce n'est pas fini. Celle-ci prévoit que d'ici 2021, si la tendance actuelle se maintient, la proportion va atteindre 1 médecin pour 718 habitants.

Pourtant, les données globales ne disent pas tout. L'accès à un médecin varie énormément selon la spécialité requise et le lieu de résidence. Nul doute que la répartition géographique des médecins fait problème depuis longtemps. Les zones rurales et éloignées ont toujours eu beaucoup de mal à recruter et à retenir tant les omnipraticiens que les spécialistes. D'ailleurs, l'écart se creuse entre la ville et la campagne au Canada. Il y a aussi de graves pénuries dans certaines spécialités, notamment en radiologie et en gériatrie. En outre, il semblerait que bien des jeunes et des femmes médecins<sup>28</sup> ne sont pas disposés à faire les longues heures de travail autrefois jugées normales en médecine, ce qui signifie qu'il faudra un plus grand nombre de médecins dans l'avenir.

---

<sup>27</sup> ICIS, Les soins de santé au Canada 2001.

<sup>28</sup> D'après les statistiques, les femmes médecins font moins d'heures que leurs collègues masculins, c'est-à-dire 48,2 heures par semaine en moyenne par opposition à 55,5 heures chez les hommes. Or, selon les projections du Groupe de travail du Forum médical canadien sur les effectifs médicaux au Canada (p. 11), 40 p. 100 des médecins seront des femmes en 2015.

De nombreux experts lancent toutefois l'avertissement que des facteurs complexes qui se chevauchent jouent sur la disponibilité et le déploiement des ressources humaines. Il peut y avoir pénurie même si le nombre de personnes qualifiées n'est pas insuffisant dans l'absolu. Par exemple, les infirmières ont délaissé la profession en grand nombre tant elles étaient déçues du manque d'avancement et des conditions de travail. Elles estiment en outre que leur formation les rend aptes à participer davantage au traitement des patients que ce n'est actuellement le cas.

Que faut-il faire alors : les encourager à reprendre l'exercice de leur profession, former un plus grand nombre d'infirmières, ou les deux? Certains suggèrent de réorganiser les soins primaires de manière à mieux exploiter les compétences différentes de tous les professionnels de la santé afin de contrer la pénurie réelle ou appréhendée de médecins, mais cette solution pourrait aussi avoir l'effet d'accroître la demande pour les infirmiers et, partant, d'empirer la pénurie actuelle.

Il semble certain, toutefois, qu'il n'existe pas de solution miracle aux problèmes des ressources humaines dans le domaine de la santé. Effectivement, même si on acceptait sans réserve de donner priorité à la formation, il faudrait des années pour instruire et former la plupart des professionnels de la santé. Le pire, c'est qu'il ne suffit pas d'augmenter le nombre de places disponibles dans les programmes en espérant qu'elles seront toutes occupées. Si les jeunes sont moins nombreuses à s'inscrire en soins infirmiers, par exemple, c'est en partie parce qu'un large éventail de carrières s'offre aujourd'hui aux jeunes femmes qui sortent des universités et aussi parce que les gens ont l'impression que la profession infirmière est devenue une carrière beaucoup moins intéressante à cause des compressions budgétaires dans le secteur de la santé.

Avant, le Canada pouvait compter sur le recrutement à l'étranger pour combler les postes vacants. Ainsi, plus de 50 p. 100 des médecins qui exercent en Saskatchewan ont des diplômes étrangers, c'est-à-dire qu'ils ont fait leurs études de médecine à l'étranger et sont venus poursuivre leur carrière en Saskatchewan. Mais, d'autres pays vivent maintenant les mêmes pénuries que notre système et il est plutôt insensé que les pays continuent inlassablement d'écarter les élites professionnelles du secteur de la santé de leurs voisins.

## **11.2 Une stratégie nationale des ressources humaines s'impose**

Toutes les organisations nationales représentant des professionnels de la santé, qui ont comparu devant le Comité lors de ses audiences sur la phase deux, ont soutenu qu'il fallait établir, pour les ressources humaines, une stratégie pancanadienne à long terme, conçue au Canada et coordonnée par le fédéral. Bien entendu, non seulement les services de santé à fournir à la population, mais aussi l'éducation et la formation sont des champs de compétence provinciale et territoriale. Le défi consiste donc à trouver le moyen d'élaborer une stratégie d'une manière que les provinces et territoires trouvent acceptable.

Le fédéral se doit de participer activement à la conception d'une telle stratégie pour plusieurs raisons. Tout d'abord, comme c'est lui qui est chargé des services de santé offerts à la population autochtone et au personnel militaire du Canada, il doit faire en sorte qu'un plan national des ressources humaines tienne compte de ses besoins tout autant que de ceux des provinces et territoires.

Ensuite, tout plan doit prendre en compte la mobilité des Canadiens, en particulier de ceux qui ont reçu un enseignement et une formation universitaires. Par conséquent, son élaboration sera le fruit d'une coopération fédérale-provinciale-territoriale, afin que les problèmes épineux touchant l'offre et la répartition géographique des ressources humaines en santé puissent être réglés comme il faut.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'opposeront peut-être à la participation du gouvernement fédéral à l'élaboration d'une stratégie nationale pour les ressources humaines. D'ailleurs, lors de leur réunion d'août 2001, les premiers ministres des provinces et les dirigeants des territoires ont convenu d'accroître la coopération interprovinciale pour assurer un bassin suffisant de fournisseurs de soins de santé, indépendamment du gouvernement fédéral. Cependant, le Comité croit qu'il faut une stratégie nationale (et non une stratégie uniquement fédérale) à laquelle tous les gouvernements participeraient.

Le Comité souhaite recevoir des observations sur le meilleur moyen de coordonner les activités des différents ordres de gouvernement dans le domaine.

### **11.3 Vers une structure horizontale**

Deux autres questions au sujet des ressources humaines commandent nettement l'attention de tous les gouvernements :

- Comment peut-on exploiter le mieux possible l'éventail complet des différentes professions de la santé afin que toute la gamme des compétences de chacune soit utilisée efficacement?
- Comment peut-on recruter, former et retenir un nombre suffisant de professionnels de la santé, capables de s'adapter à l'évolution de la santé et des besoins en soins de santé de la population canadienne?

Le fait que ces deux questions se chevauchent est une autre indication de la complexité des problèmes que pose la planification des ressources humaines. La demande pour les différentes professions de la santé dépendra en partie de la façon dont on conçoit la santé et les besoins en soins de santé de la population, et c'est la vigueur de cette demande qui devrait déterminer les priorités en éducation et en formation. En outre, les diverses carrières en santé et en soins de santé seront plus ou moins attrayantes selon l'interaction des différentes professions en milieu de travail.

Il existe actuellement une « hiérarchie » des professionnels de la santé et autres dispensateurs de soins. Les médecins spécialistes sont généralement placés au sommet, suivis des médecins de famille et des diverses catégories d'infirmières, depuis celles qui ont une formation poussée (infirmières de première ligne) jusqu'aux auxiliaires (infirmières auxiliaires). D'autres professionnels, depuis les pharmaciens jusqu'aux technologistes médicaux, font moins parler d'eux mais sont tout aussi essentiels au bon fonctionnement du système. Viennent ensuite les praticiens de diverses médecines douces qui luttent sans cesse pour obtenir une reconnaissance pleine et entière de leur apport à la santé et au bien-être des Canadiens. Enfin, il y a une armée d'aidants naturels et de bénévoles dont le travail, pourtant indispensable, est souvent tout à fait méconnu.

Il faut donc se demander sans détours s'il ne serait pas opportun de délaissier cette hiérarchisation au profit d'une structure « horizontale » des ressources humaines en santé, qui remettrait en question l'idée que les « spécialistes » sont au-dessus des autres médecins parce qu'ils possèdent une connaissance plus approfondie d'un domaine que leurs collègues omnipraticiens, ou encore l'idée que les médecins en général sont nécessairement plus hautement qualifiés que les infirmières. Dans une structure horizontale, on présume plutôt que chaque profession a ses forces et doit donc être valorisée et bien déployée.

Réfléchissons par exemple à certains faits exposés dans un rapport de 1999 de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario :

- Le tiers des services médicaux facturés par des spécialistes ontariens en 1997 (ayant coûté 1,4 milliard de \$ en tout) auraient pu être rendus par des omnipraticiens.
- En 1997, les cinq codes de facturation les plus fréquents chez les omnipraticiens ontariens représentaient environ 69 p. 100 du montant total facturé par ceux-ci (1,2 milliard de \$). Les voici : évaluations intermédiaires (pédiatrie), évaluations générales, évaluations mineures, psychothérapie individuelle et counseling. D'après les cliniciens conseillant la Commission de restructuration, la plupart de ces services, voire tous, auraient pu être rendus par des infirmières praticiennes, des infirmières et de nombreux professionnels de la santé bien formés.

Le Dr Duncan Sinclair, président de la Commission, a ensuite déclaré :

« Nulle part au Canada, on exploite la pleine mesure de nos professionnels de la santé hautement qualifiés, qui ont reçu à grands frais une excellente formation : spécialistes, médecins de famille, infirmières, pharmaciens, thérapeutes en réadaptation, etc.

Faire faire par un médecin le travail qu'une infirmière praticienne ou une infirmière pourrait effectuer, c'est comme faire venir un électricien pour changer

une ampoule ou demander à un mécanicien breveté de faire le plein et de vérifier le niveau d'huile et la pression des pneus. Ces spécialistes feraient-ils du bon travail? Certainement! Mais est-ce que ce serait utiliser judicieusement leur temps, leur formation et leur expertise? Pas du tout! Ce serait une utilisation coûteuse et inefficace de ressources déjà limitées que sont l'argent et le savoir de gens très doués. »

#### **11.4 La réforme des soins primaires et les ressources humaines**

L'un des principaux obstacles à l'établissement d'un plan qui aiderait à résoudre ces problèmes, c'est l'existence de règles définissant ce que les diverses professions peuvent et ne peuvent pas faire, c'est-à-dire les domaines de pratique de chacune. Autrement dit, il faut absolument prendre en considération l'incidence de la réforme des soins primaires sur notre capacité de rationaliser l'utilisation des ressources humaines en santé. Les soins primaires forment le premier palier des soins de santé, celui où les gens entrent habituellement en contact avec le système de santé et celui qui les aide, leurs familles et eux, à prendre la meilleure décision pour leur santé. Il faut donc que les soins primaires soient :

- coordonnés
- accessibles à tous les consommateurs
- fournis par tous les professionnels de la santé ayant les connaissances voulues pour répondre aux besoins des gens et des communautés desservis
- justifiés auprès des citoyens concernés au moyen d'une structure de gestion communautaire.

Bref, l'équipe multidisciplinaire constitue le noyau des soins primaires, mais loin d'avoir pour objectif de substituer un dispensateur de soins de santé à un autre, elle devrait plutôt analyser les compétences propres à chacun de ses membres pour en coordonner un déploiement judicieux. Le patient a besoin de voir le travailleur de la santé qui est le mieux outillé pour s'occuper de son problème.

À l'heure actuelle, la prestation des soins de santé au Canada ne reflète habituellement pas le concept des soins primaires (bien que les centres de soins communautaires soient un modèle d'organisation qui fournit des services de santé suivant ce concept). Souvent, les services de santé ne sont pas coordonnés et ils ne sont pas fournis non plus par le praticien approprié, à telle enseigne que les connaissances et le savoir-faire de nombreux praticiens sont mal exploités.

La réforme des soins primaires est maintenant la grande priorité de l'ensemble des provinces et territoires. En septembre 2000, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont convenu de l'accélérer. Ils ont tous accepté de promouvoir la constitution d'équipes multidisciplinaires de soins primaires qui constitueraient le point de contact des Canadiens avec le système de santé.

Le gouvernement fédéral soutient activement les efforts déployés par les provinces et territoires pour réformer et renouveler les soins primaires. En particulier, il a établi un fonds des soins de santé primaires de 800 millions de dollars sur quatre ans (2000-2004) pour soutenir les coûts du passage vers la mise en œuvre d'initiatives systémiques de soins de santé primaires à grande échelle. Quelque 70 p. 100 des fonds seront consacrés aux réformes provinciales et territoriales majeures, les 30 p. 100 restants serviront à appuyer des initiatives nationales ou relevant de plusieurs compétences qui auront pour but d'accélérer la réforme des soins de santé primaires.

L'implantation d'une stratégie de soins primaires, comme nous l'avons indiqué antérieurement, oblige aussi à repenser le paiement à l'acte qui constitue actuellement le principal mode de rémunération des médecins. C'est un principe qui dissuade les médecins de favoriser le travail en équipe, puisque le montant de leurs honoraires dépend du nombre de patients qu'ils voient. De plus, il encourage les médecins de famille à diriger automatiquement la plupart des cas complexes vers des spécialistes puisque rien ne les incite à consacrer plus de temps aux patients « difficiles ». Enfin, le paiement à l'acte renforce l'impression populaire d'une « hiérarchie » du système de santé et ne peut faire autrement qu'amener les patients à exiger de toujours consulter le praticien le plus « hautement » qualifié, qu'il soit ou non le plus apte à répondre à leurs besoins.

Les formules les plus susceptibles de remplacer le paiement à l'acte sont le salaire et le paiement par capitation qui rémunère les médecins selon le nombre de personnes inscrites sur leur liste de patients. Présentement, des médecins ayant une lourde tâche d'enseignement ou des fonctions administratives accaparantes touchent un salaire, et il y a eu plusieurs initiatives destinées à instaurer, dans diverses provinces, la médecine de groupe qui a recours à certaines formes de capitation. Il est aussi possible de conjuguer ces diverses formes de rémunération (comme on le fait en Grande-Bretagne).

Trouver d'autres formules pour la rémunération des médecins n'est pas le seul obstacle à surmonter si l'on veut réformer le système actuel afin de mieux utiliser toutes les catégories de ressources humaines dans le domaine de la santé. La réforme remet nécessairement en question la répartition actuelle du pouvoir décisionnel et elle est donc susceptible de se heurter à la résistance de tous ceux qui donnent présentement l'impression d'être les plus puissants. La réforme des soins primaires aurait pour effet d'accroître le nombre de personnes en haut de la pyramide et il faudrait trouver le moyen de convaincre ceux qui s'y trouvent déjà de partager leur pouvoir.

Bref, les options qui permettraient d'utiliser plus efficacement tout l'éventail des ressources humaines dans le secteur de la santé, en opérationnalisant une structure « horizontale », sont intimement reliées à la réforme des soins primaires qui garantirait aux patients l'accès à des soins de longue durée prodigués par des professionnels de la santé aux compétences différentes. Il faut souligner que c'est particulièrement important pour une société vieillissante qui exigera des services de plus en plus diversifiés du système de santé. Il faudra aussi veiller à ce que la formation des professionnels de la santé leur permette de suivre

l'évolution constante du système et surtout les rendre aptes à apporter une contribution productive aux équipes multidisciplinaires.

### **11.5 Mesures incitatives visant les patients**

Enfin, il importe de réfléchir à divers moyens d'encourager les patients eux-mêmes à obtenir les soins qui conviennent le mieux à leur cas. Les Canadiens ont été amenés à croire qu'ils doivent absolument consulter un médecin alors qu'une infirmière ou une infirmière praticienne ferait l'affaire, ou qu'ils ont besoin d'un spécialiste alors qu'un omnipraticien pourrait aisément prodiguer des soins de qualité comparable. Le système des soins de santé doit être organisé de façon que les patients puissent consulter le professionnel de la santé approprié et il faut prévoir des mesures incitatives qui récompenseront les patients qui font le bon choix, ou pénaliseront ceux dont les décisions coûtent cher au régime pour rien.

Parmi les options envisageables pour atteindre ce but, il y a les frais modérateurs qui seraient exigés uniquement lorsqu'un patient insiste pour voir un certain professionnel de la santé alors que celui-ci est considéré comme un point de contact inutile entre le patient et le système. Si le patient était dirigé sur les recommandations d'un professionnel de la santé (infirmière de triage, omnipraticien), ce serait gratuit, mais si c'était le patient lui-même qui demandait une nouvelle consultation, il serait tenu de payer des frais modérateurs pouvant varier selon la catégorie du professionnel consulté. Ces frais pourraient être remboursés si, en définitive, la consultation s'avérait nécessaire, afin de ne pas trop décourager ceux qui voudraient faire confirmer leur diagnostic. Il serait aussi possible d'assurer des délais d'attente plus courts pour les consultations de certaines catégories de professionnels et de s'en servir pour sensibiliser les consommateurs au coût des services de santé et les inciter à dépenser moins.

Le Comité voudrait connaître l'opinion des lecteurs sur les récompenses et les sanctions qui réussiraient le mieux à encourager les patients à changer d'attitude, c'est-à-dire en les aidant à faire la distinction entre un besoin réel et un choix personnel, et aider le système des services de santé à coûter moins cher tout en conservant le même degré d'efficacité médicale.

### **11.6 Recruter, former, retenir**

Selon la plupart des estimations, toutefois, la seule réforme des soins primaires ne saurait résoudre tous les problèmes de ressources humaines prévisibles. En outre, la mise en œuvre de cette réforme prendra du temps, ne serait-ce que parce qu'elle devra surmonter les nombreux préjugés et comportements profondément enracinés tant chez les professionnels que chez les consommateurs, et qu'elle devra saper petit à petit la hiérarchisation qui caractérise encore la structure de notre système de santé.

Certains problèmes de ressources humaines touchent toutes les professions de la santé, tandis que d'autres sont propres à certaines disciplines. Par exemple, toute une série de décisions mises en application dans les années 90 afin de limiter la hausse des dépenses de santé

a entraîné la fermeture d'hôpitaux, la diminution du nombre de places dans les facultés de médecine, la précarisation de nombreux emplois dans le système de santé, etc. Des effectifs réduits devaient faire plus avec moins. Médecins et infirmières se sont plaints de ne plus arriver à fournir les soins qu'ils voulaient donner, qu'ils avaient été formés pour prodiguer, et que leurs patients demandaient et nécessitaient. De plus, la lourdeur de la charge de travail et l'essor de la recherche font qu'il est très difficile pour tous les professionnels de la santé de rester à jour dans leur domaine.

### **11.6.1 Financement**

La plupart de ces grandes questions de ressources humaines sont reliées à la quantité de ressources à la disposition du système de santé. Autrement dit, elles sont très influencées par le niveau de financement global. S'il faut plus de ressources humaines, où ira-t-on les chercher et comment les paiera-t-on? Les options reliées à ces questions ont été exposées au chapitre 8 du rapport, qui porte sur le financement.

### **11.6.2 Recherche**

Mais il y a aussi des questions générales qui concernent les ressources humaines mêmes. La première, c'est la disponibilité des données qui permettront une planification efficace des ressources humaines. Énormément de connaissances font encore défaut sur l'état des effectifs actuels et sur notre capacité de prévoir les besoins futurs. À cet égard, le gouvernement fédéral doit continuer de jouer un rôle important pour que des données exactes soient recueillies et diffusées à tous les ordres de gouvernement et à tous les intervenants du système de soins de santé.

### **11.6.3 Contrer l'exode des professionnels**

Depuis des années, les médias accordent énormément d'attention à l'« exode des cerveaux » du secteur de la santé. L'étendue et les causes de cette migration des professionnels chevronnés vers le sud sont controversées. Mais les faits semblent effectivement mener à la conclusion que, comme pour la plupart des questions sur les ressources humaines en santé, les analyses simplistes ne sont d'aucun secours.

On a parfois soutenu que la lourdeur du fardeau fiscal au Canada poussait les professionnels aux revenus élevés vers des régimes plus cléments. Or, les enquêtes effectuées auprès des médecins montrent pourtant que, habituellement, l'augmentation du revenu n'est pas le principal motif de leur départ; ce sont plutôt les conditions dans lesquelles ils exercent leur profession qui viennent au premier rang. De même, les infirmières qui vont s'établir aux États-Unis disent souvent qu'elles y sont attirées par la possibilité de se perfectionner, entre autres, plutôt que par les salaires plus élevés (on ne peut non plus passer sous silence le fait que, pour les infirmières, la possibilité d'occuper un poste à plein temps au lieu d'un emploi à temps partiel ou occasionnel, exerce une grande force d'attraction).



Autrement dit, c'est l'ensemble des conditions de travail faites aux professionnels de la santé qu'il faut revoir si l'on veut retenir le plus grand nombre possible d'entre eux au Canada. Il ne faut pas se concentrer sur un seul facteur, par exemple la baisse des niveaux d'imposition.

En outre, c'est le même ensemble de conditions de travail qui serait susceptible de convaincre les professionnels de la santé déjà partis de revenir au pays. Dans un rapport rédigé dernièrement à l'intention des premiers ministres provinciaux, il est suggéré que le gouvernement fédéral assume la coordination d'une campagne pour inciter les professionnels de la santé à rentrer des États-Unis<sup>29</sup>. Il est certain qu'un effort concerté de la part des deux ordres de gouvernement aurait de meilleures chances de réussir, vu l'enchevêtrement des problèmes qui ont contribué au départ d'un grand nombre de professionnels de la santé du Canada.

Nous allons maintenant examiner brièvement certaines des questions se rapportant aux diverses professions et aux types de soins.

## **11.7 Les médecins**

### **11.7.1 La formation**

Pour tenter de freiner la hausse des coûts, on a réduit le nombre de places dans les facultés de médecine au cours de la dernière décennie. D'ailleurs, en 1991, le rapport Barer-Stoddart avait recommandé une diminution de 10 p. 100 des admissions dans les facultés de médecine du Canada et des places de médecins résidents, afin de régler le prétendu problème de la hausse injustifiée du nombre de médecins.

Les auteurs du rapport avaient prévenu qu'il ne fallait pas donner suite à cette recommandation si les autres qu'ils proposaient n'étaient pas toutes mises en application<sup>30</sup> (53 en tout). Malgré cet avertissement, c'est précisément ce que les décideurs ont fait. En conséquence, d'après les données de l'Association des facultés de médecine du Canada, les effectifs de la première année de médecine ont diminué de 16 p. 100 depuis 1991. Aujourd'hui, le Canada est le pays où c'est le plus difficile d'être admis en médecine. Le nombre d'étudiants inscrits y est actuellement de 1 570, soit 1 pour 19 000 citoyens, ce qui nous place loin derrière les autres pays industrialisés tels que le Royaume-Uni (1 pour 12 200 citoyens) ou l'Australie (1 pour 13 500).

La hausse des frais de scolarité des facultés de médecine au pays est un autre aspect de la question des effectifs. Certains craignent que, bientôt, seuls les nantis aient les moyens de s'inscrire en médecine.

---

<sup>29</sup> Comme le rapportait le *Globe and Mail*, le samedi 28 juillet 2001, p. A1.

<sup>30</sup> Le rapport se lit comme suit : « ... les politiques sur le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine pourraient faire plus de tort que de bien si elles étaient appliquées isolément, sans être conjuguées à des politiques complémentaires visant les diplômés des facultés de médecine étrangères, le financement des centres hospitaliers universitaires, la résidence et le contrôle de la qualité, pour ne mentionner que celles-là. » (p. 6)

Voici des options auxquelles il faut réfléchir :

- Une aide financière fédérale sous forme de prêts étudiants
- Le financement de l'accroissement des effectifs en médecine

### **11.7.2 Répartition géographique inégale**

Comme nous l'avons déjà souligné, tous s'accordent à dire que la répartition géographique des médecins est de plus en plus inégale, ce qui entraîne une restriction de l'accès aux services de santé nécessaires dans les régions rurales et les régions éloignées du Canada. Les faits donnent à penser que les médecins qui commencent à exercer en cabinet sont plus susceptibles de s'établir dans l'une des régions rurales ou éloignées s'ils en sont originaires ou si leur formation les a exposés aux défis intéressants associés à la pratique de la médecine dans ces endroits.

Dès la parution du rapport Barer-Stoddart en 1991, différentes mesures ont été proposées pour atténuer l'effet de la pénurie de médecins dans les régions mal desservies. Nombre d'entre elles, y compris celles qui suivent, méritent réflexion aujourd'hui encore :

- réserver des places dans les facultés de médecine pour les étudiants admissibles qui veulent s'engager à pratiquer dans une région rurale;
- réviser les conditions d'admission en médecine de façon à favoriser les bons candidats originaires de régions rurales;
- mieux familiariser les étudiants, internes et résidents avec les régions rurales;
- établir de nouveaux programmes de résidence conçus expressément pour former des spécialistes qui donneront des consultations dans les régions rurales;
- adopter ou améliorer les mesures financières pour inciter les médecins à choisir les spécialités qui font défaut dans les régions rurales.

Bien que ces mesures se trouvent en dehors de ses champs de compétence, le fédéral pourrait peut-être néanmoins contribuer financièrement à de telles initiatives dans le cadre d'une stratégie nationale globale pour les ressources humaines en santé, qui serait négociée par les autorités fédérales-provinciales-territoriales. Il ne fait en tout cas aucun doute qu'un programme d'incitatifs destinés à contrer les problèmes de rémunération et les autres conditions de travail s'impose pour apporter des solutions au problème de plus en plus sérieux des pénuries de médecins en région éloignée et rurale.

## **11.8 Les infirmières**

Les facteurs qui mécontentent les effectifs infirmiers du monde entier au XXI<sup>e</sup> siècle sont complexes. Ils présentent de nombreux aspects et s'entremêlent de questions de

sexisme, de pouvoir et d'économie, sans parler du malaise social quasi généralisé parmi les employés, qui déborde le cadre de la profession infirmière. Les dix années de compressions n'ont fait qu'exacerber les problèmes du système de santé puisqu'elles ont donné lieu au mécontentement des patients, à des charges de travail écrasantes pour l'ensemble des infirmiers et infirmières, à la destruction de la loyauté professionnelle et à la démoralisation de tous les travailleurs de la santé. Il n'y a pas de *solution miracle* ni de stratégie qui, à elle seule, réussira à renverser la vapeur. Cela dit, certaines stratégies à court terme seraient susceptibles de faire disparaître quelques-uns des agacements que ressentent quotidiennement les infirmières et, conjuguées à une planification systémique à long terme des effectifs, devraient contribuer à améliorer considérablement la vie professionnelle du personnel infirmier, notamment :

- le lieu de travail doit lui-même être sain et sûr
- les instruments de travail doivent être disponibles
- le travail à faire doit être assez intéressant et agréable pour apporter une satisfaction intrinsèque à celles qui l'exécutent, tout en étant bien récompensé, valorisé et respecté à l'extérieur de la profession
- les heures de travail doivent faciliter la juxtaposition de la vie familiale et de la vie professionnelle, surtout dans un domaine dont l'effectif est majoritairement féminin.

Le gouvernement fédéral coopère déjà avec les provinces et territoires pour établir des stratégies destinées à améliorer les conditions de travail des infirmières de tout le pays et pour aider à assurer un nombre suffisant d'infirmières dans l'avenir. Il faut que ces stratégies visent notamment les sujets suivants :

- **La charge de travail.** Les soins aux patients forment un secteur travaillistique puisqu'ils requièrent toute une équipe de soutien formée des services responsables des locaux, des services alimentaires, des services administratifs, des préposés au déplacement des matières, des patients et de l'équipement. Comme les infirmières constituent une ressource chère de plus en plus limitée, on ne peut pas se permettre de leur faire exécuter ces tâches qui débordent les soins infirmiers proprement dits. *Le minimum serait de régler le problème de la charge de travail* dans l'ensemble du système.
- **Le mode de vie.** Garderies sur les lieux de travail ou non loin de là, stationnements sûrs et pratiques, systèmes d'établissement des horaires plus souples (au moyen de logiciels), horaires novateurs, révision des conventions collectives pour permettre des horaires à la carte (p. ex. postes de travail de durée variée, postes de travail permanents, etc.), nourriture à la disposition de tous les travailleurs quel que soit leur lieu ou poste de travail.
- **L'emploi.** Créer des emplois permanents à plein temps. Les études montrent que l'anxiété, l'épuisement professionnel, l'absentéisme et les ennuis de santé croissent avec la précarité de l'emploi.

- **L'exercice de la profession et le leadership.** Les infirmières sont démoralisées et souffrent d'un manque d'enthousiasme systémique au travail. Elles veulent être considérées comme de vraies professionnelles capables de contribuer utilement aux décisions concernant les soins aux patients. Elles veulent avoir le temps de fournir des soins de qualité. Elles recherchent la liberté, l'innovation et un milieu de travail sûr. Il faut absolument que les cadres des soins infirmiers et les infirmières chefs jouent le rôle de meneurs dans le domaine. Autrement dit, si un seul poste de cadre dans un établissement est occupé par une infirmière, on ne saurait parler d'un leadership infirmier. Il faut mettre le potentiel en valeur à tous les niveaux et à l'échelle nationale si l'on veut améliorer l'exercice de la profession dans les établissements de soins infirmiers.
- **L'équipement et les fournitures.** Il faut dresser immédiatement un inventaire dans tous les établissements au pays, et toute pièce d'équipement qui manque, qui est défectueuse ou dangereuse doit être remplacée ou réparée sans délai. C'est une intervention rapide qui pourrait rapporter au centuple en quelques semaines à peine. Il faut être attentif à des aspects élémentaires, par exemple le mode de financement de l'équipement. Les infirmières n'ont pas besoin de scanners IRM pour prodiguer des soins, mais de thermomètres et de fauteuils roulants, de serviettes et de ciseaux, de soulève-malades et de tiges à soluté, d'ordinateurs et de livres, et même de voitures pour les cliniques communautaires.
- **L'éducation.** Pour les infirmières, la formation est continue. Il faut mettre sur pied un système de soutien à l'éducation permanente (formation interne assurée par l'employeur et formation institutionnelle, plus le personnel suppléant nécessaire, les frais de scolarité, les infirmières monitrices en milieu de travail).

## 11.9 Les autres professionnels de la santé

De nombreux autres professionnels de la santé, depuis les pharmaciens jusqu'aux technologues médicaux en passant par les techniciens en ultrasons, ont formulé les mêmes plaintes que celles exprimées par les médecins et les infirmières au sujet de la détérioration des conditions de travail dans tout le réseau médico-hospitalier. De plus, comme ces autres catégories de professionnels sont souvent moins visibles que les médecins et infirmières, cela signifie que leurs préoccupations passent souvent inaperçues. Ainsi, au cours de ses audiences, le Comité a appris que, la technologie médicale étant un domaine qui attire surtout ceux qui sont doués en technique, de nombreux programmes de formation ont du mal à remplir les places disponibles même si tous les étudiants sont pourtant assurés de trouver un emploi à la fin de leur cours. Dans le cas des autres professionnels de la santé, il y a aussi le problème constant du manque de données exactes sur l'évolution de la situation.

## 11.10 Résumé

Le problème de la planification des ressources humaines pose quatre grandes questions:

- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans l'établissement d'un plan national des ressources humaines pour l'ensemble du personnel des services de santé?
- Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer pour aider à la mise en œuvre d'un tel plan (p. ex. financer l'infrastructure ou subventionner les programmes de formation)?
- Comment peut-on montrer aux Canadiens à reconnaître s'ils ont vraiment besoin de services de santé ou encore les inciter à faire la distinction entre leurs désirs et leurs besoins?
- Comment peut-on convaincre ceux qui occupent actuellement le sommet de la structure hiérarchique de céder un peu de leur pouvoir et de modifier les règles définissant les domaines de pratique afin d'arriver à une utilisation plus efficiente du personnel de la santé (l'efficience signifiant qu'un patient est toujours vu par le travailleur de la santé qui est apte à répondre à ses besoins et qui le dirigera vers le prestataire d'un autre service si cela s'impose)?

Répondre à ces questions n'est pas chose facile parce que les deux premières dépendent du calendrier et de la nature exacte des progrès qu'on pourrait établir en répondant aux deux dernières.



## CHAPITRE DOUZE :

### QUESTIONS ET OPTIONS CONCERNANT LE RÔLE À JOUER EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA POPULATION

---

Le document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, publié en 1974 par le ministre fédéral de la santé de l'époque, M. Marc Lalonde, a joué un rôle clé dans la façon dont sont conçus les soins de santé tant au Canada qu'ailleurs. Ce document reconnaît l'incidence du comportement sur l'état de santé et insiste sur la nécessité pour les Canadiens d'assumer une plus grande part de responsabilité à cet égard. Il fait surtout valoir qu'un bon système de soins de santé n'est que l'un des nombreux facteurs grâce auxquels la population se maintient en bonne santé. Certains spécialistes laissent entendre, depuis quelques années, que la santé de la population dépend à 25 % du système de soins de santé, alors qu'elle dépendrait à 75 % de facteurs tels que la biologie et le bagage génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

En fait, comme le souligne le rapport du Comité pour la phase un, il y a accord sur le fait que de multiples facteurs – appelés déterminants de la santé – exercent une influence sur l'état de santé. Mentionnons, parmi ces facteurs, le revenu et le soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social, l'environnement physique, les habitudes personnelles en matière d'hygiène et les capacités d'adaptation, le développement au cours de la jeune enfance, les soins de santé, le sexe et la culture.

Le terme « santé de la population » est utilisé pour désigner l'état de santé général d'une population qui découle de tous ces déterminants. Contrairement aux soins de santé classiques qui sont offerts à des personnes individuellement lorsqu'elles deviennent malades, les stratégies d'amélioration de la santé de la population ont pour but, comme leur nom l'indique, d'améliorer la santé d'une population entière grâce à des politiques et des programmes à grande échelle qui ciblent ces principaux déterminants de la santé.

L'objectif d'une démarche axée sur la santé de la population est d'empêcher que ne surviennent des problèmes médicaux qui requerraient un traitement dans le système de soins de santé. Elle est donc orientée vers la prévention plutôt que vers le traitement des blessures ou des maladies.

Du même coup, il est important de reconnaître qu'une telle démarche ne vise pas le remplacement des soins de santé classiques; en dégagant les meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé de la population; on tente plutôt de tenir compte de tous les déterminants de la santé ainsi que de leurs interactions. Les défenseurs d'une telle approche croient qu'en investissant davantage de ressources financières et humaines de la sorte nous en arriverons à améliorer l'état de santé d'une population donnée et qu'en fin de compte nous réduirons la demande de services nécessaires pour traiter les maladies.

L'un des aspects les plus intéressants d'une démarche axée sur la santé de la population est l'élargissement qu'elle permet du cadre de compréhension des raisons pour lesquelles l'état de santé général n'est pas uniforme à travers tout le Canada. Notre système de soins de santé universel a permis un accès équitable à des services assurés, mais pas nécessairement à une bonne santé pour tous. Une série d'indicateurs de l'état de santé montrent d'importantes disparités entre les Canadiens selon le lieu géographique, les facteurs démographiques, les conditions socio-économiques, le sexe et ainsi de suite.

Les stratégies d'amélioration de la santé de la population englobent donc une vaste gamme d'activités allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie à des politiques et des programmes de nature générale qui exercent une influence sur la répartition du revenu, l'accès à l'éducation, le logement, la qualité de l'eau potable, la sécurité au travail, etc., autant de facteurs qui ont des effets sur l'état de santé.

## **12.1 Les tendances observées pour les maladies**

La révolution qui a eu lieu au XX<sup>e</sup> siècle dans les soins de santé a modifié de manière importante les modèles de prévalence des maladies, les maladies infectieuses ayant été progressivement supplantées par les maladies non transmissibles dans les causes de décès. Aujourd'hui, les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès et d'invalidité au Canada, alors que les blessures accidentelles se classent au troisième rang. Cependant, certaines maladies infectieuses qu'on croyait avoir vaincues réapparaissent – la tuberculose par exemple – et les antibiotiques se révèlent de moins en moins efficaces contre elles. Le transport rapide des aliments et des gens à travers le monde fait également augmenter les risques de propagation des maladies infectieuses.

Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total des maladies pour 1998 avait été estimé à 156,4 milliards de dollars. Les coûts directs (tels que les soins hospitaliers, les services des médecins et la recherche en santé) s'élevaient à 81,8 milliards, tandis que les coûts indirects (tels que la perte de productivité et la baisse de la qualité de vie) comptaient pour 74,6 milliards de dollars. Les maladies diagnostiquées ayant entraîné les coûts les plus élevés ont été les maladies cardiovasculaires, les maladies musculo-squelettiques, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires, les affections du système nerveux et les troubles mentaux.

Selon des témoins, il est possible de prévenir un grand nombre de maladies, de même que la plupart des blessures. À leur avis, la seule façon d'inverser les tendances observées pour les maladies et de réduire le fardeau de la maladie consiste à investir davantage dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la santé de la population. Plus important encore, ils ont toutefois aussi fait remarquer que les gouvernements visent surtout la guérison des maladies plutôt que leur prévention. À titre d'exemple, il convient de mentionner que la stratégie la plus courante à l'égard des maladies chroniques porte sur le traitement clinique et qu'il n'y a que peu de volonté politique d'accroître les ressources destinées à la promotion de la santé et la prévention de la maladie. De tels programmes ne donnant de résultats qu'à long terme



généralement, ils sont moins intéressants sur le plan politique que les investissements dans des installations comme les hôpitaux.

## **12.2 Quelques tendances dérangeantes**

Comme nul ne l'ignore, la jeunesse d'aujourd'hui représente l'avenir de notre pays; c'est pourquoi les tendances qui menacent la santé des jeunes Canadiens sont particulièrement inquiétantes.

Une étude récente a donné l'alerte relativement à l'embonpoint et à l'obésité des enfants au Canada. Les chercheurs ont découvert que l'indice de masse corporelle des enfants ayant entre 7 et 13 ans a progressé de façon spectaculaire ces dernières années au Canada. En 1981, 15 % des garçons et des filles avaient un excès de poids, pourcentage qui est passé en 1996 à près de 29 % pour les garçons et à 23 % pour les filles. L'obésité des enfants a également plus que doublé pendant la même période. Selon les recherches, les enfants et les adolescents ayant un problème d'excès de poids sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé une fois adultes.

Les troubles de l'alimentation comme la boulimie ou l'anorexie mentale demeurent graves, surtout chez des jeunes femmes. Quelque 90 % des personnes atteintes de troubles de l'alimentation sont des femmes, troubles qui apparaissent habituellement entre l'âge de 14 et 25 ans. Au Canada, plus de 38 000 femmes souffrent d'anorexie mentale et plus de 114 000 de boulimie. Même si la majorité des complications d'ordre physique qui surviennent chez les adolescentes ayant des troubles de l'alimentation peuvent être réglées avec le temps, certaines sont irréversibles. En effet, les conséquences à long terme de tels troubles sont mal connues, mais l'on sait néanmoins que les jeunes souffrant de ces troubles risquent un retard ou un arrêt irréversible de leur puberté ainsi qu'une mauvaise acquisition du pic de la masse osseuse plus tard dans la vie ou encore de souffrir d'ostéoporose à l'âge adulte.

Selon Statistique Canada, la grande majorité des Canadiens connaissent les risques liés à l'usage du tabac – 4 % seulement des Canadiens de 12 ans ou plus en 1996-1997 estimaient que l'usage du tabac ne posait aucun risque pour la santé. Pourtant, plus d'un quart des Canadiens de ce groupe d'âge fument chaque jour ou à l'occasion, s'exposant ainsi au cancer du poumon, aux maladies cardiaques et à d'autres problèmes de santé. Qui plus est, un nombre important de jeunes commencent à fumer chaque année.

Il convient également de noter un certain nombre d'autres grandes tendances qui se manifestent dans la population canadienne. Selon un document préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, 3 % des Canadiens souffrent de troubles mentaux graves et chroniques, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, qui sont sources de limites fonctionnelles et de handicaps sociaux ou économiques importants. Cela signifie qu'une personne de plus 15 ans sur 35 est touchée. Lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1994-1995, on a pu établir que 29 % des Canadiens vivaient de

forts niveaux de stress, 6 % se sentaient déprimés, 16 % estimaient que le stress réduisait leur qualité de vie et 9 % avaient des troubles cognitifs, difficultés de concentration ou troubles de mémoire. Ce sont chez les jeunes que l'on trouve en particulier les plus bas taux de bien-être psychologique.

Quelque 42 % des adultes au Canada n'ont pas les capacités nécessaires pour lire et comprendre des documents liés à leur vie quotidienne, comme des brochures traitant de questions de santé. Le Canada a ceci de particulier que les capacités de lecture et d'écriture de la population se détériorent dans la quarantaine, plutôt que plus tard comme c'est le cas en Suède. On a expliqué au Comité qu'un certain nombre de facteurs pouvaient expliquer cette particularité. Les Suédois lisent deux fois plus au travail et davantage chez eux que les Canadiens. Le taux de participation à la formation permanente est le double en Suède de ce qu'il est normalement au Canada et la formation permanente y touche toutes les catégories d'âge, tandis qu'au Canada elle diminue vers la quarantaine tout comme les capacités de lecture et d'écriture. Le Comité a également appris que, même si le niveau d'instruction de la population devait augmenter avec le temps, les capacités de lecture et d'écriture au cours des quelque décennies à venir demeureront stables à moins que l'on n'investisse de façon extraordinaire dans ce type de formation. Il s'agit là d'une préoccupation importante, car 15 % environ des capacités de lecture et d'écriture actuelles sont fonction des niveaux de la génération précédente. Ces capacités étant un facteur clé de l'état de santé, elles représentent donc un des vecteurs des comportements néfastes en matière de santé entre les générations.

### **12.3 Les déterminants de la santé : quelques données**

L'immense diversité des déterminants de la santé explique en bonne partie la complexité des questions de santé, complexité exacerbée par l'interaction entre ces divers facteurs.

Selon de nombreux experts, c'est le statut socio-économique qui exerce la plus forte influence sur l'état de santé. Qu'il s'agisse de la façon dont les gens évaluent leur propre santé, de mortalité prématurée, de bien-être psychique ou de l'incidence des maladies chroniques, nous trouvons dans chaque cas une forte corrélation entre le statut socio-économique et l'état de santé. Les différences dans l'état de santé sont particulièrement évidentes lorsque nous établissons des comparaisons entre les groupes ayant les revenus les plus faibles et ceux ayant les revenus les plus élevés. Les Canadiens et Canadiennes ayant un faible revenu et un faible niveau de scolarité (les deux phénomènes étant souvent reliés) sont plus susceptibles d'avoir un piètre état de santé, quel que soit l'indicateur utilisé pour mesurer l'état de santé, et pour pratiquement tous les indicateurs et tous les facteurs qui influent sur la santé, on constate que l'état la santé des gens s'améliore avec l'élévation des niveaux de revenu et de scolarité.

En d'autres mots, les Canadiens ayant un revenu élevé ont plus de chances d'être en bonne santé que ceux qui ont des revenus moyens, ceux-ci étant à leur tour en meilleure santé que ceux qui n'ont qu'un faible revenu. En fait, on estime que si les taux de mortalité des personnes ayant les revenus les plus élevés s'appliquaient à tous les Canadiens, on pourrait éviter

plus d'un cinquième de la perte d'années potentielles de vie avant l'âge de 65 ans. On a également dit ce qui suit au Comité :

- Les Canadiens n'ayant que de faibles capacités de lecture sont plus susceptibles d'être chômeur et pauvre, d'avoir une moins bonne santé et de mourir plus tôt que ceux qui ont des capacités de lecture élevées;
- Les Canadiens ayant un niveau de scolarité élevé ont plus aisément accès à des environnements physiques sains et sont mieux en mesure de préparer leurs enfants pour l'école que les gens n'ayant qu'un faible niveau de scolarité. De façon générale ils fument moins, sont plus actifs physiquement et peuvent consommer des aliments plus sains;
- Malgré une baisse du taux de mortalité infantile, une hausse de la fréquentation scolaire et une diminution de l'abus des substances psychotropes dans beaucoup de collectivités autochtones, le risque de maladie et de décès prématuré demeure plus élevé chez les Canadiens d'origine autochtone que dans l'ensemble de la population canadienne.

#### **12.4 Le rôle du gouvernement fédéral**

Le rôle du gouvernement fédéral en matière de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de santé de la population est bien établi. Après la publication du rapport Lalonde en 1974, le ministère fédéral de la santé a créé des programmes communautaires et lancé des campagnes de sensibilisation visant la promotion de la santé (comme ParticipAction, Dialogue sur l'alcool et le Guide alimentaire canadien pour manger sainement).

Le rapport intitulé *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, publié en 1986 par le ministre de la Santé de l'époque, M. Jake Epp, visait à élargir la politique fédérale de manière à englober la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce rapport plaçait une importance particulière sur les déterminants de la santé. Les programmes lancés au cours de cette période comprennent : la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, Villes et villages en santé et la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA.

Dans les années 90, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont officiellement avalisé le concept de santé de la population. C'est ainsi qu'ont été publiés trois grands rapports offrant des données sur les déterminants de la santé des Canadiens et définissant des cadres visant à guider l'élaboration des politiques en matière de santé de la population et des stratégies connexes<sup>31</sup>.

À la lumière de ces rapports, le gouvernement fédéral a trouvé un moyen de participer à l'élaboration et à l'application de politiques et programmes qui concernent la santé des Canadiens hors du secteur traditionnel des soins de santé (responsabilité provinciale ou territoriale). En 1997-1998, Santé Canada a adopté officiellement un cadre de santé pour la

---

<sup>31</sup> Un résumé de ces rapports se trouve au chapitre 5 du rapport de la Phase un du Comité.

population dans lequel s'inscrit ses programmes et initiatives. D'autres agences et ministères fédéraux participent également aux stratégies d'amélioration de la santé de la population :

- La santé de la population est l'un des quatre axes de recherche en santé aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'Institut de la santé publique et des populations d'IRSC appuie en particulier la recherche portant sur les interactions complexes (biologiques, sociales, culturelles et environnementales) qui déterminent la santé des individus, des collectivités et des populations mondiales.
- L'Institut canadien d'information sur la santé a pour responsabilité de mener à bien l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Cette initiative appuie également la recherche visant le développement de notre compréhension des déterminants de la santé qui influent sur la population canadienne et portant sur la formulation de politiques axées sur l'amélioration de la santé de la population et la réduction des iniquités au regard de la santé.
- Le Plan d'action national pour les enfants comporte diverses initiatives visant un développement sain chez les enfants, notamment le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants, la Prestation nationale pour enfants ainsi que les prestations de congé de maternité et parental qui s'inscrivent dans le cadre de l'assurance-emploi.

Il est manifeste que le gouvernement fédéral devrait maintenir et renforcer le rôle qu'il assume depuis longtemps en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. D'ailleurs, il est reconnu dans le monde entier pour avoir forgé le concept de santé de la population. Il pourrait donc de nouveau être à l'avant-garde en mettant en œuvre une stratégie d'amélioration de la santé de la population. C'est une tâche réalisable, étant donné son rôle actuel dans bien des domaines qui touchent à la santé, comme l'environnement, la politique économique, la recherche en santé, la sécurité au travail, etc.

#### **12.4.1 La promotion de la santé et la prévention de la maladie**

Des témoins ont rappelé avec insistance qu'il est nécessaire de continuer à inciter les gens à faire des choix éclairés en ce qui concerne leur propre santé. Il importe d'insister sur la nécessité de s'alimenter sainement, de faire de l'exercice régulièrement et de ne pas fumer.

Après une certaine réticence dans quelques cas, les campagnes de prévention ont porté fruit. Celle concernant le port obligatoire de la ceinture de sécurité en est un bon exemple. Avant l'adoption de la loi, de 15 à 30 % seulement des Canadiens bouclaient leur ceinture alors que le pourcentage se situe actuellement à 92 %. Et le nombre des décès dus à des accidents de la route a dégringolé.

Toutefois, des témoins ont fait valoir que, jusqu'à présent, bien des stratégies qui ont tenté d'inculquer un « bon comportement » n'ont pas vraiment porté fruit, notant que la

création d'un environnement permettant aux gens de faire eux-mêmes les bons choix fait partie du défi à relever.

Les efforts en matière de prévention doivent être fonction des situations. Il n'y a pas de stratégie universelle. Par exemple, les tendances dans le domaine des maladies transmises sexuellement changent à mesure que les pratiques sexuelles elles-mêmes changent; elles exigeront donc toujours de nouvelles stratégies de prévention et de promotion. À cet égard, il est important de veiller à ce que les informations sur la santé qui sont diffusées soient toujours à jour. Des témoins ont cité la publication du Guide alimentaire canadien comme exemple d'une bonne initiative qui n'a toutefois pas été suivie d'une diffusion efficace ou d'une mise à jour et d'une actualisation.

L'une des difficultés que soulève l'élaboration de stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie tient au fait qu'il existe, dans le cas de beaucoup de maladies, de nombreux facteurs de risque. Les stratégies globales de prévention et de promotion doivent donc tenir compte des liens entre les facteurs de risque, ainsi que des liens entre l'état de santé et les facteurs socio-économiques, démographiques et environnementaux.

Les stratégies doivent également tenir compte du lien entre la santé des collectivités et la santé des citoyens. Ainsi, les gens peuvent être moins tentés de faire du vélo ou du jogging si les rues ne sont pas sûres. Les programmes communautaires qui ont du succès allient une compréhension de la collectivité, la participation du public et la coopération d'organismes communautaires. Les stratégies qui portent sur plusieurs facteurs de risque peuvent avoir de nombreux effets bénéfiques; il s'agit notamment du soutien pour les familles à risque, des programmes intégrés de promotion de la santé à l'école et des programmes intégrés de santé et de sécurité au travail.

De plus, puisque les maladies et les blessures ne sont pas uniformément réparties au sein des populations, les stratégies doivent également tenir compte des liens entre l'état de santé et les facteurs démographiques et environnementaux tels que l'âge, la race, la région de résidence et le sexe. Elles doivent donc être conçues en fonction des tendances qui ont cours en matière de maladies et de blessures chez certains groupes précis de la population, comme la jeunesse ou les peuples autochtones. Par exemple, les accidents de véhicules motorisés touchent principalement les jeunes hommes et les taux de suicide sont élevés chez les jeunes Autochtones. Les adultes de 65 ans ou plus sont surtout victimes de chutes, et les blessures sont la première cause de décès chez les enfants. Les stratégies doivent être adaptées aux situations des groupes touchés et cibler les groupes qui profiteront le plus de la prévention.

#### **12.4.2 Les stratégies d'amélioration de la santé de la population**

Le Comité est d'avis que plusieurs des questions clefs qui se posent relativement aux stratégies d'amélioration de la santé de la population viennent de ce qu'il est difficile de savoir comment traduire les résultats des recherches démontrant l'importance de telles stratégies en politiques et programmes pouvant être mis en œuvre. Il ne fait guère de doute que ces

stratégies pourraient donner lieu à une amélioration de l'état de santé de la population, mais il reste d'importants obstacles pratiques à franchir pour aller au-delà de l'expression de vœux pieux et concevoir des programmes concrets viables à long terme.

En premier lieu, en raison de la multiplicité des facteurs qui exercent une influence sur la santé de la population, il est extrêmement difficile d'établir des liens de causalité, d'autant plus que les effets ne se font souvent sentir que bien des années après l'exposition à la cause. Ce décalage signifie également qu'on ne peut juger qu'à long terme des conséquences des politiques mises en oeuvre dans ce domaine. Comme les horizons politiques sont souvent plus rapprochés, ceci peut décourager fortement l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies d'amélioration de la santé de la population.

De plus, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, une infrastructure considérable destinée au traitement des maladies est déjà en place, de sorte que de nombreux intérêts sont bien ancrés dans le système. Ce n'est pas nécessairement que les spécialistes du traitement médical s'opposent aux stratégies d'amélioration de la santé de la population – c'est sans aucun doute l'inverse qui prédomine. C'est simplement qu'il faut consacrer des ressources massives au simple maintien de l'infrastructure de soins de santé, si bien qu'il est difficile de trouver le temps, l'énergie et les fonds nécessaires au volet préventif de l'amélioration de la santé.

En outre, en raison de la diversité des facteurs qui influent sur l'état de santé, il est très difficile de coordonner l'action gouvernementale dans ce domaine. Étant donné que le système de soins de santé lui-même ne s'occupe que d'une partie relativement faible des véritables déterminants de la santé, la responsabilité de la santé de la population ne peut relever exclusivement des divers ministères de la santé. Et pourtant la structure de la plupart des appareils gouvernementaux se prête plutôt mal à la prise en charge interministérielle de problèmes complexes et cette difficulté est décuplée lorsqu'on intègre à l'ensemble, comme on doit le faire pour que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient véritablement opérantes, les divers ordres de gouvernement ainsi que de nombreux autres intervenants.

Par exemple, les données concernant l'existence d'une variation de l'état de santé en fonction des niveaux socio-économiques sont très concluantes. Il en découle que les efforts visant à améliorer la santé de la population doivent porter beaucoup d'attention à la réduction de la pauvreté. Il existe cependant au pays un grand nombre de politiques gouvernementales qui ont un impact sur les niveaux de pauvreté au Canada et on ne peut demander à un ministère de la santé d'assumer la gestion de tous les moyens d'action en cause, ne serait-ce que parce que ce serait perçu avec raison par les autres ministères comme une sorte « d'impérialisme de la santé ». Il serait également quelque peu paradoxal, comme l'a fait remarquer un témoin, de plaider en faveur d'une lutte contre la pauvreté uniquement en raison de l'incidence qu'a la pauvreté sur la santé. Toute initiative de ce genre devrait s'inspirer de l'orientation générale de la politique sociale du gouvernement, ce qui est un champ beaucoup plus vaste que la seule politique de la santé.

Les données dont on dispose montrent bien qu'en général les stratégies d'amélioration de la santé de la population doivent être élaborées très soigneusement de manière à ce qu'elles tiennent compte des réalités auxquelles sont confrontés des groupes particuliers. On doit en déduire que les programmes aux critères rigides qui sont appliqués de manière uniforme et fortement centralisée ont peu de chances de succès. Il semble donc nécessaire d'allier de quelque façon coordination et mise en oeuvre décentralisée.

Bien que la mise au point d'une stratégie efficace d'amélioration de la santé de la population soulève de nombreuses difficultés, le Comité croit qu'il est important que le gouvernement fédéral poursuive ses efforts visant à établir un modèle en cette matière en explorant des façons novatrices de transformer une bonne théorie en une pratique assise solidement qui contribuera à améliorer les résultats obtenus dans le domaine de la santé au Canada. Le Comité souhaite mettre de l'avant deux grandes options et obtenir des réactions des lecteurs sur ces options.

La première de ces options est élaborée de manière plus détaillée dans le chapitre suivant puisqu'elle porte sur la responsabilité fédérale en matière de prestation de services de santé aux Canadiens d'origine autochtone. Disons toutefois que l'idée principale est la suivante : dans un domaine qui relève nettement de la compétence fédérale, le gouvernement devrait pouvoir adopter une stratégie explicite d'amélioration de la santé de la population qui tienne compte des nombreux facteurs qui tendent à perpétuer l'état de santé général déplorable qui est encore la norme dans beaucoup de collectivités autochtones. Il faudrait qu'il y ait une étroite coordination des activités des divers ministères qui ont une responsabilité quelconque dans ce domaine (ceux de la Santé, des Affaires indiennes et du Nord, des Finances, etc.). Il faudrait également trouver des façons de travailler efficacement en collaboration avec les collectivités autochtones elles-mêmes ainsi qu'avec les autres paliers de gouvernement qui offrent également des services à ces collectivités. Une telle approche fournirait aussi l'occasion de mettre au point des mécanismes efficaces de reddition de comptes en ce qui concerne les résultats mesurables sur la santé. C'est là un aspect important, quoique souvent négligé, des programmes axés sur l'amélioration de la santé de la population

La deuxième option exigerait une intervention fédérale de plus grande envergure encore. En raison de la très grande ampleur du champ d'action visé par les stratégies d'amélioration de la santé de la population, il serait essentiel de trouver une façon de faire tomber les cloisons qui compartimentent les ministères en ce qui concerne la responsabilité des résultats des politiques. L'une des façons d'y arriver, qui a déjà été proposée au chapitre 10 du présent rapport, consisterait à confier à un « commissaire à la santé » la responsabilité d'analyser les effets sur la santé de toutes les politiques gouvernementales et de présenter des rapports à ce sujet.

Quel que soit le modèle exact du bureau chargé de cette tâche, l'important est de concevoir un mécanisme grâce auquel il sera possible d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population. Ceci permettrait de faire une analyse continue des résultats de ces politiques sur le plan de la santé et créerait une certaine

obligation générale de rendre des comptes au public. Un rapport annuel d'un tel bureau qui centrerait son attention sur les principaux déterminants de la santé pourrait apporter un complément au travail déjà effectué par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mais également inclure des prescriptions sur la façon de veiller à ce que toutes les politiques gouvernementales aient l'effet le plus favorable possible sur la santé des Canadiens et Canadiennes.

### **12.4.3 Les recherches**

De nombreux témoins ont dit au Comité qu'il faut effectuer davantage de recherches, particulièrement dans certains domaines. Il arrive fréquemment que l'on débourse des fonds sans mener les recherches épidémiologiques permettant d'établir comment investir ces fonds. En ce qui concerne la recherche sur les maladies chroniques, des témoins ont fait valoir auprès du Comité que l'on sait mal comment utiliser les données pour mettre en œuvre des stratégies de prévention. À cet égard, des recherches sont nécessaires pour établir comment transmettre au mieux l'information sur la santé aux fournisseurs de soins de santé et à la population dans son ensemble, et en particulier aux milieux socio-économiques défavorisés ou aux personnes ayant de faibles capacités de lecture.



## CHAPITRE TREIZE :

### QUESTIONS ET OPTIONS RELATIVEMENT AU RÔLE À JOUER DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

---

Le gouvernement joue un rôle important dans la mesure où il assure directement la prestation de toute une gamme de services de santé à certains segments de la population. Il est ainsi responsable de la prestation de services de santé, dont les soins primaires, aux Premières nations et aux communautés inuites, ainsi que d'autres services connexes à la GRC, au Service correctionnel, aux Forces armées et aux anciens combattants. En fait, le gouvernement fédéral fournit des services de santé à un plus grand nombre de Canadiens que plusieurs provinces. Dans le présent chapitre, le Comité soulève des questions précises relativement à la prestation des services de santé aux Canadiens autochtones et fait état d'options qui permettraient à la politique publique de trouver réponse à ces questions.

La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois groupes d'Autochtones : les Indiens, les Inuits et les Métis. La population indienne regroupe les Indiens inscrits et non inscrits. La *Loi sur les Indiens* définit le statut juridique des Indiens inscrits (soit les Premières nations) du Canada, à savoir, les Indiens qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens non inscrits sont ceux qui ne sont pas inscrits en vertu de cette loi. La population inuite du Canada vit essentiellement dans les localités des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, du Nunavik et du Labrador. Environ 6 % des Inuits vivent dans le Canada méridional. Les Inuits ne sont pas expressément visés par la *Loi sur les Indiens* mais ont néanmoins droit à certaines services de la part du gouvernement fédéral. Les Métis sont ces Canadiens qui sont de descendance indienne et européenne. Les Métis ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens* et ne reçoivent pas de services de la part du gouvernement fédéral.

On estimait en 2000 que la population autochtone se chiffrait à 1 399 300 personnes, soit environ 3 % de la population canadienne, et se composait de 28,5 % d'Indiens inscrits vivant dans des réserves, de 30,6 % d'Indiens non inscrits, de 20,8 % d'Indiens inscrits vivant hors réserve, de 15,6 % de Métis et de 4,5 % d'Inuits.

À l'heure actuelle, 12 ministères fédéraux offrent divers programmes et services aux Autochtones. Ces programmes et services sont nombreux et comprennent des services de santé et sociaux; l'enseignement élémentaire, secondaire et postsecondaire; des services d'adduction et d'égout; le logement; la restauration environnementale, le développement d'entreprises, etc. On estime que ces programmes devraient coûter au total 7,3 milliards de dollars en 2001-2002.

En dépit des crédits considérables que le gouvernement fédéral alloue à la santé et au bien-être des peuples autochtones, des écarts très considérables au niveau de la santé et de la condition socioéconomique persistent entre les Autochtones et le reste de la population

canadienne. En fait, l'état de santé des Canadiens autochtones et les conditions socioéconomiques dans lesquelles ils vivent demeurent déplorable. En outre, lors des audiences du Comité, les Indiens inscrits hors réserve, les Indiens non inscrits et les Métis ont fait valoir que bien souvent leurs besoins particuliers en matière de santé et de soins de santé ne retiennent pas l'attention des pouvoirs publics.

### **13.1 Le profil socio-économique et la santé de la population autochtone canadienne**

Il existe des disparités considérables entre les populations autochtones et la population canadienne en général pour ce qui est de l'état de santé et des conditions socio-économiques. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a pris connaissance de données très dérangeantes.

Par rapport à la population canadienne dans son ensemble, les populations autochtones souffrent beaucoup plus de maladies chroniques. Il semblerait par exemple, au vu de données récentes, que les problèmes cardiaques, l'hypertension et le diabète y soient trois fois plus fréquents. La tuberculose et le VIH/sida y sont beaucoup plus prévalents. Le taux de décès causés par des accidents et des empoisonnements est supérieur de 6,5 fois chez les Premières nations et les Inuits. Le taux de suicide des jeunes autochtones est de cinq à six fois plus élevé à ce qu'il est chez les jeunes Canadiens en général. L'abus d'alcool, de drogues et de solvants est critique. Le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal sont beaucoup plus présents dans certaines collectivités autochtones que dans d'autres segments de la population canadienne. Quelque 75 % des femmes autochtones sont victimes de violence familiale et jusqu'à 40 % des enfants de certaines collectivités du Nord ont fait l'objet de sévices physiques de la part d'un membre de leur famille.

Les Autochtones sont moins susceptibles de faire partie de la population active et connaissent des taux de chômage supérieurs. Le revenu annuel moyen, toutes sources confondues, des Autochtones du Canada est bien inférieur à celui du reste de la population. Environ 44 % de la population autochtone et 60 % des enfants autochtones de moins de six ans vivent sous le seuil de faible revenu défini par Statistique Canada. À peu près 54 % de la population autochtone n'ont pas de diplôme de fin d'études secondaires, contre 16 % pour le reste de la population au pays.

Il est beaucoup plus fréquent pour les Autochtones de vivre dans un logement trop exigü que pour les autres Canadiens. Les logements autochtones présentent beaucoup de moisissures, mais l'incidence de ce phénomène sur la santé n'est pas encore connue. De nombreuses collectivités autochtones ont encore de la difficulté à bénéficier d'eau potable sûre et propre et d'égouts.

Le Comité est d'avis que l'état de santé des autochtones est une honte nationale. Si les Autochtones jouissaient du même niveau de santé que le reste de la population, le Canada

afficherait sans doute la meilleure note au monde pour l'état de santé de sa population. Nous devons faire mieux, à n'en pas douter. Le gouvernement fédéral doit assumer un rôle de chef de file et redresser immédiatement cette situation.

### **13.2 La prestation des services de santé aux canadiens autochtones**

Les soins de santé aux Canadiens autochtones sont assurés dans le cadre d'un réseau complexe de programmes et de services qui sont gérés par les administrations fédérale, provinciales et autochtones. La question de savoir qui assure quels services à qui est fonction d'un certain nombre de facteurs, par exemple, le statut de chacun en vertu de la *Loi sur les Indiens*, le lieu de résidence (si l'on vit dans une réserve ou hors réserve), l'emplacement de la localité (si elle est isolée ou non), et le fait que Santé Canada a conclu ou non un accord prévoyant le transfert de la prestation de services de santé à une communauté ou organisation autochtone.

Au cours de la phase deux, on a rappelé au Comité que le gouvernement fédéral assume des responsabilités particulières et spéciales vis-à-vis des Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*. La prestation de services hospitaliers et médicaux, cependant, demeure une responsabilité provinciale ou territoriale. Les Indiens inscrits qui vivent dans les réserves ont droit aux services généraux de santé qu'assurent les provinces et les territoires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, par exemple, services hospitaliers, services médicaux et autres services assurés que prévoient les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Santé Canada, cependant, assure les soins primaires directs et d'urgence dans les réserves et ce, dans les régions éloignées et isolées où les services provinciaux ne sont pas accessibles. Plus précisément, le ministère gère quatre hôpitaux, 77 postes infirmiers et 217 centres de santé.

Santé Canada veille également à la promotion de la santé communautaire et à la prévention, ou alors finance ces services pour les Indiens inscrits vivant dans les réserves. Quel que soit leur lieu de résidence (dans une réserve ou hors réserve), les Indiens inscrits reçoivent les services de santé non assurés (SSNA) que finance le gouvernement fédéral. Ces services comprennent la prestation de médicaments, de fournitures et d'équipement médicaux, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, le transport médical, les cotisations à l'assurance-santé provinciale et le counseling psychologique en cas de crise.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la prestation de services de santé aux Inuits, si bien que la fourniture de services de santé à la population inuite du Canada varie selon le lieu de résidence. En 1988, le gouvernement fédéral a cédé l'administration de la santé au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Avec la création du Nunavut, le nouveau gouvernement territorial a assumé cette responsabilité pour la région. Le gouvernement fédéral verse aux gouvernements territoriaux des fonds qui leur permettent de mettre en œuvre des programmes de soins de santé s'adressant aux Indiens inscrits et aux Inuits, et continue de financer les services de santé non assurés visant ces mêmes groupes.

En conséquence de la Convention de la baie James et du Nord québécois, le gouvernement fédéral a cédé la responsabilité des services de santé aux Inuits dans le Nord québécois au gouvernement du Québec, puis au Nunavik. La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik administre les programmes de santé fédéraux et provinciaux dans cette région.

Au Labrador, la province assure les services de santé à tous les résidents, et le gouvernement fédéral subventionne la Commission des services de santé des Inuits du Labrador dans le cadre d'accords de transfert et de contribution visant des projets particuliers et toute une gamme de programmes fédéraux, lesquels comprennent entre autres les services de santé non assurés.

Les Métis et les Indiens non inscrits n'ont pas droit aux programmes de santé fédéraux. Ils ont droit cependant aux services médicaux qu'assurent les gouvernements provinciaux et territoriaux au même titre que tous les autres Canadiens.

### **13.2.1 Un plan d'action national pour les services de santé aux Autochtones**

En gros, il y a deux obstacles juridictionnels à la prestation de services de santé aux Autochtones. Le premier tient à la séparation des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les gouvernements provinciaux assurent un accès équitable aux soins de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* à tous les habitants, ce qui comprend les Indiens inscrits vivant dans les réserves et les Inuits, mais ils partent du principe que le gouvernement fédéral est responsable de certains services de santé aux Autochtones qui ont le statut d'Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* (médicaments sur ordonnance ou soins à domicile). Voilà pourquoi des témoins ont déclaré au Comité que les services de santé qui ne sont pas mentionnés par la *Loi canadienne sur la santé* mais qui sont assurés autrement par les provinces ne sont pas toujours offerts aux Indiens inscrits et aux communautés inuites.

Le fait que deux autorités participent à la prestation des services de santé a d'autres conséquences, dont la fragmentation des programmes, des difficultés de coordination des programmes et de reddition de comptes, des incohérences, des lacunes ou des risques de chevauchement dans les programmes qui entravent la rationalisation des services et font obstacle à la réalisation d'une approche globale en matière de santé et de bien-être intégral.

Le deuxième obstacle juridictionnel résulte des distinctions entre Autochtones qui découlent de la *Loi sur les Indiens*. Étant donné que les Métis et les Indiens non inscrits sont exclus de la Loi, ils ne sont pas admissibles à la plupart des programmes fédéraux. De l'avis des témoins, l'absence de cette reconnaissance juridique plonge les Métis et les populations non inscrites dans un vide juridictionnel.

Le Comité est d'accord avec les témoins pour affirmer que ces obstacles doivent être surmontés rapidement et que tous les ordres de gouvernement – fédéral, provincial, territorial, municipal, bande et établissement – doivent mettre au point un plan exhaustif qui répondrait aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé. Le ministre fédéral de la Santé devrait prendre l'initiative de la coordination de ce plan d'action.

En conséquence, l'option que l'on propose au gouvernement fédéral consiste à entreprendre, de concert avec les provinces, les territoires et les représentants de tous les groupes autochtones, l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé. La contribution particulière du ministre fédéral de la Santé serait de faciliter une telle coordination.

### **13.3 Assurer l'accès à des services de santé adaptés aux réalités culturelles**

L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* privilégiant les patients. Cependant, l'accès à des services de santé satisfaisants demeure difficile dans les communautés autochtones éloignées et isolées. La plupart des soins de santé sont assurés par des cliniques de santé communautaire ou des postes infirmiers n'offrant que les services essentiels. Les patients qui ont de graves problèmes de santé sont soignés dans les grands centres urbains. L'absence d'infrastructures appropriées et la pénurie de fournisseurs de soins de santé essentiels aggravent ce problème.

#### **13.3.1 Des fournisseurs de soins de santé autochtones**

Des témoins ont proposé que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux remédient à la pénurie de fournisseurs de soins de santé dans les communautés autochtones en mettant au point une stratégie à long terme qui aurait pour objet d'en augmenter le nombre. Dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement fédéral pourrait fournir les ressources nécessaires à la formation des Canadiens autochtones dans une vaste gamme de secteurs liés à la santé. En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones avait fait une recommandation semblable. Plus précisément, la Commission avait invité les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les milieux universitaires et les associations de santé professionnelles, à mettre en œuvre un programme visant à former 10 000 travailleurs en santé autochtones. Une telle stratégie à long terme permettrait aussi de régler les problèmes relatifs à la formation, au recrutement et à la rétention des professionnels de la santé dans les grandes catégories émergentes, comme les fournisseurs de soins de santé à domicile, les puériculteurs, les professionnels de la prévention du diabète, de la télésanté et les techniciens en développement de systèmes, etc.

### **13.3.2 La télésanté**

La télémédecine peut aussi grandement faciliter l'accès aux services de santé dans les localités autochtones. Pour les localités autochtones éloignées et isolées, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie de fournisseurs de soins de santé et à l'absence de formation médicale; elle consolide l'infrastructure de santé; elle facilite le respect du principe de l'accessibilité qui est énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*; et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé dans toutes les régions du pays.

### **13.3.3 Des services de santé adaptés aux réalités culturelles**

Chose peut-être encore plus importante, la nécessité d'assurer aux Autochtones des services de santé « adaptés aux réalités culturelles », comme l'ont souligné les témoins. Autrement dit, leur expérience culturelle et leurs traditions doivent être prises en compte lorsque l'on conçoit et met en œuvre ces services de santé. Pour certains témoins, les services de santé adaptés aux réalités culturelles sont ceux auxquels on peut avoir accès par l'entremise d'un interprète ou qui sont assurés par des travailleurs autochtones. Pour d'autres, des services de santé adaptés aux réalités culturelles sont fondés sur le mariage de la médecine occidentale et des approches traditionnelles des guérisseurs. Les témoins ont également rappelé avec force au Comité que les peuples autochtones ne constituent pas un groupe homogène. Ils tenaient à ce que ces distinctions soient reconnues dans la prestation des programmes et services de santé.

Le Comité accueillera avec plaisir toute nouvelle opinion sur la manière dont l'on pourra assurer à tous les Canadiens autochtones des services de santé suffisants et adaptés à leur réalité culturelle.

## **13.4 La santé de la population**

Les Autochtones de tous les groupes ne définissent pas simplement la santé comme étant l'absence de maladie. Ils parlent de bien-être intégral et préconisent une vision plus globale de la santé qui regroupe tous les aspects spirituels, physiques, mentaux et émotifs de la personne. Ils estiment que les diverses composantes de l'état général de santé peuvent être influencées par l'environnement social, culturel, physique, économique et politique. La notion de bien-être intégral pour les Autochtones se fonde sur le fait que les solutions en matière de santé n'auront d'effets que si l'on prend en compte tous les facteurs qui pèsent sur un problème. Les témoins ont fait valoir que la politique fédérale en matière de santé des Autochtones doit être davantage axée sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et une approche holistique en matière de la santé de la population.

### **13.4.1 Une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour les Canadiens autochtones**

Au cours des audiences de la phase deux, le Comité a pris connaissance des diverses stratégies fédérales en matière de santé que coordonne Santé Canada et des multiples programmes que gèrent Affaires indiennes et du Nord Canada et les autres ministères fédéraux. Il y a encore énormément à faire pour réduire au Canada les disparités au chapitre de l'état de santé et des conditions socioéconomiques entre les Autochtones et le reste de la population. Étant donné le vaste réseau de programmes qu'il gère en ce moment et étant donné ses responsabilités constitutionnelles particulières, le gouvernement fédéral est le mieux placé pour mettre au point des stratégies d'amélioration de la santé de la population qui s'adresseraient expressément aux Canadiens autochtones.

Le gouvernement fédéral est un chef de file mondial dans l'articulation de la notion de santé de la population. Cette option suppose qu'il prenne, encore une fois, l'initiative en mettant en œuvre une stratégie d'amélioration de la santé de la population qui s'adresserait expressément aux Canadiens autochtones. Cette stratégie lui permettrait de remédier aux conditions économiques et environnementales, par exemple la question de l'eau potable, la prestation de soins de santé de haute qualité et adaptés aux réalités culturelles, le choix d'un mode de vie sain, etc. En investissant dans de telles activités, il améliorerait l'état de santé des Autochtones et atténuerait les souffrances et les coûts qui résultent d'une mauvaise santé. Cette option nécessiterait une collaboration interministérielle généralisée et permanente. Encore là, le ministre fédéral de la Santé pourrait jouer un rôle de leader et de coordinateur.

### **13.4.2 La reddition de comptes fédérale pour les programmes de santé autochtone**

Comme il en est fait état au chapitre 10, le gouvernement fédéral pourrait donner l'exemple en établissant un mécanisme permanent de reddition de comptes qui permettrait au public canadien de mesurer les effets de ses politiques en matière de santé et de soins de santé. La reddition de comptes pour les programmes fédéraux en matière de santé autochtone est d'une importance primordiale, et pourrait constituer la première étape d'une reddition de comptes globale en matière de santé. Le Comité est ouvert à toute option relative à la création d'un mécanisme efficace de reddition de comptes en matière de santé autochtone.

## **13.5 La recherche relative à la santé des Autochtones**

Au cours des audiences sur la santé des Autochtones, les témoins ont fait valoir l'importance d'entreprendre des recherches sur la santé des Autochtones afin d'améliorer la prestation des services de santé et les résultats en matière de santé. Ils se sont dits heureux de la création du nouvel Institut de la santé des Autochtones dans le cadre des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et ils ont fait valoir la nécessité d'assurer un financement suffisant à cet institut.

Les témoins ont rappelé combien il est important de reconnaître la diversité des divers groupes qui composent la population autochtone. À leur avis, cette diversité doit se refléter dans les activités de recherche en santé. Ils ont également recommandé que l'on augmente les crédits alloués à la recherche en santé afin d'explorer tout l'éventail de modèles permettant de collaborer à la conception et à la mise en œuvre des programmes relatifs à la santé des Autochtones.

### **13.6 La participation des communautés autochtones**

Les témoins ont affirmé qu'il est essentiel que les communautés autochtones participent directement au renouvellement des politiques et programmes fédéraux qui touchent à leur santé, étant donné leur diversité et leurs besoins uniques en matière de santé et de soins de santé. À leur avis, ce n'est qu'avec la participation active des membres de la communauté visée que l'on peut mettre en place des programmes qui amélioreront effectivement la santé des Autochtones. Le Comité voudrait entendre des suggestions sur la meilleure manière de faire participer les Canadiens autochtones à la conception, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et politiques fédéraux relatifs à la santé des Autochtones.



## CHAPITRE QUATORZE:

### CONCLUSION

---

Les Canadiens estiment que le système de soins de santé financé par les fonds publics constitue l'une des principales caractéristiques de leur pays. De fait, ce système est devenu un véritable symbole. Il est perçu comme le reflet des valeurs canadiennes, qui sont considérées comme nettement distinctes de celles de nos voisins du Sud.

L'assurance-santé est fondée sur la conviction que la société canadienne devrait, collectivement, partager les risques et les conséquences de la maladie et des blessures dont des Canadiens sont victimes. Avant l'avènement de l'assurance-santé, ces risques et ces conséquences étaient dans une large mesure assumés par les malades et les blessés eux-mêmes, par leurs familles ou par divers organismes de charité. L'importance accordée au Canada à la responsabilité collective en ce qui concerne la prestation de soins de santé est demeurée pratiquement inchangée, malgré le progrès des valeurs individualistes qui, ces dernières années, s'est traduit par des changements plus profonds au sein de la société.

Les soins de santé sont également perçus au Canada comme un bien public, en quelque sorte, même si plus de 30 % du total de ces coûts sont payés par des fonds privés. Il s'agit d'un bien public aussi en ce sens que les Canadiens se tournent vers les gouvernements, tant fédéral que provinciaux, pour garantir les services auxquels ils ont le sentiment d'avoir droit.

Compte tenu de l'importance des soins de santé dans la psyché collective des Canadiens et dans la vie politique du pays en général, on pourrait s'attendre à ce que les questions qui s'y rattachent fassent l'objet d'une discussion constante et réfléchie. Malheureusement, c'est plutôt le contraire qui se produit. Le débat sur les soins de santé au Canada présente les caractéristiques suivantes :

- Reprise de mythes (comme le montrent le premier et le deuxième rapports du Comité). Les plus courants de ces mythes sont les notions que la *Loi canadienne sur la santé* interdit la prestation de services de soins de santé par le secteur privé et que tous les services *de santé* nécessaires sur le plan médical sont financés par les fonds publics au Canada;
- Des affirmations idéologiques, tant par la droite que par la gauche. La droite soutient que *tous* nos problèmes en matière de soins de santé seraient réglés si nous adoptions un régime de concurrence, si nous acceptions que le secteur privé participe au système et si nous demandions aux patients de payer en partie les services qu'ils reçoivent. La gauche considère que l'adoption de *tout* élément de concurrence, l'ouverture du régime au secteur privé ou le paiement par les patients d'une partie des services qu'ils reçoivent sonneraient le glas de notre système actuel;

- Les politiciens de tous les partis et de tous les ordres de gouvernement se renvoient la responsabilité des maux actuels du système. Le gouvernement fédéral rejette le blâme sur les provinces, les provinces font des reproches au gouvernement fédéral; les partis d'opposition fédéraux et provinciaux s'en prennent à leurs gouvernements respectifs;
- Une réticence, de la part des diverses organisations représentant les professionnels de la santé, à accepter un changement systémique. Les intervenants ont plutôt tendance à réclamer de nouveaux investissements (sans doute suivant l'hypothèse que l'argent est la seule solution aux problèmes du système).

Devant cette situation, le Comité a décidé dès le départ qu'il ferait œuvre utile s'il pouvait produire un rapport résumant les grands enjeux du système de soins de santé canadien et présentant un ensemble d'options pour s'y attaquer. En outre, il envisageait un rapport aussi factuel et non idéologique que possible, et il croyait résolument qu'il fallait absolument laisser toutes les options ouvertes. C'est ce que le Comité espère avoir réussi dans le présent rapport.

Nous reconnaissons que notre ensemble de questions n'est pas exhaustif, et que nombre de nos lecteurs voudront en ajouter. De même, certains auront le sentiment que nous avons oublié des options et voudront compléter notre liste.

C'est avec plaisir que nous accueillerons ces suggestions. Nous croyons qu'elles nous rapprocheront de nos objectifs puisque nous voulons servir d'agent catalyseur dans un débat public éclairé sur le dossier des soins de santé.

Par-dessus tout, nous espérons que les Canadiens – ceux qui profitent le plus du régime d'assurance-santé du Canada et ceux qui seront le plus touchés par tout changement qui y sera apporté – prendront le temps de nous écrire pour nous faire part de leurs points de vue sur les options qui leur semblent le plus appropriées. Nous sommes impatients de prendre connaissance des conseils que nous donneront les Canadiens avant de préparer nos recommandations et notre rapport final.

Veillez vous adresser à :

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie  
Le Sénat  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0A4  
[sante@sen.parl.gc.ca](mailto:sante@sen.parl.gc.ca)  
télécopieur : 613-947-2104