



# Un changement transformateur s'impose

Un examen de l'Accord sur la santé de 2004

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

L'honorable Kelvin K. Ogilvie  
*président*

L'honorable Art Eggleton, C.P.  
*vice-président*

**Mars 2012**

*Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous*  
***par courriel : soc-aff@sen.parl.gc.ca***  
*par téléphone : (613) 990-0088*  
*sans frais : 1 800 267-7362*  
*par la poste : Comité sénatorial permanent des affaires sociales,*  
*des sciences et de la technologie*  
*Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4*  
*Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :*  
[www.senate-senat.ca/social.asp](http://www.senate-senat.ca/social.asp)

*This report is also available in English*

## TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| ORDRE DE RENVOI.....   | iv |
| MEMBRES.....   | v  |
| SOMMAIRE.....  | vi |
| 1. INTRODUCTION .....  | 1  |
| 2. CONTEXTE : APERÇU DE LA COLLABORATION DANS LA RÉFORME DES<br>SOINS DE SANTÉ AU CANADA.....  | 4  |
| A. Le rôle fédéral dans la santé et les soins de santé .....   | 4  |
| B. Collaboration FPT dans la réforme des soins de santé .....  | 7  |
| 3. RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE ET AMÉLIORATION DE L'ACCÈS .....  | 12 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les temps d'attente .....  | 12 |
| B. Progrès à ce jour.....  | 12 |
| C. Mesures à prendre pour réduire les temps d'attente : observations et recommandations<br>du comité.....                                    | 18 |
| 4. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....   | 21 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les ressources humaines en santé .....   | 21 |
| B. Progrès à ce jour.....  | 22 |
| C. Mesures à prendre : observations et recommandations du comité .....   | 29 |
| 5. SOINS À DOMICILE.....   | 31 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les soins à domicile .....   | 31 |
| B. Progrès à ce jour concernant les soins à domicile.....  | 32 |
| C. Mesures à prendre concernant les soins à domicile : observations et recommandations<br>du comité.....                                     | 34 |
| 6. RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES .....   | 37 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant la réforme des soins primaires.....  | 37 |
| B. Progrès à ce jour.....  | 38 |
| C. Mesures à prendre pour faire avancer la réforme des soins primaires : observations et<br>recommandations du comité .....                  | 42 |
| 7. DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES ET TÉLÉSANTÉ .....  | 44 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les dossiers de santé électroniques et<br>la télésanté.....                              | 44 |
| B. Progrès à ce jour.....  | 45 |
| C. Mesures à prendre pour mettre en œuvre les dossiers de santé électroniques au Canada :<br>observations et recommandations du comité ..... | 48 |
| 8. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE NORD.....  | 51 |
| A. Engagements au titre du Plan décennal concernant l'accès aux soins de santé dans le<br>Nord .....   | 51 |
| B. Progrès à ce jour.....  | 52 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| C.  | Mesures à prendre pour améliorer l'accès aux soins de santé dans le Nord : observations et recommandations du comité.....   | 54 |
| 9.  | STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES .....   | 56 |
| A.  | Engagements au titre du Plan décennal concernant la création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques .....  | 56 |
| B.  | Progrès à ce jour.....  | 58 |
| C.  | Mesures à prendre pour la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques : observations et recommandations du comité.....   | 65 |
| 10. | PRÉVENTION, PROMOTION ET SANTÉ PUBLIQUE.....  | 67 |
| A.  | Engagements au titre du Plan décennal concernant la prévention, la promotion et la santé publique .....   | 67 |
| B.  | Progrès à ce jour.....  | 67 |
| C.  | Mesures à prendre concernant la prévention, la promotion et la santé publique.....  | 71 |
| 11. | INNOVATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....   | 73 |
| A.  | Engagements au titre du Plan décennal concernant l'innovation dans le domaine de la santé .....   | 73 |
| B.  | Progrès à ce jour.....  | 73 |
| C.  | Mesures à prendre pour promouvoir l'innovation dans le domaine de la santé : observations et recommandations du comité.....   | 75 |
| 12. | RAPPORTS AUX CANADIENS .....  | 77 |
| A.  | Engagements au titre du Plan décennal concernant les rapports aux Canadiens.....  | 77 |
| B.  | Progrès à ce jour.....  | 77 |
| C.  | Mesures à prendre concernant les rapports aux Canadiens : observations et recommandations du comité.....  | 78 |
| 13. | PRÉVENTION ET RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS.....   | 80 |
| A.  | Engagements au titre du Plan décennal concernant la création d'un processus de prévention et de résolution des différends relevant de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> ..... | 80 |
| B.  | Progrès à ce jour.....  | 81 |
| C.  | Mesures à prendre pour la prévention et la résolution des différends relevant de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> : observations et recommandations du comité.....           | 81 |
| 14. | COMMUNIQUÉ SUR L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES AUTOCHTONES.....   | 83 |
| A.  | Renseignements généraux sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé des Autochtones .....   | 83 |
| B.  | Engagements au titre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones .....  | 85 |
| C.  | Progrès de la mise en œuvre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones .....   | 86 |
| D.  | Mesures à prendre pour promouvoir la mise en œuvre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones : observations et recommandations du comité.....           | 90 |

|  |     |
|--|-----|
| 15. CONCLUSION.....                        | 92  |
| ANNEXE A - LISTE DES RECOMMANDATIONS ..... | 94  |
| ANNEXE B – TÉMOINS.....                    | 103 |
| ANNEXE C - SOUMISSIONS ÉCRITES REÇUES..... | 108 |

## Ordre de renvoi

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 23 juin 2011 :

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Frum,

Que, conformément à l'article 25.9 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et à faire rapport sur la question;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la quarantième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité dépose son rapport final au plus tard le 31 décembre 2011 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'à 180 jours après le dépôt du rapport.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 30 novembre 2011:

L'honorable sénateur Ogilvie propose, conformément à l'avis donné le 29 novembre 2011, propose :

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 23 juin 2011, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 soit reportée du 31 décembre 2011 au 31 mars 2012.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Gary W. O'Brien

## **Membres**

L'honorable, Kelvin Kenneth Ogilvie, président

L'honorable Art Eggleton, C.P., vice-président

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Andrée Champagne, C.P.

Jane Cordy

Jacques Demers

Lillian Eva Dyck

Yonah Martin

Pana Merchant

Judith Seidman

Asha Seth

Josée Verner

*Membres d'office du comité :*

Les honorables sénateurs Marjory LeBreton, C.P. (ou Claude Carignan) et James Cowan (ou Claudette Tardif).

*Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude :*

Les honorables sénateurs Braley, Campbell, Comeau, Day, Eaton, Housakos, Hubley, Lang, Meighen, Mercer, Neufeld, Patterson, Peterson, Raine, Rivard et Zimmer.

*Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement :*

Karin Phillips, analyste.

*Greffière du comité :*

Jessica Richardson

*Direction des comités du Sénat :*

Diane McMartin, adjointe administrative

# SOMMAIRE

## A. Introduction

Le 31 janvier 2011, la ministre de la Santé a demandé que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie entreprenne le deuxième examen parlementaire du Plan décennal pour consolider les soins de santé (le Plan décennal), un accord conclu par les premiers ministres le 16 septembre 2004 met l'accent sur la collaboration fédérale-provinciale-territoriale (FPT) dans le domaine de la réforme des soins de santé. Le comité a entrepris son étude en vertu du paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, qui exige qu'un comité parlementaire examine les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal au plus tard le 31 mars 2008 et trois ans plus tard. L'étude du comité couvre aussi le communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones*, publié par les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones nationales<sup>1</sup> le 14 septembre 2004<sup>2</sup>.

Le présent rapport expose les constatations du comité concernant les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal ainsi que du communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones* et circonscrit les autres mesures qu'on pourrait prendre pour concrétiser les objectifs qui y sont énoncés. Il est fondé sur les témoignages recueillis dans le cadre de 13 audiences et d'une table ronde ainsi que sur de nombreux mémoires remis par des organisations et des particuliers intéressés.

Les thèmes les plus souvent soulevés par les témoins sont au cœur des recommandations du rapport. Les témoins ont insisté sur l'importance d'une perspective holistique de la santé, où le bien-être physique et le bien-être mental sont inextricablement liés et où les deux sont tout aussi importants pour l'efficacité et la qualité du système de soins médicaux. Cette notion de la santé constitue l'une des charpentes du rapport.

Les témoins ont aussi souligné que plusieurs facteurs qui influencent les résultats pour la santé débordent du régime des soins de santé et dépendent des déterminants sociaux de la santé. En font foi l'état de santé précaire des populations autochtones ainsi que les difficultés auxquelles les enfants et les jeunes sont confrontés en ce qui concerne la santé mentale et l'obésité.

Tout au long de l'étude, les témoins ont fait valoir que la réforme devait nécessairement passer par le décloisonnement du système des soins médicaux. Selon eux, il importe d'intégrer les divers secteurs que sont les soins primaires, les soins actifs, les soins continus et les services

---

<sup>1</sup> Il s'agit notamment de l'Assemblée des Premières Nations (APN), de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), du Ralliement national des Métis (RNM), du Congrès des peuples autochtones (CPA) et de l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC).

<sup>2</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Améliorer l'état de santé des Autochtones : Rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones*, Ottawa, 13 septembre 2004, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1167>.

de santé mentale sous les mêmes structures de gouvernance et de financement et d'appuyer ces services à l'aide de systèmes d'information communs. Le regroupement de divers professionnels de la santé en équipes de soins primaires exige l'adoption de différentes méthodes de rémunération qui permettraient à ces professionnels de travailler ensemble. De plus, les témoins ont souligné l'importance vitale d'articuler la réforme autour des besoins et des perspectives des patients.

Les témoins ont donné des exemples encourageants de réforme sur les premières lignes de soins de santé au Canada. Toutefois, les changements systématiques, ont-ils déploré, seraient au point mort. Comparativement à d'autres pays, le Canada n'est plus perçu comme un modèle d'innovation en matière de prestation et de financement des soins de santé. C'est pourquoi les témoins ont conclu à la nécessité d'adopter des mécanismes pour promouvoir de nouvelles pratiques à la grandeur du pays. Autrement, ils craignent que la réforme ne reste indéfiniment à l'état théorique.

Enfin, de nombreux témoins ont fait savoir que les ressources consacrées aux systèmes de soins de santé fédéral, provinciaux et territoriaux étaient suffisantes pour donner aux Canadiens des soins de grande qualité, mais que la survie et le bon fonctionnement de ces systèmes nécessitaient une transformation axée sur l'innovation. Leur message est sans équivoque : toute augmentation du financement des soins de santé doit servir à promouvoir la réforme plutôt qu'à maintenir le statu quo. Voilà pourquoi les gouvernements, à leur avis, doivent se concentrer sur les mesures incitatives de transformation. Le comité croit comprendre que les professionnels de la santé désirent ardemment transformer leur mode d'action et instaurer une réforme durable. Le comité est convaincu que l'heure de cette transformation a sonné. Par conséquent, il recommande :

## **RECOMMANDATION 1**

**Que la majoration annuelle des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé serve en grande partie à créer des mesures incitatives visant à instaurer des changements axés sur la transformation des systèmes de soins de santé d'une manière qui s'inspire des recommandations formulées dans le présent rapport et des grands objectifs du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, en tenant compte de la nécessité d'établir des objectifs quantifiables, des échéanciers et des rapports annuels en faisant intervenir les mécanismes existants.**

## B. Progrès dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, un accord entre les premiers ministres, dégage 10 grands éléments de réforme de la santé au Canada<sup>3</sup> :

- réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès;
- plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé;
- soins à domicile;
- réforme des soins primaires, y compris les dossiers de santé électroniques et la télésanté;
- accès aux soins dans le Nord;
- Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques;
- prévention, promotion et gestion de la santé publique;
- recherche et innovation dans le domaine de la santé;
- reddition de comptes et rapports aux citoyens;
- prévention et résolution des différends.

À l'appui de ces objectifs, le gouvernement fédéral a accordé aux provinces et aux territoires du financement à long terme supplémentaire d'une valeur de 41,3 milliards de dollars de 2004 à 2014<sup>4</sup>. La majeure partie de ce financement devait venir du Transfert canadien en matière de santé (TCS)<sup>5</sup>, un transfert en espèces conditionnel qui devait augmenter de 6 % par année et représenter 35,3 milliards de dollars en 2014. En plus du financement accordé par l'entremise du TCS, le gouvernement fédéral a alloué 5,5 milliards de dollars sur 10 ans pour réduire les temps d'attente. Un autre montant de 500 millions de dollars a été prévu pour des investissements accrus dans l'équipement médical. Enfin, 850 millions de dollars ont été alloués aux programmes de santé autochtones et à l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires. Les sections suivantes démontrent comment les provinces et territoires ont fait usage de ces fonds pour atteindre les objectifs relevant de chacune des composantes du Plan décennal.

---

<sup>3</sup> Des précisions sur ces 10 éléments du Plan décennal et de ses communiqués connexes sont fournies dans d'autres chapitres du présent rapport. Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fpcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>4</sup> Finances Canada, *Le transfert canadien en matière de santé*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, mars 2011.

<sup>5</sup> Le Transfert canadien en matière de santé comprend un transfert en espèces dont la valeur est déterminée dans la *Loi sur les arrangements fiscaux* entre le gouvernement fédéral et les provinces et un transfert de points d'impôt aux provinces et aux territoires qui croît en fonction de l'économie et qui se fonde sur les revenus de la province ou du territoire et la participation au programme de péréquation du Canada. Pour plus de renseignements, voir : James Gauthier, *Étude générale : Le Transfert canadien en matière de santé : changements dans les fonds alloués aux provinces*, publication n° 2011-02F, 25 février 2011, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/bdp-lop/bp/2011-02-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/bdp-lop/bp/2011-02-fra.pdf).

## 1. Réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès

Dans le cadre du Plan décennal de 2004, les premiers ministres ont convenu de réduire, avant le 31 mars 2007, les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue. Afin de démontrer une réduction substantielle des temps d'attente dans ces domaines, les premiers ministres se sont entendus pour<sup>6</sup> :

- établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, avant le 31 décembre 2005, et en rendre compte à leurs citoyens;
- établir des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue avant le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé;
- établir avant le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère;
- remettre chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

Dans son évaluation des progrès à l'égard de ces objectifs, le comité a constaté que les gouvernements avaient, pour la plupart, respecté leurs engagements quant à l'établissement de points de repère dans quatre des cinq domaines prioritaires (cancer, cœur, remplacement d'articulations et restauration de la vue) et la publication de rapports sur les progrès. Le comité a appris que le financement ciblé avait entraîné une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales dans les domaines prioritaires ainsi que de services d'imagerie diagnostique. Il a aussi appris que huit Canadiens sur dix étaient effectivement traités dans les délais établis. Par contre, d'une province à l'autre, il y aurait des variations considérables dans les points de repère relatifs à certains domaines prioritaires, ce qui est préoccupant.

Le comité a aussi appris que les objectifs concernant les temps d'attente avaient certaines limites. Par exemple, les points de repère établis ne se fondent pas sur des recherches suffisantes, ce qui, dans certains cas, pousse les fournisseurs de soins de santé et les décideurs à s'interroger sur leur pertinence. De plus, ils ne sont pas axés sur le patient, parce qu'ils ne reflètent pas tous les temps d'attente des patients dans l'ensemble de la séquence des soins, les témoins insistant sur le fait que ne pas avoir accès rapidement à un médecin de soins primaires était particulièrement préoccupant.

---

<sup>6</sup> *Ibid.*

Les témoins ont également affirmé que d'autres réductions substantielles des temps d'attente pourraient être obtenues par des réformes des systèmes de soins de santé et par une efficacité accrue grâce à des pratiques de gestion, plutôt que par une simple augmentation du financement. En ce qui concerne la réduction des temps d'attente, le comité fait les recommandations suivantes :

## **RECOMMANDATION 2**

**Que les provinces et les territoires continuent d'élaborer des stratégies pour réduire les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés, y compris l'accès aux services d'urgence et les soins de longue durée, et fassent rapport des progrès réalisés à leurs citoyens.**

## **RECOMMANDATION 3**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires et les organisations de soins de santé et de recherche pertinentes pour élaborer des points de repère pancanadiens fondés sur des données probantes concernant les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés depuis le moment où le patient demande une aide médicale.**

## **RECOMMANDATION 4**

**Que le gouvernement fédéral fournisse du financement à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé<sup>7</sup> ou aux Instituts de recherche en santé du Canada pour qu'ils puissent :**

- a) commander des études qui établiraient les données de base pour l'élaboration des points de repère pancanadiens dans tous les domaines des soins spécialisés;**
- b) commander des études afin d'évaluer la pertinence des points de repère pancanadiens existants concernant les temps d'attente pour les interventions dans les domaines du cancer, du cœur, de la restauration de la vue et du remplacement d'articulations.**

---

<sup>7</sup> La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est une société indépendante, sans but lucratif, établie grâce à un fonds de dotation du gouvernement fédéral et de ses organismes, qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé en convertissant des pratiques innovantes et des données probantes dans la pratique. Elle commande des recherches qui portent sur les aspects suivants : le financement et la transformation des services de santé; les services de santé de première ligne et le vieillissement de la population canadienne, <http://www.fcrss.ca/AboutUs.aspx>.

## **RECOMMANDATION 5**

**Que le Conseil canadien de la santé examine les pratiques exemplaires pour réduire les temps d'attente partout au pays par des gains d'efficience, en mettant l'accent tout particulièrement sur des pratiques de gestion comme la centralisation des listes d'attente, l'adoption du modèle des files d'attente et l'élaboration de lignes directrices sur les renvois aux spécialistes et d'outils de soutien clinique.**

## **RECOMMANDATION 6**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires pour élaborer un énoncé de vision pancanadien d'une culture de soins axés sur le patient au Canada fondé sur des principes directeurs qui tiennent compte des besoins et des points de vue des patients dans un processus intégré de prestation des soins de santé.**

## **RECOMMANDATION 7**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux veillent à ce que des mesures de responsabilisation soient intégrées à l'accord sur les transferts en santé du Canada en vue de répondre aux besoins des personnes handicapées.**

## **2. Ressources humaines en santé**

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont convenu d'accroître la réserve de professionnels de la santé au Canada, étant donné que certaines régions du pays souffraient particulièrement de cette pénurie<sup>8</sup>. Ils ont aussi convenu d'assurer une répartition appropriée de professionnels de la santé et de rendre publics leurs plans d'action en matière de ressources humaines en santé (RHS) avant le 31 décembre 2005. En outre, le gouvernement fédéral a pris les engagements suivants<sup>9</sup> :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger;
- instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé;
- participer à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé avec les provinces et les territoires intéressés.

---

<sup>8</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>9</sup> *Ibid.*

Dans l'ensemble, les témoins ont indiqué au comité qu'il y a eu des hausses importantes du nombre de professionnels de la santé au Canada depuis que le Plan décennal a été établi en 2004, y compris dans des domaines de compétence fédérale comme les communautés de langue officielle en situation minoritaire, ainsi que les collectivités des Premières nations et inuites. Mais il a aussi appris que les pénuries restent problématiques, notamment dans les régions rurales et éloignées ainsi que dans les collectivités autochtones. Le comité a également appris qu'il faudrait intensifier les efforts pour promouvoir l'instruction et la formation interprofessionnelles des spécialistes de la santé afin de favoriser la création d'équipes multidisciplinaires dans tout le pays. Par ailleurs, le comité s'est fait dire qu'il fallait accélérer les efforts actuels destinés à appuyer l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) dans nos systèmes de soins de santé. Le comité estime aussi que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle plus actif de leadership dans la promotion de la collaboration pancanadienne en matière de planification des RHS avec les provinces et les territoires intéressés. Comme les témoins l'ont expliqué, il faut aider les provinces et les territoires à déterminer quels professionnels de la santé doivent être formés pour tenir compte des besoins précis de leur population et y répondre. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 8**

**Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de collaborer avec les provinces et les territoires pour :**

- a) évaluer l'incidence des observatoires en matière de ressources humaines en santé dans d'autres compétences;**
- b) réaliser une étude de faisabilité sur la mise sur pied d'un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé et faire rapport de ses conclusions.**

#### **RECOMMANDATION 9**

**Que l'Institut canadien d'information sur la santé ajoute des variables linguistiques dans les données qu'il collecte sur les ressources humaines en santé et les populations servies par les systèmes de soins de santé du Canada.**

#### **RECOMMANDATION 10**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires ainsi que les organismes de santé pertinents pour réduire les iniquités dans les ressources humaines en santé, notamment en région rurale et éloignée, auprès des populations vulnérables et dans les communautés autochtones.**

## RECOMMANDATION 11

**Que le gouvernement fédéral, dans le cadre de son Programme de reconnaissance des compétences des travailleurs étrangers, prenne l’initiative de travailler avec les provinces, les territoires et les organismes pertinents en vue de renforcer leurs efforts visant à améliorer l’évaluation et la reconnaissance des compétences des professionnels de la santé ayant fait leurs études ailleurs dans le monde pour qu’il soit possible de les intégrer pleinement aux systèmes de soins de santé canadiens, conformément aux principes, aux obligations et aux objectifs adoptés par le fédéral, les provinces et les territoires en vertu du *Cadre pancanadien d’évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l’étranger*.**

## RECOMMANDATION 12

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent avec les universités et les collèges pour accroître la formation interprofessionnelle des professionnels de la santé afin de promouvoir la mise sur pied d’équipes de soins de santé multidisciplinaires au Canada.**

### 3. Soins à domicile

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu l’importance des soins à domicile, qu’ils considéraient comme une composante essentielle d’un système de santé moderne, intégré et axé sur le patient<sup>10</sup>. Ils ont donc convenu de couvrir, à partir du premier dollar<sup>11</sup>, un certain nombre de services de soins à domicile, en fonction des besoins déterminés, avant 2006<sup>12</sup> :

- des soins actifs à domicile de courte durée pour la gestion des cas pendant deux semaines, les médicaments administrés par voie intraveineuse liés au diagnostic posé au moment du congé de l’hôpital, les soins infirmiers et personnels;
- des soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas pendant deux semaines et des services d’intervention d’urgence;
- des soins de fin de vie pour la gestion du cas, des soins infirmiers, des produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et des soins personnels de fin de vie.

Les rapports prévus dans le Plan décennal comprenaient des rapports des provinces et des territoires sur la mise en œuvre de ces services ainsi que des rapports des ministres de la Santé

---

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> La couverture à partir du premier dollar désigne une police d’assurance qui couvre tous les coûts du service, sans que le client n’ait à payer de franchise.

<sup>12</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

aux premiers ministres sur les prochaines étapes pour honorer l'engagement envers les soins à domicile, avant le 31 décembre 2006.

L'examen du comité a révélé que les provinces et les territoires avaient réalisé des progrès dans l'accès aux soins actifs à domicile, aux soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile et aux soins de fin de vie. Il a cependant révélé que les gouvernements n'ont pas respecté les conditions de reddition des comptes prévues dans le plan concernant les soins à domicile en raison d'un désaccord sur les indicateurs et les cibles à retenir pour mesurer les progrès à cet égard. Le comité partage également les préoccupations des témoins concernant la hausse des coûts des médicaments et des fournitures médicales assumés par les patients et les familles lorsque les soins ne sont pas prodigués à l'hôpital, ainsi que la réduction des soins à domicile de longue durée offerts, en raison de l'alourdissement du fardeau des maladies chroniques au Canada. Le comité a également été informé par des témoins que, dans l'ensemble, le Plan décennal traduit une perspective étroite des soins à domicile, qui ne comprend pas de mesures visant à garantir l'accès à un large éventail de services considérés comme importants par les témoins. Par ailleurs, le comité a appris qu'il conviendrait de mieux intégrer les soins à domicile aux soins actifs et aux soins primaires, aux services de santé mentale ainsi qu'à toute la gamme des soins continus (qui comprennent les soins palliatifs et les soins de longue durée en établissement). Enfin, le comité est d'accord avec les témoins pour dire que les gouvernements doivent prendre d'autres mesures pour promouvoir l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité supérieure au Canada, et pour sensibiliser les Canadiens à l'importance de la planification des soins de fin de vie. Le comité fait donc les recommandations suivantes :

### **RECOMMANDATION 13**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants pour élaborer des indicateurs afin de mesurer la qualité et l'uniformité des soins à domicile, des soins de fin de vie et d'autres services de soins continus au pays.**

### **RECOMMANDATION 14**

**Que, s'il y a lieu, les compétences envisagent d'élargir leur régime public d'assurance-médicaments afin de prendre en charge les médicaments et les fournitures utilisés par les bénéficiaires qui reçoivent des soins à domicile.**

### **RECOMMANDATION 15**

**Que la Commission de la santé mentale du Canada collabore avec le secteur des soins à domicile afin de trouver des moyens de promouvoir l'intégration des soins de santé mentale et des soins à domicile.**

## **RECOMMANDATION 16**

**Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires en vue de mettre sur pied une campagne de sensibilisation sur l'importance de planifier les soins de fin de vie.**

## **RECOMMANDATION 17**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer une stratégie pancanadienne des aidants naturels qui viserait entre autres à alléger le fardeau financier que doivent assumer les aidants naturels.**

## **RECOMMANDATION 18**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour accroître l'accès aux soins palliatifs dans le cadre des services de fin de vie assurés par une vaste gamme d'établissements, dont les centres de soins palliatifs.**

## **RECOMMANDATION 19**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux définissent et mettent en œuvre une stratégie sur les soins continus au Canada, dans le but d'intégrer aux systèmes de soins de santé, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les services de répit et les soins palliatifs. La stratégie fixerait des objectifs et des indicateurs explicites en ce qui a trait à l'accès, à la qualité et à l'intégration de ces services, et exigerait des gouvernements qu'ils rendent compte régulièrement des résultats aux Canadiens.**

### **4. Réforme des soins primaires**

Le Plan décennal a fait ressortir que l'accès en temps opportun à des services de santé à la famille et communautaires par la réforme des soins de santé primaires restait une priorité; par conséquent, les premiers ministres se sont engagés à faire en sorte que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avant 2011<sup>13</sup>. Ils ont aussi convenu d'établir un réseau de pratiques exemplaires afin d'échanger des informations et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires. L'examen du comité a révélé que, malgré les nombreuses innovations apportées dans les soins primaires pour faire en sorte que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires de soins de santé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les provinces et territoires n'ont pas encore atteint cet

---

<sup>13</sup>Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

objectif. Les témoins ont déclaré au comité que les grands problèmes à surmonter pour réformer systématiquement les soins primaires comprennent les modèles de rémunération actuels, l'absence de mécanismes de gouvernance pour gérer et orienter la réforme ainsi que le besoin de rendre les accords de financement ciblés et conditionnels. Le comité est d'avis que les provinces et territoires doivent trouver des moyens de régler ces problèmes et se réengager à réaliser les objectifs énoncés dans le Plan décennal. Les témoins ont déclaré au comité qu'il fallait échanger en permanence sur les pratiques exemplaires relatives à la réforme des soins de santé primaires et travailler main dans la main pour résoudre les problèmes communs. Les témoins estimaient que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de leadership dans ce domaine, en faisant la promotion du partage des pratiques exemplaires. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

### **RECOMMANDATION 20**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en commun des pratiques exemplaires afin d'envisager des solutions pour les problèmes communs associés à la réforme des soins primaires, comme la rémunération des professionnels de la santé; l'établissement de structures de gestion pour guider la réforme des soins primaires; et le recours à des accords de financement liés aux objectifs de santé publique.**

### **RECOMMANDATION 21**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue de rétablir l'objectif de veiller à ce que 50 % des Canadiens aient accès 24 heures par jour et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires d'ici 2014.**

## **5. Dossiers de santé électroniques et télésanté**

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu que le développement des dossiers de santé électronique (DSE<sup>14</sup>) et la télésanté faisaient partie intégrante du renouvellement des soins de santé, en particulier dans les régions rurales et éloignées<sup>15</sup>. Ils ont donc convenu d'accélérer le développement des DSE partout au pays et de la télésanté dans les régions rurales et éloignées. Par conséquent, le gouvernement fédéral a convenu d'investir 100 millions de dollars de plus dans le développement des dossiers de santé électroniques par l'intermédiaire d'Inforoute Santé du Canada Inc.<sup>16</sup>. Durant l'étude du comité, presque tous les témoins ont insisté sur l'importance de développer les dossiers de santé électroniques dans la réforme des

---

<sup>14</sup> Un dossier de santé électronique (DSE) désigne un bilan, numérisé ou informatisé, qui fournit en toute sécurité et confidentialité tous les antécédents d'un patient dans le système de soins de santé.

<sup>15</sup> Santé Canada, Système de soins de santé, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>16</sup> Inforoute Santé du Canada Inc. est la société privée sans but lucratif créée pour jeter les bases d'un système de DSE interopérable au Canada.

soins de santé au Canada. Le comité a appris que les DSE favoriseraient l'intégration des différents secteurs du système de soins de santé en permettant de transmettre l'information facilement des soins primaires aux soins actifs, aux soins à domicile et aux soins à long terme. Les DSE accroîtraient aussi la sécurité des patients grâce aux systèmes d'information sur les médicaments et amélioreraient la reddition des comptes dans le système, étant donné que les systèmes d'information permettraient de mieux surveiller les résultats auprès des patients.

Mais le comité a également entendu les doléances des praticiens de la santé concernant les DSE, en particulier le fait que les normes diffèrent entre les systèmes des cabinets des médecins et des hôpitaux locaux, ce qui empêche ces systèmes de communiquer. Pour les décideurs, la faible adoption par les médecins, l'absence d'harmonisation des lois sur la protection des renseignements personnels au pays, et le coût global du système demeurent les grandes préoccupations. La télésanté est également considérée comme une ressource cruciale pour promouvoir les innovations et réduire les coûts de la prestation des soins de santé dans le Nord, encore qu'il soit impossible de déterminer le nombre de Canadiens qui ont accès à ces services. Tous les témoins ont convenu que les DSE et la télésanté sont des aspects de la réforme des soins de santé qui exigent un leadership et des investissements continus du gouvernement fédéral. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 22**

**Que le gouvernement du Canada continue d'investir dans Inforoute Santé du Canada Inc. afin de permettre la création d'un système national de dossiers de santé électroniques compatibles.**

#### **RECOMMANDATION 23**

**Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. cible ses investissements dans :**

- a) des projets visant à mettre à niveau les composantes existantes afin de répondre aux normes de compatibilité nationale fixées par l'organisation;**
- b) le soutien à l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les professionnels de la santé au Canada, ce qui comprend la collaboration avec les parties prenantes en vue d'établir des mesures incitatives efficaces dans ce domaine.**

## **RECOMMANDATION 24**

**Qu’Inforoute Santé du Canada Inc. collabore avec les provinces et les territoires ainsi que les parties prenantes pour :**

- a) fixer un échéancier qui précisera à quel moment toutes les composantes existantes des DSE auront été mises à niveau pour répondre aux normes de compatibilité à l’échelle nationale;**
- b) fixer un échéancier qui précisera à quel moment au moins 90 % de tous les médecins au Canada auront adopté les dossiers médicaux électroniques;**
- c) s’assurer que les systèmes de dossiers de santé électroniques sont conçus et mis en œuvre de manière à permettre des usages secondaires, comme la recherche et l’évaluation des systèmes de santé;**
- d) élaborer un système de rapport systématique sur l’accès aux services de télésanté au Canada.**

## **RECOMMANDATION 25**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires afin d’examiner les moyens de rectifier les écarts entre leurs lois sur la protection des renseignements personnels en ce qui concerne la collecte, le stockage et l’utilisation des renseignements sur la santé.**

### **6. Accès aux soins de santé dans le Nord**

Le Plan décennal reconnaissait aussi l’importance d’améliorer l’accès aux soins de santé dans les collectivités du Nord. Par conséquent, le gouvernement fédéral a débloqué 150 millions de dollars sur cinq ans, dans le cadre de l’Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST), pour faciliter les réformes à long terme en santé, établir un groupe de travail fédéral-territorial pour appuyer la gestion du fonds et bonifier le financement direct des coûts des déplacements pour raison médicale<sup>17</sup>. Le gouvernement fédéral a également convenu d’élaborer une vision commune pour le Nord en collaboration avec les territoires<sup>18</sup>.

L’étude du comité a fait ressortir que le financement versé au titre de l’IVSST avait permis aux territoires d’instaurer plusieurs initiatives pour remédier aux difficultés qui leur sont propres au chapitre de la prestation des soins de santé (coûts élevés des déplacements pour raison médicale; des maladies chroniques et problèmes de santé mentale; de la collaboration entre les gouvernements, du recrutement et de la rétention des ressources humaines en santé) et de la considération des principaux déterminants sociaux de la santé. Néanmoins, le comité a appris que ces difficultés persistent et que certaines, dont les coûts des déplacements pour raison

---

<sup>17</sup> Santé Canada, [Un plan décennal pour consolider les soins de santé](#), 16 septembre 2004.

<sup>18</sup> *Ibid.*

médicale, sont aggravées par les changements démographiques dans la région et la nature de la prestation des services de soins de santé. Le comité a donc compris que les ententes futures en matière de financement doivent tenir compte de ces besoins particuliers et que les fonds alloués doivent être prévisibles. Par ailleurs, le comité s'est laissé dire que les autorités territoriales doivent axer leurs efforts sur l'élaboration de mesures de responsabilisation et se concerter davantage afin de lever les obstacles de compétences liés à la prestation des soins de santé et aux déterminants sociaux plus larges. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 26**

**Reconnaissant les défis particuliers permanents en matière de santé et de prestation des soins de santé dans le Nord, que le gouvernement fédéral prolonge le financement de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST) au-delà de 2014, de manière à ce que les fonds soient durables et prévisibles.**

#### **RECOMMANDATION 27**

**Que le Groupe de travail fédéral-territorial des sous-ministres adjoints travaille avec les intervenants et les collectivités afin :**

- a) **d'améliorer les mesures de responsabilisation pour évaluer la performance des systèmes de soins de santé dans le Nord;**
- b) **de lever les obstacles de compétences qui se dressent devant la prestation des soins de santé et d'examiner les déterminants sociaux plus vastes qui ont une incidence sur la santé.**

### **7. Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques**

Dans le cadre du Plan décennal, les premiers ministres ont convenu d'établir une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) pour faire face à des défis communs en matière de gestion des produits pharmaceutiques au Canada. Ils se sont entendus pour que la SNPP englobe neuf éléments<sup>19</sup> et ont convenu de créer un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre ces neuf éléments, lequel devait rendre compte des progrès

---

<sup>19</sup> Les neuf éléments étaient les suivants : formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada; créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité; accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments; renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché; appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens; intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convient bien au problème; élargir l'ordonnance électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé; accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés; améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments. Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

réalisés avant le 30 juin 2006. Selon les témoignages entendus, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont commencé à prôner, après la signature du Plan décennal en 2004, l'adoption d'un programme plus ciblé pour la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques axé sur cinq domaines de priorité : modèles d'établissement des coûts pour la couverture des médicaments onéreux; médicaments coûteux pour les maladies rares; liste nationale commune; innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel; stratégies d'achat et de fixation des prix<sup>20</sup>. Le comité a appris que le groupe de travail avait publié en 2006 un rapport d'étape dans lequel il a formulé des recommandations quant aux mesures à prendre dans ces domaines. Bien que le groupe de travail ministériel n'ait pour le moment entamé aucune démarche de collaboration, des témoins ont précisé que ses recommandations constituaient l'assise de travaux entrepris sous la forme d'initiatives individuelles<sup>21</sup>.

Dans son examen de la mise en œuvre de la SNPP, le comité a constaté que les progrès réalisés au chapitre des cinq grandes priorités étaient mitigés, et que la collaboration fédérale-provinciale-territoriale avait ralenti considérablement depuis 2006. Même pour les progrès à propos de la couverture des médicaments onéreux, le comité a été informé qu'il existe toujours des écarts et des iniquités entre les régimes d'assurance-médicaments et que les gouvernements devraient continuer à se concerter pour élaborer un régime d'assurance-médicaments national. Entre-temps, le comité a appris que le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) avait aidé certains gouvernements à contenir les coûts et à établir une liste commune de médicaments, grâce à ses recommandations, mais d'autres témoins ont laissé entendre qu'une liste nationale commune demeurerait nécessaire. Selon les témoignages entendus, le gouvernement fédéral appuie les efforts déployés dans le cadre du PCEM par le biais du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), lequel fait des recherches pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel. Des témoins ont fait valoir qu'il fallait que les compagnies d'assurance privées jouent un rôle dans ces démarches d'économie au profit de la pérennité et de la rentabilité des programmes d'assurance-médicaments dont dépend la majorité des Canadiens. Des témoins ont souligné la hausse des coûts des nouveaux médicaments spécialisés qui constitue une menace importante à la durabilité des régimes d'assurance privés et publics au Canada. Enfin, le comité n'a pas pu savoir si Santé Canada avait l'intention d'élaborer un cadre de réglementation des médicaments onéreux pour les maladies rares. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

## **RECOMMANDATION 28**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires à la conception d'un régime d'assurance-médicaments national fondé sur les principes de l'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, de l'innocuité et de l'utilisation**

---

<sup>20</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature 27 octobre 2011, <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/SOCI/pdf/05issue.pdf>.

<sup>21</sup> *Ibid.*

**appropriée, et du contrôle des coûts pour veiller à la rentabilité et à la pérennité du régime, y compris un programme national de couverture des médicaments onéreux et une liste nationale commune.**

#### **RECOMMANDATION 29**

**Que les gouvernements se concertent et travaillent avec les compagnies d'assurance-maladie privées afin de les inciter à adopter des pratiques exemplaires dans leurs stratégies de réduction des coûts.**

#### **RECOMMANDATION 30**

**Que Santé Canada, dans son rapport annuel sur le rendement au Parlement, fasse état des progrès de l'élaboration d'un cadre de réglementation pour les médicaments onéreux pour les maladies rares.**

### **8. Prévention, promotion et santé publique**

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu l'importance des efforts de santé publique, dont la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures, pour améliorer l'état de santé des Canadiens et veiller à la pérennité du régime de soins de santé. Les premiers ministres ont pris l'engagement d'accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique dans laquelle seront fixés des objectifs d'amélioration de l'état de santé des Canadiens et qui sera axée sur les facteurs de risques communs pour certaines maladies. Ils se sont aussi entendus pour concerter leurs efforts en vue de coordonner les interventions relativement à l'éclosion de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique par l'intermédiaire du Réseau pancanadien de santé publique fédéral-provincial-territorial. Le gouvernement fédéral s'est aussi engagé à investir davantage dans la Stratégie nationale d'immunisation, laquelle doit apporter une nouvelle protection aux enfants canadiens.

Le comité a constaté que les objectifs du Plan décennal portant sur l'établissement d'un Réseau pancanadien de santé publique et l'intensification des investissements dans la Stratégie nationale d'immunisation avaient été atteints, même s'il est toujours nécessaire d'investir dans la SNI et de la peaufiner afin d'aborder les risques associés aux maladies infectieuses. Le comité conclut également que les efforts déployés pour élaborer une Stratégie pancanadienne de santé publique sont insatisfaisants. Même si certains témoins reconnaissent qu'il est important de s'attarder aux priorités actuelles que sont les maladies chroniques, la promotion de modes de vie sains et la prévention de l'obésité infantile, ils sont d'avis que le régime de santé publique doit être plus large; il doit être axé sur les disparités grandissantes au chapitre de la santé et s'attarder aux déterminants sociaux de la santé tout en reconnaissant que la santé mentale est un élément clé de la santé globale et du mieux-être. Il doit aussi miser sur la réduction des blessures au Canada et du fardeau qu'elles imposent au système de soins actifs. Le comité saisit toute

l'importance de ces questions et reconnaît que d'importants travaux ont été entrepris dans ces domaines par la Commission de la santé mentale du Canada et par le Sous-comité sur la santé des populations. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 31**

**Que l'Agence de la santé publique du Canada poursuive ses efforts visant à renouveler la Stratégie nationale d'immunisation, y compris l'établissement de buts, d'objectifs et de cibles.**

#### **RECOMMANDATION 32**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les pouvoirs provinciaux, territoriaux et municipaux afin d'élaborer une stratégie pancanadienne de santé publique qui accorde la priorité aux modes de vie sains, à la diminution de l'obésité, à la prévention des blessures, à la santé mentale et à la réduction des iniquités en matière de santé chez les Canadiens, particulièrement chez les enfants, par l'adoption d'une approche de santé des populations s'articulant sur les déterminants sociaux de la santé.**

#### **RECOMMANDATION 33**

**Que Santé Canada, après avoir reçu le rapport de la Commission sur la santé mentale, utilise les données pancanadiennes sur la santé mentale des enfants et des adolescents pour éclairer les politiques et les décisions relatives aux programmes visant la santé mentale des enfants et des adolescents.**

### **9. Innovation dans le domaine de la santé**

Dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral s'est engagé à continuer d'investir dans la science, la technologie et la recherche pour promouvoir l'adoption de nouvelles approches, plus rentables, en matière de soins de santé, et pour faciliter l'adoption et l'évaluation de nouveaux modèles de protection de la santé et de gestion des maladies chroniques<sup>22</sup>. Durant son étude, le comité a constaté que le gouvernement fédéral investit considérablement dans la recherche en santé et que les découvertes qui en résultent contribuent à réduire les effets néfastes et les taux de mortalité, en plus de diminuer les coûts à l'échelle des systèmes de soins de santé. Toutefois, pour certains témoins, les ressources consacrées à la recherche sur les services de santé sont insuffisantes. Le comité a aussi appris que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) avaient mis sur pied une Stratégie de recherche axée sur le patient dans le but de financer sur dix ans les innovations dans différents secteurs de la prestation des services de soins de santé. Des témoins ont par ailleurs avancé que le gouvernement fédéral pourrait, de concert avec les

---

<sup>22</sup>Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

provinces et territoires, donner de l'ampleur à ces efforts en créant un mécanisme voué à la promotion de l'innovation en matière de santé au Canada, qui permettrait de favoriser la collaboration entre les gouvernements et de circonscrire, diffuser et mettre en œuvre les pratiques exemplaires en matière de prestation des services de santé dans les différents systèmes. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 34**

**Que le gouvernement fédéral prenne les devants et travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de créer un fonds canadien pour l'innovation en santé qui servirait à définir des modèles novateurs et des pratiques exemplaires applicables à la prestation des soins de santé, et à communiquer ces exemples à l'échelle du système de santé.**

#### **RECOMMANDATION 35**

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada présentent, dans cinq ans, un rapport provisoire évaluant la mise en œuvre et l'impact de la Stratégie de recherche axée sur le patient, et formulent des observations sur les nouveaux modèles de soins primaires.**

#### **RECOMMANDATION 36**

**Que Santé Canada crée un réseau pancanadien d'organisations de recherche en santé financées par le fédéral et d'autres intéressés dans le but de trouver des pratiques novatrices dans le domaine de la prestation des services de soins de santé et de concerter les efforts pour promouvoir ces pratiques auprès des régimes de santé du pays.**

#### **RECOMMANDATION 37**

**Que le gouvernement fédéral veille à ce que des fonds permanents soient consacrés à la recherche sur les systèmes et services de santé, par le biais des Instituts de recherche en santé du Canada ou de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.**

### **10. Rapports aux Canadiens**

Dans le Plan décennal, tous les gouvernements se sont engagés à présenter à leurs citoyens des rapports sur la performance de leur système de soins de santé, ainsi que sur d'autres éléments clés comme les temps d'attente, les ressources humaines en santé et les soins à domicile à partir

d'indicateurs et de repères communs<sup>23</sup>. Des témoins ont signalé que les exigences en matière de rapports et de responsabilisation prévues au Plan décennal ont permis d'accentuer la collecte de données et l'élaboration d'indicateurs pour mesurer la qualité et la performance du système de santé. Cependant, ils ont expliqué qu'il fallait élaborer un cadre pancanadien pour les indicateurs de santé afin d'évaluer la qualité et la performance des régimes de soins de santé, de comparer les différents régimes provinciaux et territoriaux et de présenter des rapports pancanadiens à partir de critères communs. Le comité s'est fait dire que les efforts entrepris à cet égard étaient nécessaires à la réforme des soins de santé et à l'amélioration de la qualité, et que la création de conseils sur la qualité des soins dans différentes provinces ou différents territoires venait renforcer ces efforts. Selon certains, il faudrait instaurer ces conseils à l'échelle du pays et leur donner pour mandat d'examiner les dimensions de la qualité qui transcendent les priorités du Plan décennal, à savoir la sécurité, l'efficacité, l'orientation des patients, l'efficience, l'opportunité, l'équité et la pertinence. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

### **RECOMMANDATION 38**

**Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, travaille avec des organisations telles que l'Institut canadien pour la sécurité des patients<sup>24</sup> afin de promouvoir le concept des conseils sur la qualité des services de santé.**

### **RECOMMANDATION 39**

**Que l'Institut canadien d'information sur la santé collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les intéressés afin d'élaborer un cadre pancanadien d'indicateurs communs de la santé permettant d'évaluer la qualité et la performance des systèmes de soins de santé au Canada.**

## **11. Prévention et résolution des différends**

Le Plan décennal renfermait une disposition sur le processus de prévention et de résolution des différends liés à l'interprétation et à l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, adoptée à l'issue d'une série d'échanges entre le premier ministre de l'Alberta et le premier ministre de l'époque, Jean Chrétien, en avril 2002<sup>25</sup>. Durant son étude, des témoins ont dit au comité que les activités de prévention des différends de Santé Canada avaient éliminé la nécessité de recourir au processus officiel de règlement des différends dont ont convenu les

---

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Fondé par Santé Canada en 2003, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaille avec les gouvernements, les établissements de santé, les chefs de file et les prestataires de soins pour susciter la volonté d'accroître de façon sensible la sécurité des patients et la qualité des soins de santé. Institut canadien pour la sécurité des patients, « À propos de l'ICSP », <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/about/pages/default.aspx>.

<sup>25</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

gouvernements. Le comité s'est fait dire que le processus favorise également la transparence dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé* en raison des obligations en matière de rapports. Toutefois, le comité a reçu des mémoires citant des cas de contravention à la *Loi* par des cliniques privées et exigeant que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux jouent un rôle plus proactif relativement à ces contraventions et à l'application des principes de la *Loi*. Par conséquent, le comité fait la recommandation suivante :

#### **RECOMMANDATION 40**

**Que les pouvoirs publics de tous ordres prennent des mesures pour faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et veiller à une plus grande responsabilisation envers les Canadiens en ce qui a trait à son application.**

#### **C. La mise en œuvre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones**

Le 13 septembre 2004, les premiers ministres et les dirigeants des organisations autochtones nationales ont publié le *Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones* dans lequel ils s'engageaient à élaborer un plan d'action pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones au moyen d'initiatives pour<sup>26</sup> :

- améliorer la prestation des services de santé et l'accès à ces services afin de répondre aux besoins de tous les peuples autochtones par une amélioration de l'intégration et de l'adaptation de tous les systèmes de santé;
- s'assurer que les peuples autochtones bénéficient pleinement des améliorations apportées aux systèmes de santé canadiens;
- établir un programme d'action visant la prévention des maladies, la promotion de la santé et d'autres investissements à l'égard des déterminants de la santé pour les peuples autochtones.

Le *Communiqué* annonçait également que le gouvernement fédéral allouerait 700 millions de dollars à des initiatives à l'appui de ces objectifs<sup>27</sup>.

Durant son étude, des témoins ont indiqué au comité que le *Communiqué* avait mené à l'élaboration du *Plan directeur pour la santé des Autochtones : un plan décennal de transformation*, lequel devrait permettre de combler l'écart entre l'état de santé de la population canadienne en général et celui des Autochtones, y compris les Premières nations, les Inuits et les

---

<sup>26</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Améliorer l'état de santé des Autochtones : Rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones*, Ottawa (Ontario), 13 septembre 2004, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1167>.

<sup>27</sup> Santé Canada, Système de soins de santé, Information, *Engagements en matière de santé autochtone*, septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php).

Métis, sur une période de 10 ans<sup>28</sup>. Le comité a aussi appris que les fonds octroyés par le gouvernement fédéral aux termes du *Communiqué* avaient permis de créer de nombreux programmes considérés comme importants par des témoins. Toutefois, ils ont proposé plusieurs moyens pour les améliorer, notamment : veiller à ce que toutes les organisations autochtones bénéficient d'un accès équitable au financement; créer des ententes de financement pluriannuelles stables et faire en sorte que ces initiatives répondent aux besoins et à la culture des différents peuples autochtones. De plus, ils ont expliqué que le fossé au chapitre de l'état de santé des Autochtones et des non-Autochtones était toujours présent en dépit de ces initiatives et qu'il fallait donc s'attaquer aux problèmes persistants tels que les questions de compétence liées au financement et à la prestation des services de santé, ainsi que les déterminants sociaux de la santé. Selon les témoins, la voie de l'avenir dans ce domaine réside dans la création de nouveaux modèles de régie de la santé forgés sur l'Entente-cadre historique sur la santé en Colombie-Britannique, ainsi que dans la participation des organisations autochtones à la conception et à la prestation des programmes qui s'adressent à ce groupe de la population. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 41**

**Que Santé Canada s'allie à des partenaires provinciaux et territoriaux pour veiller à l'accès équitable aux programmes et initiatives liés à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.**

#### **RECOMMANDATION 42**

**Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que la conception et la prestation de ses programmes et initiatives répondent aux besoins particuliers des peuples inuits.**

#### **RECOMMANDATION 43**

**Que Santé Canada travaille étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'améliorer l'état de santé des Autochtones par le biais des ententes pluriannuelles fédérales-provinciales-territoriales.**

#### **RECOMMANDATION 44**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les collectivités autochtones pour améliorer la prestation des services de santé au Canada et s'efforce particulièrement de remédier aux problèmes liés à l'exercice des compétences.**

---

<sup>28</sup> Santé Canada, *Plan directeur pour la santé des Autochtones : Un plan décennal de transformation*, préparé pour la réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones nationales, 24 et 25 novembre 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf).

#### **RECOMMANDATION 45**

**Que Santé Canada mette sur pied un groupe de travail formé de représentants des partenaires provinciaux et territoriaux et de toutes les organisations autochtones nationales afin de trouver des façons de renforcer le rôle des organisations autochtones dans le processus d'élaboration des politiques.**

#### **RECOMMANDATION 46**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour aborder les déterminants sociaux de la santé, en accordant la priorité aux besoins en eau potable, en logement adéquat et en éducation.**

#### **D. Conclusion**

Le comité estime qu'il est important pour les gouvernements de se rappeler qu'il reste deux ans avant l'expiration du Plan décennal de 2004. Il a constaté qu'il reste des progrès à faire pour atteindre ses objectifs, en ce qui concerne surtout la réforme des soins primaires, l'établissement de dossiers de santé électroniques, la planification des ressources humaines en santé et la couverture des médicaments onéreux. Toutefois, l'étude du comité a révélé qu'il n'y a pas encore eu une véritable transformation des systèmes de soins de santé à l'échelle du pays, malgré les engagements gouvernementaux depuis plus d'une décennie et l'augmentation des investissements. Pour les témoins qui ont comparu devant le comité, la voie à suivre est clairement tracée : un changement systémique durable doit nécessairement passer par le décloisonnement et l'intégration des différents secteurs de la santé, la collaboration entre les divers professionnels de la santé, l'adoption de systèmes d'information en matière de santé compatibles et l'établissement de mécanismes de gouvernance et de financement pour appuyer ces initiatives. En outre, les systèmes de santé doivent être réorientés vers la prévention des maladies et des accidents, les besoins des patients et une perspective holistique de la santé, selon laquelle le bien-être physique et le bien-être mental sont indissociables, sans oublier que beaucoup des facteurs déterminant la santé et le bien-être restent étrangers au système de santé. Nos témoins ont parlé avec conviction, forts de leur expérience. Le moment est venu pour nous d'agir.



## 1. INTRODUCTION

Le 31 janvier 2011, la ministre de la Santé a demandé que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie entreprenne le deuxième examen parlementaire du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (Plan décennal), un accord conclu par les premiers ministres le 16 septembre 2004 et qui met l'accent sur la collaboration fédérale-provinciale-territoriale (FPT) dans le domaine de la réforme des soins de santé<sup>29</sup>. L'étude du comité est entreprise conformément au paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, qui exige qu'un comité parlementaire examine les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal au plus tard le 31 mars 2008 et trois ans plus tard. L'article 25.91 de la Loi précise également que le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* comprend également les communiqués<sup>30</sup> portant sur la Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé, qui a eu lieu du 13 au 15 septembre 2004. Le paragraphe 25.9(2) de la Loi exige le dépôt au Parlement d'un rapport dans les trois mois qui suivent le début de l'examen, mais un délai supérieur est possible.

L'examen du comité a commencé le 10 mars 2011, avant la dissolution de la 40<sup>e</sup> législature le 26 mars 2011. Après l'élection générale de 2011, le comité a reçu le 16 juin 2011 une lettre de la ministre de la Santé lui demandant de reprendre son examen réglementaire. Le 23 juin 2011, le Sénat a adopté un ordre de renvoi autorisant le comité à réaliser cette étude. Les réunions ont repris le 29 septembre 2011.

Au cours de son étude, le comité a tenu 12 audiences et organisé une table ronde. Onze audiences et la table ronde ont porté sur les progrès de la mise en œuvre du Plan décennal. Le comité a alors entendu un vaste éventail de témoins, y compris les organisations nationales chargées de surveiller les progrès de la mise en œuvre du Plan décennal, le Conseil canadien de la santé et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); des fonctionnaires fédéraux et provinciaux; des organisations des professionnels de la santé et des prestataires de services; et des universitaires ainsi que des établissements de recherche. En outre, le comité a reçu des mémoires des organisations et des particuliers souhaitant participer à l'étude.

Une réunion supplémentaire a été consacrée à l'examen de la mise en œuvre du communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones*, qui a été publié par les premiers ministres et les dirigeants de l'Assemblée des Premières Nations (APN), de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), du Ralliement national des Métis (RNM), du Congrès des peuples autochtones (CPA) et de

---

<sup>29</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>30</sup> Deux communiqués distincts sont liés au Plan décennal pour consolider les soins de santé, soit le communiqué sur le *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec* et le communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones*.

l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) le 14 septembre 2004<sup>31</sup>. Durant cette réunion, le comité a entendu ces organisations autochtones, ainsi que des fonctionnaires du gouvernement fédéral.

L'examen du comité n'a pas porté sur la mise en œuvre du communiqué du 15 septembre 2004 du gouvernement du Canada et du gouvernement du Québec sur le *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, qui reconnaît le désir du gouvernement du Québec d'exercer ses responsabilités à l'égard de la prestation des services de santé et de faire rapport à la population québécoise sur les progrès de la réforme des soins de santé<sup>32</sup>. ***Les recommandations formulées par le Comité ne visent donc pas à empiéter sur les compétences du Québec en la matière.***

Le présent rapport expose les constatations du comité concernant les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal et du communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones* et circonscrit les autres mesures qu'on pourrait prendre pour concrétiser les objectifs énoncés dans ces documents. Par ailleurs, notre but est de souligner les grands principes liés à la réforme des soins de santé, dont les témoins nous ont parlé au cours de cet examen. Ces principes étayent et alimentent les recommandations formulées ici. Il s'agit, notamment, de l'importance d'une perspective holistique de la santé, où le bien-être physique et le bien-être mental sont inextricablement liés et où les deux sont tout aussi importants pour l'efficacité et la qualité du système de soins médicaux. Comme cette notion de la santé est au cœur des conclusions du Comité, elle constitue également l'une des charpentes du rapport. Outre l'importance d'une perspective holistique de la santé, l'examen a révélé la nécessité de décloisonner le système des soins médicaux en intégrant les divers secteurs que sont les soins primaires, les soins actifs, les soins continus et les services de santé mentale, ainsi que la nécessité de tenir compte de l'expérience que fait le patient du système de soins médicaux, en tant qu'éléments de la réforme du système. Nous avons également pu constater que des changements se produisent aux premières lignes, mais qu'il faut exercer un leadership et partager les pratiques exemplaires pour promouvoir ces nouvelles pratiques dans tout le système : c'est précisément ce qui permettra d'innover réellement à l'échelle du pays. Enfin, des témoins ont tenu à rappeler qu'il est possible de réformer le système en améliorant l'efficacité de la gestion des soins et que l'augmentation des dépenses en matière de santé devrait servir à faciliter le changement. Par conséquent, le Comité formule les recommandations qui suivent.

---

<sup>31</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Améliorer l'état de santé des Autochtones : Rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones*, Rencontre spéciale entre les premiers ministres et les dirigeants autochtones, Ottawa, 13 septembre 2004, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1167>.

<sup>32</sup> Santé Canada, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, *Système de soins de santé*, septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi\\_quebec-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-fra.php).

## **RECOMMANDATION 1**

**Que la majoration annuelle des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé serve en grande partie à créer des mesures incitatives visant à instaurer des changements axés sur la transformation des systèmes de soins de santé d'une manière qui s'inspire des recommandations formulées dans le présent rapport et des grands objectifs du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, en tenant compte de la nécessité d'établir des objectifs quantifiables, des échéanciers et des rapports annuels en faisant intervenir les mécanismes existants.**

## 2. CONTEXTE : APERÇU DE LA COLLABORATION DANS LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

### A. Le rôle fédéral dans la santé et les soins de santé

En vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*, les soins de santé ne relèvent pas d'un seul ordre de gouvernement, mais comportent plutôt divers volets qui peuvent relever tant des compétences fédérales que des compétences provinciales<sup>33</sup>. La Constitution accorde aux provinces des compétences prédominantes en matière de soins de santé. Le paragraphe 92(13), qui vise « la propriété et les droits civils dans la province », à savoir les contrats, les délits civils et la propriété, est la principale disposition qui attribue aux provinces des pouvoirs en matière de santé<sup>34</sup>. Il autorise les provinces à réglementer les affaires de la province et, notamment, la prestation publique ou privée d'assurances médicales, qui déterminent le barème des tarifs des services assurés par les dispensateurs de soins de santé. Plus important encore, il accorde aux provinces le droit de réglementer les dispensateurs de soins de santé, y compris leur formation et leur accréditation. En outre, le paragraphe 92(7) accorde aux provinces le pouvoir de créer et de réglementer les hôpitaux et les services de santé hospitaliers, à l'exception des hôpitaux de marine<sup>35</sup>.

L'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde cependant au gouvernement fédéral des pouvoirs relatifs à certains groupes de personnes, telles que celles se trouvant dans la milice, au service militaire ou naval, les Premières nations et les Inuits, ainsi que les détenus fédéraux. En vertu de l'article 95, le gouvernement fédéral détient également des pouvoirs, concurrents à ceux des provinces, quant aux immigrants. Par conséquent, le gouvernement fédéral offre des services et des prestations de santé à environ 1,3 million de Canadiens qui appartiennent à ces groupes<sup>36</sup>.

En outre, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>37</sup>, le gouvernement fédéral peut utiliser son pouvoir de dépenser pour établir des normes nationales pour les régimes d'assurance-maladie des provinces comme condition de sa contribution pécuniaire à ces régimes<sup>38</sup>. Le pouvoir de dépenser n'est pas explicitement défini par la Constitution, mais est implicitement déduit des pouvoirs que possède le Parlement en matière de dette publique et de biens du domaine public (paragraphe 91(1A)) et de son pouvoir général de taxation (paragraphe 91(3)), qui ont été confirmés par les tribunaux. De par son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut assortir les subventions qu'il accorde aux provinces de conditions, et, notamment, de

---

<sup>33</sup> Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5<sup>e</sup> édition augmentée 2007), vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-1.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 32-2.

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> Partenariat fédéral pour les soins de santé, *Bureau des ressources humaines en santé du PFSS*, <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/ohhr-brhs/home-accueil.asp?lang=fra>.

<sup>37</sup> *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 7.

<sup>38</sup> Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, PRB 08-58F, 20 octobre 2008, <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0858-f.pdf>.

conditions relatives à l'exercice des compétences provinciales au sujet desquelles le Parlement ne saurait directement légiférer.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a établi pour les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires, les normes suivantes : 1) la gestion publique, 2) l'intégralité, 3) l'universalité, 4) la transférabilité et 5) l'accessibilité. Il est important de souligner que l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traite de l'intégralité, prévoit « qu'au titre du régime provincial d'assurance-maladie, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins<sup>39</sup> ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé »<sup>40</sup>. La *Loi canadienne sur la santé* définit les services hospitaliers comme les services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidité<sup>41</sup>. Ils comprennent les médicaments administrés dans un hôpital, mais pas les autres. De plus, ils ne comprennent pas les services exclus par les règlements de la Loi, à savoir les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Enfin, la Loi n'exige pas que les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires couvrent les services fournis par un vaste éventail de professionnels de la santé, comme les psychologues, les physiothérapeutes et les pharmaciens en dehors d'un hôpital, sauf si la province ou le territoire en décide ainsi.

Le gouvernement fédéral se sert aussi de son pouvoir en matière de droit criminel prévu au paragraphe 91(27) pour réglementer des secteurs reliés à la santé<sup>42</sup>. La Cour suprême du Canada a interprété au sens large la compétence fédérale en matière de droit criminel de manière à inclure la protection de la santé et la sécurité contre les dangers possibles de produits et de matières comme les aliments et drogues; les instruments médicaux; le tabac; les produits antiparasitaires; et les produits industriels et de consommation. Par conséquent, en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues de 1985*, le gouvernement fédéral est responsable de la réglementation relative à la santé et à l'innocuité des produits pharmaceutiques au Canada<sup>43</sup>.

Enfin, la Constitution prévoit également la compétence fédérale sur la santé publique, qui a été définie comme « la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de la vie par des efforts organisés de la société<sup>44</sup> ». La

---

<sup>39</sup> La *Loi canadienne sur la santé* définit un médecin comme une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 2.

<sup>40</sup> *Loi canadienne sur la santé*, ch. 6, art. 9.

<sup>41</sup> *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 2.

<sup>42</sup> Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, PRB 08-58F, 20 octobre 2008, <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0858-f.pdf>.

<sup>43</sup> *Loi sur les aliments et drogues*, S.R., ch. F-27, art. 1.

<sup>44</sup> Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Santé Canada), *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*, 2003, p. 48, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/chapitre3-f.pdf>.

santé publique se distingue des soins de santé par l'importance qu'elle accorde à la santé de l'ensemble de la population plutôt qu'à la santé de chaque patient, et à la prévention de la maladie plutôt qu'aux soins cliniques<sup>45</sup>. Le gouvernement fédéral tire en partie sa compétence sur la santé publique de la disposition relative à la quarantaine prévue au paragraphe 91(11) de la Constitution. Mais la compétence fédérale sur la quarantaine se limite à imposer la quarantaine aux personnes ou aux véhicules qui entrent au pays ou qui en sortent<sup>46</sup>.

En outre, le gouvernement fédéral a le pouvoir d'intervenir en situation d'urgence de santé publique, comme en cas de pandémie, en vertu de l'article 91 de la Constitution, qui lui accorde le pouvoir de faire des lois pour « la paix, l'ordre et le bon gouvernement<sup>47</sup> ». Cette disposition permet au Parlement d'adopter des lois encadrant les questions de santé nationale et de bien-être social<sup>48</sup>. Elle comprend deux aspects : l'aspect « situation d'urgence », qui permet au Parlement de promulguer des lois qui seraient normalement de compétence provinciale, et l'aspect « dimensions nationales », qui permet au Parlement de promulguer des lois dans des domaines qui concernent le Canada dans son ensemble<sup>49</sup>.

Le pouvoir de légiférer pour maintenir la paix, l'ordre et le bon gouvernement ne peut toutefois s'exercer que lorsque les provinces sont incapables de régler efficacement une question, ou lorsque le manque de réglementation dans une province, relativement à cette situation, peut avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des résidents d'une autre province<sup>50</sup>. De plus, les limites de cette capacité du gouvernement fédéral de légiférer sans l'accord des provinces demeurent incertaines et sont sujettes à l'interprétation des tribunaux<sup>51</sup>.

Par ailleurs, la Constitution accorde aussi aux provinces la compétence sur la santé publique, conformément au paragraphe 92(13) de la *Loi constitutionnelle de 1867* qui porte sur la propriété et les droits civils et que les tribunaux ont largement interprété comme une disposition incluant la santé publique<sup>52</sup>. En outre, d'autres pouvoirs sur la santé publique découlent du paragraphe 92(16), qui accorde aux provinces la responsabilité des questions d'une « nature locale ou privée », dont la santé publique fait partie<sup>53</sup>. De plus, le paragraphe 92(8) de la Constitution

---

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> Nola M. Ries, « Legal Foundations of Public Health in Canada », dans *Public Health Law & Policy in Canada*, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction de Bailey et al., Lexis Nexis Canada Inc., Markham, 2008, p. 13.

<sup>47</sup> Kumanan Wilson, « The Complexities of Multi-level Governance in Public Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 6, décembre 2004, p. 410.

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> Marlisa Tiedemann, *Projet de loi C-5 : Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, LS-523F, Service d'information et de recherches parlementaires, Ottawa, 26 avril 2006, p. 4, <http://www2.parl.gc.ca/Content/LOP/LegislativeSummaries/39/1/c5-f.pdf>.

<sup>50</sup> Wilson (2004), p. 410.

<sup>51</sup> *Ibid.*

<sup>52</sup> Wilson (2004), p. 409.

<sup>53</sup> *Ibid.*

accorde aux provinces la préséance sur les municipalités, responsables des interventions de santé publique avant la Confédération<sup>54</sup>.

## **B. Collaboration FPT dans la réforme des soins de santé**

Malgré cette séparation des pouvoirs, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont une tradition de collaboration dans le domaine de la santé et des soins de santé. Ces dernières années, cette collaboration a mis l'accent sur la réforme des soins de santé. À partir de 2000, les Canadiens sont devenus de plus en plus inquiets de la qualité des soins qu'ils recevaient, y compris les longues attentes pour les soins hospitaliers et médicaux, à cause des contraintes budgétaires liées à la récession dans les années 1990<sup>55</sup>. En outre, les fermetures d'hôpitaux ont obligé les Canadiens à recourir de plus en plus aux soins à domicile et aux soins communautaires, qui ne relevaient pas de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>56</sup>. En réponse, les gouvernements FPT ont commencé à examiner ensemble par quels moyens ils pourraient collaborer pour améliorer la qualité des systèmes de soins de santé du pays et la pérennité générale du système d'assurance-maladie du Canada. Il en est découlé une série d'ententes et d'engagements financiers, qui ont culminé dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004.

### **1) Le Communiqué sur la santé de 2000**

Le 11 septembre 2000, les premiers ministres publiaient un *Communiqué sur la santé* qui décrivait un Plan d'action pour le renouveau du système de soins de santé indiquant huit domaines dans lesquels les gouvernements FPT collaboreraient pour promouvoir la réforme des soins de santé<sup>57</sup>. Tout en respectant toutes les compétences de chaque ordre de gouvernement, les premiers ministres convenaient d'améliorer l'accès à des soins de qualité; de lancer des campagnes d'éducation et des stratégies pour prévenir la maladie et appuyer le développement de la petite enfance; de favoriser l'établissement d'équipes interdisciplinaires de soins primaires novatrices et leur intégration dans le système de soins de santé; de coordonner les efforts pour accroître le nombre de professionnels de la santé, et de trouver des façons d'améliorer leurs conditions de vie au travail; d'intensifier l'investissement dans les soins à domicile et les soins communautaires qui sont les éléments essentiels d'une plus grande intégration du système de soins de santé; de collaborer pour créer un processus consultatif intergouvernemental commun pour évaluer les médicaments susceptibles d'être inclus dans les régimes d'assurance-médicaments des gouvernements, tandis que le gouvernement fédéral convenait de renforcer sa surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques; de développer des dossiers de santé électroniques, y compris de collaborer pour définir des normes relatives aux données

---

<sup>54</sup> Elaine Gibson, « Public Health Information, Federalism and Politics », *Health Law Review*, vol. 16, n° 1, 2007, p. 5.

<sup>55</sup> Conseil canadien de la santé, *Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*, juin 2008, [http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.46-HCC\\_FiveYearPlan\\_FR\\_FAWEB.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.46-HCC_FiveYearPlan_FR_FAWEB.pdf)

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*, 11 septembre 2000, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1144>.

communes et renforcer l'utilisation de la télésanté; et d'investir dans l'équipement et les infrastructures de santé pour donner un accès, dans des délais raisonnables, aux services préventifs, diagnostiques et de traitement. À l'appui de ces objectifs, le gouvernement fédéral a majoré les transferts fédéraux en espèces de 23 milliards de dollars sur cinq ans<sup>58</sup> et établi un Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) doté de 800 millions de dollars sur une période de six ans (2000-2006) afin d'aider les provinces et les territoires à réformer le système des soins de santé primaires<sup>59</sup>.

## 2) Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

Après le *Communiqué sur la santé* de 2000, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi une série de groupes de travail et commandé des études afin d'obtenir les points de vue des Canadiens sur le système de santé publique et de trouver des moyens de promouvoir sa réforme. En avril 2001, le gouvernement fédéral a créé la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow, ancien premier ministre de la Saskatchewan, et l'a chargée « d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système de soins de santé publique du Canada, et de recommander les politiques et les mesures en respectant la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada, qui sont nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part<sup>60</sup> ». Par ailleurs, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby, a entrepris lui aussi une étude au printemps 2000 sur le rôle fédéral dans le système des soins de santé, ainsi que les pressions et les contraintes relatives à ce système. La Commission et le Comité sénatorial ont déposé leurs rapports à l'automne 2002 et demandé tous les deux une augmentation du financement fédéral, une responsabilisation plus grande de tous les gouvernements et des réformes stratégiques des services de santé<sup>61</sup>. Les recommandations de ces deux rapports ont ensuite été les piliers du prochain accord FPT sur la réforme des soins de santé : l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé<sup>62</sup>.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé dégageait de nombreuses initiatives de réforme possibles, mais priorisait ce qui suit. En ce qui concerne les

---

<sup>58</sup> Gouvernement du Canada, *L'Accord sur la santé de 2004*, Document technique au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 8 mars 2011.

<sup>59</sup> Santé Canada, *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-fra.php>.

<sup>60</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé du Canada*, Ottawa, novembre 2002, <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

<sup>61</sup> Conseil canadien de la santé, *Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*, juin 2008, [http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.46-HCC\\_FiveYearPlan\\_FR\\_FAWEB.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.46-HCC_FiveYearPlan_FR_FAWEB.pdf)

<sup>62</sup> Santé Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.

soins primaires, les premiers ministres se fixaient comme objectif qu'au moins 50 % de leurs citoyens aient accès à un fournisseur pertinent de soins, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les premiers ministres s'entendaient aussi pour assurer la couverture, à partir du premier dollar, pour certains services à domicile, tandis que le gouvernement fédéral acceptait d'établir des mesures pour appuyer les soignants, y compris un programme de prestation de compassion dans le cadre du Programme d'assurance-emploi et une protection de l'emploi en vertu du Code du travail du Canada. Enfin, les premiers ministres convenaient de prendre des mesures avant la fin de 2005-2006 pour que les Canadiens, peu importe où ils vivent, bénéficient d'une couverture adéquate des médicaments d'ordonnance onéreux. Ils convenaient également de collaborer dans la gestion des produits pharmaceutiques. À l'appui de ces trois priorités, le gouvernement fédéral a établi un Fonds pour la réforme de la santé, d'une valeur de 16 milliards de dollars<sup>63</sup>.

L'Accord de 2003 accordait également la priorité à l'amélioration de l'accessibilité aux services diagnostiques et aux services de traitement, afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les temps d'attente. À l'appui de cet objectif, le gouvernement fédéral a établi le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical, doté de 1,5 milliard de dollars sur trois ans<sup>64</sup>. Les premiers ministres ont aussi accordé la priorité à l'adoption de technologies de l'information et des dossiers de santé électroniques par l'entremise d'Inforoute Santé du Canada, une société sans but lucratif créée par les premiers ministres en 2001 afin de favoriser et accélérer le développement et l'adoption de systèmes de dossiers de santé électroniques au Canada fondés sur des normes et des technologies de communication compatibles<sup>65</sup>. Le gouvernement fédéral a investi également 500 millions de dollars pour les systèmes de dossiers de santé électroniques.

Dans le cadre de ses mécanismes de reddition des comptes, l'Accord de 2003 établissait également le Conseil canadien de la santé, chargé de surveiller la mise en œuvre de l'Accord et de présenter publiquement des rapports annuels à cet effet<sup>66</sup>. Conformément à l'Accord, le Conseil canadien de la santé devait présenter publiquement ses rapports aux ministres FPT de la Santé et se composer de représentants des deux ordres de gouvernements, d'experts et du public.

### 3) Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé a élargi de nombreux engagements décrits dans l'Accord de 2003 et dégagé dix principaux éléments de la réforme de la santé<sup>67</sup> :

- réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès;

---

<sup>63</sup> Santé Canada, *Investissements fédéraux en santé*, 5 février 2003, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/fs-if\\_2-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/fs-if_2-fra.php).

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> Inforoute Santé du Canada, *À propos de Inforoute Santé du Canada*, <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-infoway>.

<sup>66</sup> Santé Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php>.

<sup>67</sup> Des précisions sur ces dix éléments du Plan décennal et de ses communiqués connexes sont fournies dans d'autres chapitres du présent rapport. Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, *Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

- plans d'action stratégiques concernant les ressources humaines dans le secteur de la santé;
- soins à domicile;
- réforme des soins primaires, y compris les dossiers de santé électroniques et la télésanté;
- accès aux soins dans le Nord;
- Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques;
- prévention, promotion et gestion de la santé publique;
- recherche et innovation dans le domaine de la santé;
- reddition des comptes et rapports aux citoyens;
- prévention et résolution des différends.

En plus de ces dix éléments, le Plan décennal fait aussi allusion à deux communiqués distincts relatifs au renouvellement du système de santé. Le premier communiqué, daté du 15 septembre 2004, est un arrangement entre le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec, fondé sur le principe du fédéralisme asymétrique respectueux des compétences du Québec dans ce domaine, qui porte sur le financement du régime séparé du Québec afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de réduire les délais d'attente<sup>68</sup>. Le second communiqué, daté du 13 septembre 2004, décrit les engagements pris par tous les gouvernements afin de collaborer pour améliorer la santé des Autochtones<sup>69</sup>.

À l'appui des objectifs décrits dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral a accordé aux provinces et aux territoires du financement à long terme supplémentaire d'une valeur de 41,3 milliards de dollars de 2004 à 2014<sup>70</sup>. La plus grande partie de ce financement devait venir du Transfert canadien en matière de santé (TCS)<sup>71</sup>, un transfert en espèces conditionnel qui devait augmenter de 6 % par année et représenter 35,3 milliards de dollars en 2014. Le transfert en espèces est conditionnel à l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé* par les provinces et territoires. En plus du financement accordé par l'entremise du TCS, le gouvernement fédéral a alloué 5,5 milliards de dollars sur dix ans pour réduire les temps d'attente, par l'entremise du Fonds pour la réduction des temps d'attente doté de 4,24 milliards

<sup>68</sup> Santé Canada, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec, Système de soins de santé*, septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi\\_quebec-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-eng.php).

<sup>69</sup> Santé Canada, *Engagements en matière de santé autochtone, Système de soins de santé : Information*, septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php) et Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Améliorer l'état de santé des Autochtones : Rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones*, Ottawa, 13 septembre 2004, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1167>.

<sup>70</sup> Finances Canada, *Le transfert canadien en matière de santé*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, mars 2011.

<sup>71</sup> Le Transfert canadien en matière de santé comprend un transfert en espèces dont la valeur est déterminée dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* et un transfert de points d'impôt aux provinces et aux territoires qui croît en fonction de l'économie et qui se fonde sur les revenus de la province ou du territoire et la participation au programme de péréquation du Canada. Pour plus de renseignements, voir : James Gauthier, *Étude générale : Le Transfert canadien en matière de santé : changements dans les fonds alloués aux provinces*, publication n° 2011-02F, 25 février 2011, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/bdp-lop/bp/2011-02-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/bdp-lop/bp/2011-02-fra.pdf).

de dollars et d'un Transfert visant la réduction des temps d'attente de 250 millions de dollars par année, à compter de 2009-2010. Un autre montant de 500 millions de dollars a été prévu pour des investissements accrus dans l'équipement médical. Enfin, 850 millions de dollars ont été alloués aux programmes de santé autochtones et à l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires.

En ce qui concerne la reddition des comptes, les premiers ministres ont convenu de remettre à leurs citoyens des rapports sur les progrès réalisés pour mettre en œuvre les différents éléments du Plan décennal. En outre, ils ont convenu que le Conseil canadien de la santé préparerait un rapport annuel à l'intention des Canadiens traitant de l'état de santé des Canadiens ainsi que des résultats pour la santé, et rendant compte des progrès accomplis sur des éléments énoncés dans le plan. Enfin, l'Institut canadien d'information sur la santé devait rendre compte des progrès réalisés pour réduire les temps d'attente.

### 3. RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE ET AMÉLIORATION DE L'ACCÈS

#### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les temps d'attente

Dans le cadre du Plan décennal de 2004, les premiers ministres ont convenu de réduire, avant le 31 mars 2007, les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue. Afin de démontrer une réduction substantielle des temps d'attente dans ces domaines, les premiers ministres se sont entendus pour<sup>72</sup> :

- établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, avant le 31 décembre 2005, et en rendre compte à leurs citoyens;
- établir des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue avant le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé;
- établir avant le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère;
- remettre chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

#### B. Progrès à ce jour

Le comité a appris qu'à la fin de 2005, les premiers ministres avaient établi des points de repère concernant les temps d'attente médicalement acceptables pour le cancer, les maladies cardiaques, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue<sup>73</sup>. Ces points de repère sont décrits au tableau 1 ci-dessous. Mais le comité a aussi appris que les preuves étaient insuffisantes à ce moment-là pour pouvoir établir des points de repère concernant l'imagerie diagnostique, y compris la tomographie par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique (IRM)<sup>74</sup>. Des témoins ont indiqué au comité que, pour aider les provinces et territoires à atteindre l'un des points de repère ci-dessous, le gouvernement fédéral a créé en 2007 le Fonds de confiance pour les garanties de délais d'attente, et l'a doté de 613 millions de dollars afin que les

---

<sup>72</sup> *Ibid.*

<sup>73</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>74</sup> *Ibid.*

provinces et territoires établissent une garantie de délais d'attente<sup>75</sup> pour l'une des procédures visées, avant mars 2010<sup>76</sup>.

**Tableau 1. Progrès vers les points de repère pancanadiens concernant les temps d'attente**

| Domaine prioritaire           | Service   | Délais de référence   | Pourcentage de Canadiens recevant un traitement dans les délais de référence | Taux d'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales réalisées depuis 2004 <sup>77</sup> |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| Cancer                        | Radiothérapie                                       | Dans un délai de quatre semaines chez les patients prêts à être traités   | 98 %   | s/o   |
| Cœur                          | Pontage coronarien                                  | Dans un délai de 2 à 26 semaines selon le niveau d'urgence                | 99 %   | 6 % <sup>78</sup>   |
| Restauration de la vue        | Extraction de la cataracte                          | Dans un délai de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé | 83 %   | 46 %  |
| Remplacements d'articulations | Arthroplasties de la hanche                         | Dans un délai de 26 semaines  | 84 %   | 32 %  |
|                               | Arthroplasties du genou                             | Dans un délai de 26 semaines  | 79 %   | 58 %  |
|                               | Opération de réparation d'une fracture de la hanche | Dans un délai de 48 heures  | 78 %   | <b>S/O</b>  |

Source : ICIS, *Le temps d'attente au Canada : Une comparaison par province, 2011*, mars 2011, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait\\_times\\_tables\\_2011\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_tables_2011_fr.pdf) (présenté le 22 mars 2011)

En ce qui concerne les progrès vers les délais de référence, l'ICIS a indiqué au comité qu'en 2010, au moins huit patients canadiens sur dix ont subi ces interventions prioritaires dans les

<sup>75</sup> D'après le Conseil canadien de la santé, une garantie de délais d'attente signifie que 100 % des cas seront complètement traités dans un délai convenu et que si ce délai est dépassé, chacun des patients aura recours à une option pour obtenir le traitement requis en temps opportun. Conseil canadien de la santé, *Éclaircir la question des temps d'attente : Que signifient des réductions et des garanties substantielles? : Une mise à jour sur les temps d'attente dans les services de santé*, juin 2007, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2007/hcc-ccs/H174-7-2007F.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hcc-ccs/H174-7-2007F.pdf)

<sup>76</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 8, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 24 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>77</sup> Cette colonne se fonde sur le document suivant : D<sup>r</sup> Brian Postl, *Temps d'attente au Canada – Comparation devant le Sénat*, présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011.

<sup>78</sup> Le pourcentage ne comprend pas les pontages réalisés au Québec.

délais médicalement recommandés et que le nombre d'interventions dans ces domaines a nettement augmenté depuis 2004 (voir le tableau 1)<sup>79</sup>. Les représentants de l'ICIS ont aussi expliqué qu'ils visent une cible de 90 %, afin, selon eux, de tenir compte des réalités des délais d'attente en chirurgie qui peuvent être influencées par d'autres facteurs comme la maladie du patient. Les représentants de l'ICIS ont également fait remarquer qu'en raison de la taille de leur population, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec déterminent dans une large mesure la moyenne nationale et que ces provinces obtiennent également les meilleurs résultats, puisque 75 % des Canadiens sont pris en charge dans les délais prescrits. Mais l'ICIS a précisé qu'il y a d'importantes variations d'une province à l'autre et que certaines n'obtiennent pas d'aussi bons résultats<sup>80</sup>. Par exemple, la proportion de patients qui ont obtenu une arthroplastie du genou dans le délai repère était de 42 % en Nouvelle-Écosse et 57 % au Manitoba, comparativement à 83 % au Québec et 89 % en Ontario<sup>81</sup>.

Malgré l'absence de repères pancanadiens probants pour l'imagerie diagnostique, les représentants de l'ICIS ont fait remarquer que cinq provinces signalent leurs délais d'attente dans ce domaine. L'ICIS a aussi informé le comité qu'il travaille avec les autres provinces pour les amener à produire ces données<sup>82</sup>. D'autres témoins ont fait remarquer que, grâce aux investissements dans l'imagerie diagnostique, le nombre de tomographies par ordinateur réalisées dans les hôpitaux a augmenté de près de 50 %, passant de 2 768 en 2003-2004 à 4 178 en 2009-2010, tandis que le nombre d'IRM a augmenté lui aussi, passant de 768 à 1 435 durant cette période<sup>83</sup>.

Des témoins ont également indiqué que certaines provinces ont atteint, voire dépassé, les exigences relatives aux rapports sur les temps d'attente, la qualité et la quantité des rapports publics sur les temps d'attente surpassant le rapport annuel promis par les ministres<sup>84</sup>. D'autres ont affirmé que les provinces ne se contentent pas de produire le rapport annuel exigé et que

---

<sup>79</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> CIHI, *Huit Canadiens sur dix subissent une intervention prioritaire dans les délais recommandés*, Communiqué, 21 mars 2011, document présenté le 22 mars 2011.

<sup>82</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>83</sup> D<sup>r</sup> Brian Postl, *Temps d'attente au Canada – Comparation devant le Sénat*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2011.

<sup>84</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011,

toutes les provinces ont un site Web et qui est mis à niveau<sup>85</sup>. Il y a encore d'importantes variations entre les provinces pour ce qui est de la rapidité de l'affichage des données, qui peut prendre de moins de deux mois jusqu'à six mois<sup>86</sup>. Quelques provinces présentent aussi des rapports sur les objectifs relatifs aux temps d'attente, indiquant le nombre ou le pourcentage de patients subissant l'intervention dans les délais de référence. Enfin, des témoins ont affirmé au comité que des provinces vont au-delà des cinq domaines prioritaires et présentent des rapports sur les délais d'attente dans d'autres domaines comme les temps d'attente à l'urgence et en chirurgie pédiatrique<sup>87</sup>. Des témoins ont indiqué au comité que le gouvernement de la Saskatchewan a promis que, d'ici à 2014, aucun patient ne devra attendre plus de trois mois pour une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit<sup>88</sup>.

Malgré les progrès réalisés pour atteindre les objectifs concernant les temps d'attente décrits dans le Plan décennal, les témoins avaient des opinions partagées sur les délais de référence. D'une part, des témoins considéraient que les objectifs en général sont un exemple de situation où des priorités claires, l'établissement de points de repère mesurables et du financement ciblé ont donné des résultats<sup>89</sup>. De plus, les exigences en matière de rapports afin de mesurer les progrès dans ce domaine ont accru la capacité de l'ICIS, ainsi que des provinces et territoires, de mesurer la performance du système de santé et de produire une grande quantité de données comparables dans ce domaine, même si quelques lacunes persistent encore<sup>90</sup>.

Les témoins ont cependant exprimé des préoccupations concernant les domaines prioritaires établis dans le Plan décennal et l'élaboration des points de repère. Certains ont affirmé au comité qu'on ne sait pas comment les cinq domaines prioritaires pour la réduction des temps d'attente ont été choisis. Selon certains témoins, ces domaines ont été choisis en fonction de l'opinion publique plutôt que des points de vue de la communauté médicale<sup>91</sup>. Par conséquent, ils

---

<sup>85</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47) NDT : source erronée : la bonne source est Alliance sur les temps d'attente, *Un temps d'arrêt : Bulletin sur les temps d'attente au Canada*, juin 2011, présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011, [http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard\\_f.pdf](http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard_f.pdf).

<sup>86</sup> Alliance sur les temps d'attente, *Un temps d'arrêt : Bulletin sur les temps d'attente au Canada*, juin 2011, présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011, [http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard\\_f.pdf](http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard_f.pdf).

<sup>87</sup> *Ibid.*

<sup>88</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>89</sup> *Ibid.*

<sup>90</sup> *Ibid.*

<sup>91</sup> Alliance sur les temps d'attente, « Un temps d'arrêt : Bulletin sur les temps d'attente au Canada, juin 2011, présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011, [http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard\\_f.pdf](http://www.waittimealliance.ca/media/2011reportcard/WTA2011-reportcard_f.pdf).

estimaient que les objectifs de réduction des temps d'attente devraient porter sur d'autres domaines ou être élargis pour inclure tous les domaines de la médecine spécialisée<sup>92</sup>.

De plus, les témoins ont indiqué au comité qu'il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques pour le moment pour établir des repères pertinents dans les cinq domaines prioritaires et que ceux qui ont été établis sont considérés comme une « supposition fondée sur une certaine recherche de consensus ou sur l'étude de la documentation scientifique », et sur certains travaux de recherche de l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>93</sup>. À cause de l'absence de preuves scientifiques à l'appui des points de repère actuels, il ne serait peut-être pas toujours pertinent d'accroître le nombre de certaines interventions jugées prioritaires dans l'optique des délais d'attente. Par exemple, des témoins ont déclaré au comité que certains travaux de recherche donnent à entendre que le nombre d'opérations de la cataracte dans certaines administrations est bien plus élevé que ce à quoi l'on pourrait s'attendre, mais qu'il faut plus de recherche dans ce domaine<sup>94</sup>.

De plus, les témoins considéraient les points de repère établis davantage comme un délai d'attente maximal acceptable plutôt que comme les points de repère « idéaux » établis par les organisations des professionnels de la santé<sup>95</sup>. Par conséquent, malgré les progrès actuels vers les points de repère existants, des témoins estimaient que les temps d'attente pour les services de santé au Canada sont longs par rapport à d'autres pays, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins primaires. Par exemple, ils ont déclaré au comité que le Canada arrive au 10<sup>e</sup> rang dans l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé menée en 2010 en ce qui concerne la prise de rendez-vous la journée même ou la journée suivante en cas de maladie ou de soins à prodiguer et au premier rang pour la fréquentation des services d'urgence<sup>96</sup>.

Enfin, les témoins ont déclaré au comité que les délais de référence établis dans le cadre du Plan décennal ne mesurent pas tous les temps d'attente des patients avant de subir une intervention<sup>97</sup>. Les délais de référence mesurent le temps d'attente entre la réservation d'un service, lorsque le patient et le médecin conviennent du service et que le patient est prêt à le

---

<sup>92</sup> *Ibid.*

<sup>93</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47) p. 318.

<sup>94</sup> *Ibid.*, p. 3:12. NDT : La source est la page 3.20.

<sup>95</sup> *Ibid.* NDT : pas d'indication de page? D'ailleurs, je ne trouve pas vraiment où se trouve cette information dans les délibérations du 29 septembre.

<sup>96</sup> Michael Schull, *Séance d'information au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Plan 2004-2010 pour renforcer les soins de santé*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011.

<sup>97</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

recevoir, et le début du service. Mais ils ne comptent pas le temps d'attente du patient avant d'avoir accès au médecin de soins primaires qui le renvoie au spécialiste, le temps d'attente pour les tests diagnostiques et le temps d'attente avant de voir le spécialiste. Cet aspect est important<sup>98</sup>, puisque environ 1,9 million de Canadiens déclarent ne pas avoir accès à un médecin de famille régulier<sup>99</sup>. Les témoins ont donc recommandé la création d'une charte fédérale-provinciale-territoriale des patients, qui inclurait des engagements en matière d'accès reflétant l'expérience des patients dans le système des soins de santé<sup>100</sup>.

Mais surtout, les témoins ont expliqué que les investissements pour réduire les temps d'attente découlant du Plan décennal n'ont pas entraîné une réforme substantielle des systèmes de soins de santé. Des provinces et territoires atteignent les objectifs relatifs au temps d'attente en accroissant le volume de services offerts, mais n'ont pas apporté beaucoup de changements pour améliorer l'efficacité du système afin de réduire les temps d'attente. Les provinces et territoires ont à peine commencé à réduire les temps d'attente en adoptant de meilleures pratiques de gestion comme l'établissement de listes d'attente uniques pour les interventions<sup>101</sup>, en appliquant la théorie des files d'attente<sup>102</sup> et en établissant des directives sur les renvois aux spécialistes<sup>103</sup>.

En outre, les témoins ont expliqué au comité que les temps d'attente pourraient être grandement réduits en apportant des réformes significatives dans chaque système et dans l'ensemble des systèmes, afin de s'attaquer aux causes des temps d'attente pour obtenir des soins actifs au Canada<sup>104</sup>. Par exemple, une importante cause des temps d'attente au Canada est liée aux patients à un autre niveau de soins (ANS), qui occupent un lit d'hôpital sur cinq au Canada, mais qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers actifs et qui attendent d'être placés dans un centre d'hébergement ou un établissement de soins de longue durée. En occupant une proportion

---

<sup>98</sup> *Ibid.*

<sup>99</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>100</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>101</sup> Des témoins ont déclaré que la plupart des provinces et territoires n'ont pas de liste d'attente unique pour les interventions et que chaque médecin établit plutôt sa propre liste d'attente au lieu de la regrouper avec celle d'autres médecins. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 septembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03eva-49055-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>102</sup> La théorie des files d'attente renvoie à l'étude mathématique des queues ou files d'attente. Il s'agit d'une méthodologie visant à appairer la demande aléatoire et la capacité fixe. Dans le secteur de la santé, cette théorie sert à déterminer comment des organismes de soins de santé comme les hôpitaux peuvent aligner leur capacité fixe (nombre d'employés, de lits et d'appareils) sur le nombre de patients. On peut, par exemple, s'en servir pour calculer le nombre d'infirmières dont a besoin une unité de soins intensifs dont l'utilisation peut varier d'un jour à l'autre (nombre de patients et durée de séjour). Voir Stacey Butterfield, « A new Rx for crowded hospitals: Math », *HCP Hospitalist*, novembre 2007 <http://www2.acponline.org/archives/2007/12/math.htm>.

<sup>103</sup> *Ibid.*

<sup>104</sup> *Ibid.*

importante des lits qui devraient être consacrés aux soins actifs, les patients d’ANS créent des arriérés aux services d’urgence et en chirurgie électorive. Les témoins ont indiqué au comité que, pour réduire le nombre de patients d’ANS aux soins actifs, il faudrait apporter de nombreuses réformes aux systèmes de soins de santé, y compris : améliorer l’accès aux soins et la surveillance de ces patients par les équipes de soins primaires une fois que les patients ont reçu leur congé de l’hôpital; investir dans les soins de longue durée et dans d’autres dispositifs communautaires comme les soins à domicile et promouvoir leur intégration avec les systèmes de soins actifs; et utiliser des gestionnaires de cas pour faciliter la transition de ces patients entre différents points du système de santé. Vu que les réductions des temps d’attente ne peuvent pas être séparées des réformes dans les autres éléments du système de soins de santé, les témoins estimaient donc que les nouveaux investissements dans la réduction des temps d’attente devaient être conditionnels à « l’achat du changement » dans le système, plutôt qu’à une hausse du volume des services offerts<sup>105</sup>.

### **C. Mesures à prendre pour réduire les temps d’attente : observations et recommandations du comité**

Le comité a constaté que les gouvernements ont, pour la plupart, respecté leurs engagements concernant l’établissement de points de repère dans quatre des cinq domaines prioritaires (cancer, cœur, restauration de la vue et remplacements d’articulations) et les rapports sur les progrès. Par ailleurs, le Comité a appris que du financement ciblé a permis d’accroître le nombre d’interventions chirurgicales dans les domaines prioritaires, ainsi que le nombre de services d’imagerie diagnostique offerts. On l’a également informé que huit Canadiens sur dix sont effectivement traités dans les délais établis, mais certains témoins ont fait savoir que les jalons relatifs à certains domaines prioritaires sont plus ou moins respectés selon les provinces, ce qui est préoccupant.

Le comité a été ravi d’apprendre que l’établissement de points de repère pancanadiens concernant les temps d’attente et les investissements connexes ont également comme avantage d’accroître les données nationales comparables sur la qualité et la performance des systèmes de santé canadiens. Les témoins estimaient ces données essentielles pour évaluer et promouvoir la réforme des soins de santé au Canada en permettant des comparaisons d’une province à l’autre et en repérant les pratiques exemplaires<sup>106</sup>. Le comité a également appris avec plaisir que cinq provinces présentent des rapports sur l’imagerie diagnostique, malgré l’absence de points de repère pancanadiens et qu’elles vont au-delà des cinq domaines prioritaires pour élaborer des stratégies afin de réduire les temps d’attente concernant des interventions et des services dans d’autres domaines.

---

<sup>105</sup> *Ibid.*

<sup>106</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47)

Mais le comité a aussi constaté que les objectifs concernant les temps d'attente ont certaines limites. Il a appris que les points de repère établis ne se fondent pas sur des recherches suffisantes, ce qui, dans certains cas, pousse les fournisseurs de soins de santé et les décideurs à s'interroger sur leur pertinence. De plus, ils ne sont pas axés sur le patient, parce qu'ils ne reflètent pas tous les temps d'attente des patients dans l'ensemble de la séquence des soins, les témoins insistant sur le fait que ne pas avoir accès rapidement à un médecin de soins primaires est particulièrement préoccupant.

Le comité convient aussi avec les témoins que d'autres réductions substantielles des temps d'attente pourraient être obtenues par des réformes des systèmes de soins de santé et par une efficacité accrue grâce à des pratiques de gestion, plutôt que par une simple augmentation du financement. Quelques suggestions en ce sens comprennent : améliorer l'efficacité du système en adoptant de meilleures pratiques de gestion et en se penchant sur d'autres composantes du système de soins de santé, y compris un accès accru aux soins à domicile et aux soins primaires. Le comité convient avec les témoins qu'il faut s'efforcer davantage d'améliorer l'accès aux soins à domicile et aux soins primaires et il examinera ces questions plus en profondeur dans les prochains chapitres. En ce qui concerne la réduction des temps d'attente, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 2**

**Que les provinces et les territoires continuent d'élaborer des stratégies pour réduire les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés, y compris l'accès aux services d'urgence et les soins de longue durée, et fassent rapport des progrès réalisés à leurs citoyens.**

#### **RECOMMANDATION 3**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires et les organisations de soins de santé et de recherche pertinentes pour élaborer des points de repère pancanadiens fondés sur des données probantes concernant les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés depuis le moment où le patient demande une aide médicale.**

#### **RECOMMANDATION 4**

**Que le gouvernement fédéral fournisse du financement à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé<sup>107</sup> ou aux Instituts de recherche en santé du Canada pour qu'ils puissent :**

- a) commander des études qui établiraient les données de base pour l'élaboration des points de repère pancanadiens dans tous les domaines des soins spécialisés;**
- b) commander des études afin d'évaluer la pertinence des points de repère pancanadiens existants concernant les temps d'attente pour les interventions dans les domaines du cancer, du cœur, de la restauration de la vue et du remplacement d'articulations.**

#### **RECOMMANDATION 5**

**Que le Conseil canadien de la santé examine les pratiques exemplaires pour réduire les temps d'attente partout au pays par des gains d'efficience, en mettant l'accent tout particulièrement sur des pratiques de gestion comme la centralisation des listes d'attente, l'adoption du modèle des files d'attente, et l'élaboration de lignes directrices sur les renvois aux spécialistes et d'outils de soutien clinique.**

#### **RECOMMANDATION 6**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires pour élaborer un énoncé de vision pancanadien d'une culture de soins axés sur le patient au Canada fondé sur des principes directeurs qui tiennent compte des besoins et des points de vue des patients dans un processus intégré de prestation des soins de santé.**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux veillent à ce que des mesures de responsabilisation soient intégrées à l'accord sur les transferts en santé du Canada en vue de répondre aux besoins des personnes handicapées.**

---

<sup>107</sup> La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est une société indépendante, sans but lucratif, établie grâce à un fonds de dotation du gouvernement fédéral et de ses organismes, qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé en convertissant des pratiques innovantes et des données probantes dans la pratique. Elle commande des recherches qui portent sur les aspects suivants : le financement et la transformation des services de santé; les services de santé de première ligne et le vieillissement de la population canadienne, <http://www.fcrrs.ca/AboutUs.aspx>

## 4. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les ressources humaines en santé

Statistique Canada définit les ressources humaines en santé (RHS) comme les dispensateurs rémunérés de soins de santé qui, au sein du système de santé, ont le mandat d'assurer aux Canadiens la prestation de soins de santé de grande qualité, sécuritaires, efficaces et axés sur le patient, et fonde sa définition sur la Classification nationale des professions<sup>108</sup>. Il est à souligner que l'appellation RHS s'applique à tout un éventail de professionnels qui ne participent pas tous directement à la prestation de soins de santé, tels que les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les chiropraticiens, les docteurs en naturopathie, les dentistes, les pharmaciens, le personnel de laboratoires, des professionnels de la santé environnementale ou publique, les statisticiens de la santé, les épidémiologistes, les gestionnaires de l'information sur la santé, les économistes de la santé, ainsi que les agents de santé communautaire. L'Organisation mondiale de la santé applique une définition encore plus large des RHS, puisqu'elle considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé, qu'elle soit rémunérée ou non<sup>109</sup>.

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu la nécessité d'accroître la réserve de professionnels de la santé au Canada, y compris des médecins, des infirmières, des pharmaciens et des technologues, étant donné que certaines régions du pays souffraient particulièrement de cette pénurie<sup>110</sup>. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont donc convenu d'augmenter le nombre de professionnels de la santé et d'assurer une répartition appropriée, en se fondant sur leur évaluation des lacunes et de rendre leurs plans d'action publics, avant le 31 décembre 2005, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels. En outre, le gouvernement fédéral a pris les engagements suivants<sup>111</sup> :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger;
- instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé;

---

<sup>108</sup> La Classification nationale des professions limite l'appellation de dispensateurs de soins de santé aux personnes rémunérées. La définition de Statistique Canada diffère en cela de celle de l'Organisation mondiale de la santé qui considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé. ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada*, 2007, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders\\_07\\_FR\\_final.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf).

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>111</sup> *Ibid.*

- participer à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé avec les provinces et les territoires intéressés.

## B. Progrès à ce jour

### 1) Plans d'action pour augmenter le nombre de professionnels de la santé au Canada et assurer une répartition appropriée

Les fonctionnaires provinciaux et territoriaux ont déclaré au comité que les provinces et les territoires ont utilisé des fonds fédéraux reçus dans le cadre du Plan décennal pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action afin de résoudre les problèmes de ressources humaines en santé chez eux. Par exemple, la province de l'Ontario a publié *Jeter les fondations du changement : Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario* en réponse à l'Accord de 2004, un rapport qui décrit les principales réalisations de la province depuis 2004, y compris l'accroissement du nombre de places pour les étudiants en médecine de première année, plus du double des postes de formation et des évaluations à la disposition des diplômés en médecine de l'étranger, l'augmentation du nombre de médecins et d'autres professionnels de la santé et la création de la Base de données des professions de la santé<sup>112</sup>. Les fonctionnaires provinciaux ont également informé le comité que les investissements dans la réforme des soins de santé ont permis au Manitoba de recruter et former un plus grand nombre de professionnels de la santé, y compris des médecins, des infirmières et infirmiers, et des infirmières et infirmiers praticiens<sup>113</sup>.

Les fonctionnaires du gouvernement fédéral ont indiqué au comité que Santé Canada contribue également à accroître le nombre et la répartition des professionnels de la santé par sa *Stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé*, qui a appuyé plus de 100 projets en vue de faire progresser la planification des ressources humaines en santé; d'améliorer la formation et la pratique interprofessionnelles et d'accroître le recrutement et le maintien en poste de fournisseurs de soins de santé, et qui reçoit un financement de 20 millions de dollars par année<sup>114</sup>. Le comité a appris que, par l'entremise de cette stratégie, Santé Canada investit également 39,5 millions de dollars sur six ans pour former plus de 100 résidents en médecine familiale dans des collectivités rurales et éloignées de différentes régions du pays.

---

<sup>112</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Comité du Sénat – Affaires sociales, sciences et technologie : Examen des progrès dans la mise en œuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé*, mémoire, 28 novembre 2011.

<sup>113</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 30 novembre (NDT : pas le 24) 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49219-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49219-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>114</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

Des témoins ont déclaré au comité que les investissements dans les RHS et les plans d'action des gouvernements FPT depuis 2004 ont entraîné des hausses substantielles du nombre de médecins et d'infirmières au Canada<sup>115</sup>. De 2004 à 2009, le nombre total de médecins a augmenté de 12,4 %, ce qui a porté de 189 à 201 le ratio de médecins par 100 000 habitants. Le comité a appris qu'il y a eu une hausse de 25 % des inscriptions dans les écoles de médecine durant cette période et qu'en 2010, 33 % des diplômés canadiens en médecine ont choisi de faire carrière en médecine familiale. Par ailleurs, le nombre total de diplômés internationaux en médecine a augmenté de 16,7 % de 2004 à 2009. En ce qui concerne les infirmières, le comité a appris que le nombre total d'infirmières et infirmiers réglementés a augmenté de 11,0 % pour atteindre 348 999, ce qui a porté le nombre d'infirmières et infirmiers réglementés par 100 000 habitants de 983 en 2004 à 1 028 en 2009.

Malgré cette augmentation du nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers, il y a des pénuries continues de professionnels de la santé au Canada. D'après les témoins, les pénuries de médecins ont continué d'allonger les temps d'attente pour les patients renvoyés à des spécialistes et les heures de travail qui finissent par peser sur les médecins<sup>116</sup>. Par ailleurs, les pénuries actuelles d'infirmières et infirmiers sont évaluées à environ 11 000, ce qui entraîne des taux élevés de roulement et d'absentéisme dans la profession<sup>117</sup>. Le comité a reçu des mémoires d'autres organisations de professionnels de la santé, qui signalent des pénuries de diététistes et de technologistes de laboratoire médical au Canada<sup>118</sup>. Par conséquent, les témoins ont déclaré qu'il y a un besoin continu d'investir dans l'éducation, la formation, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé<sup>119</sup>.

Par ailleurs, et malgré les quelques efforts déployés par des écoles de médecine pour promouvoir une pratique d'équipe, le Comité a appris que les professionnels de la santé sont

---

<sup>115</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47)

<sup>116</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>117</sup> Canadian Federation of Nurses Unions, *Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Évaluation des progrès dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004*, mémoire, novembre 2011.

<sup>118</sup> Société canadienne de science de laboratoire médical, *Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Étude des progrès à la réalisation du Plan décennal pour consolider les soins de santé établi en 2004*, mémoire, novembre 2011; et Les diététistes du Canada, *Renforcement du Système de santé du Canada : Un appel des diététistes*, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, novembre 2011.

<sup>119</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

pour la plupart formés séparément dans le cadre de leurs spécialisations respectives<sup>120</sup>. Des témoins se sont, en effet, dits d'avis qu'il fallait prendre des mesures plus importantes pour intégrer l'instruction et la formation des divers professionnels de la santé. Cela permettrait de promouvoir l'instauration d'équipes de soins multidisciplinaires dans tout le pays et de décloisonner le système de prestation des soins.

## 2) Accélération de l'évaluation et de l'intégration des professionnels de la santé

Les témoins ont indiqué au comité que le gouvernement fédéral a pris de nombreuses initiatives pour accélérer l'évaluation et l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE)<sup>121</sup>. En ce qui concerne l'évaluation des titres de compétence des PSFE, les fonctionnaires fédéraux ont déclaré au comité qu'en 2009, les premiers ministres ont mis en place un *Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*, qui établit une vision nationale, des principes directeurs et des délais pour améliorer l'intégration au marché du travail des travailleurs formés à l'étranger. Le Cadre représente un engagement à fournir des services ponctuels dans l'ensemble du pays et prévoit « faire en sorte qu'au bout d'un an au plus tard, une personne sache si ses qualifications professionnelles sont reconnues, ou qu'elle soit informée, le cas échéant, des exigences supplémentaires auxquelles elle doit satisfaire pour obtenir son accréditation, ou encore qu'elle soit orientée vers des professions connexes qui correspondent à ses compétences et à son expérience<sup>122</sup> ». Le comité a appris que, sur les 14 professions visées par le Cadre sur trois ans, neuf sont des professions reliées à la santé comme les médecins, les infirmières et infirmiers auxiliaires et les technologues en radiation médicale. Le Cadre précise que, au plus tard le 31 décembre 2010, des processus et mesures de soutien auront été mis en place pour les technologues de laboratoires médicaux, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes et les infirmières et infirmiers pour concrétiser les objectifs de l'entente et que les dentistes, médecins, infirmières et infirmiers auxiliaires, et technologues en radiation médicale auraient jusqu'au 31 décembre 2012<sup>123</sup>.

Des témoins ont également indiqué au comité que Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) collabore afin de faciliter la reconnaissance des titres de compétences étrangers des PSFE par l'entremise de son Programme de reconnaissance des titres de compétences, qui fournit un soutien stratégique aux organisations des professionnels de la

<sup>120</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 6, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 3 novembre 2011 [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06evb-49160-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06evb-49160-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>121</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011 [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>122</sup> Forum des ministres du marché du travail, « Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger », 2009 [http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc\\_dossier/PDF/cpc.pdf](http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc_dossier/PDF/cpc.pdf)

<sup>123</sup> *Ibid.*

santé et aux organismes de réglementation pour qu'ils élaborent des processus et des pratiques concernant la reconnaissance des titres de compétences étrangers<sup>124</sup>. Le comité a appris que le programme a financé plus de 160 projets, notamment ceux réalisés par le Conseil médical du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, qui ont permis d'établir des systèmes d'évaluation pancanadiens des PSFE.

En outre, le comité a appris que Santé Canada fournit également 18 millions de dollars par année à l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger, qui vise à intégrer les PSFE dans le système de soins de santé en améliorant l'accès aux services d'information et d'orientation, l'évaluation des compétences, la formation et l'orientation. Le comité a appris que cette initiative appuie des programmes en Colombie-Britannique qui ont offert aux PSFE des cours et des programmes de perfectionnement visant à surmonter les problèmes de langue et de communication<sup>125</sup>. Les organisations de professionnels de la santé qui ont présenté des mémoires au comité ont souligné l'importance du financement de ces types de programmes de transition par Santé Canada et recommandé que le gouvernement fédéral fournisse un financement durable à ces programmes<sup>126</sup>. Elles ont également souligné les importantes difficultés financières qu'éprouvent les PSFE qui souhaitent faire évaluer leurs compétences, ainsi que la difficulté d'obtenir des prêts des institutions financières canadiennes pour couvrir ces coûts. Les fonctionnaires fédéraux ont également déclaré au comité que RHDCC s'efforce de résoudre ce problème grâce à un projet pilote financé par le budget de 2011 qui aiderait les PSFE à couvrir les coûts de la reconnaissance des titres de compétences étrangers<sup>127</sup>.

### **3) Augmentation du nombre de professionnels de la santé dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire**

Les témoins ont décrit au comité les efforts déployés par le gouvernement fédéral pour accroître le nombre de travailleurs de la santé bilingues, en particulier dans les régions où les communautés francophones représentent un très petit pourcentage de la population (moins de 2 % à Terre-Neuve-et-Labrador, en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan)<sup>128</sup>. Le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé finance un regroupement de onze collèges et universités, au Canada, offrant 90 programmes en français de

---

<sup>124</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011 [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>125</sup> *Ibid.*

<sup>126</sup> Société canadienne de science de laboratoire médical, *Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Étude des progrès à la réalisation du Plan décennal pour consolider les soins de santé établi en 2004*, mémoire, novembre 2011.

<sup>127</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>128</sup> *Ibid.*

formation postsecondaire en santé. Cette initiative a permis à plus de 2 200 étudiants du volet francophone d'obtenir leur diplôme postsecondaire depuis 2004 et à 8 200 travailleurs de la santé au Québec de suivre leur formation en anglais. Les témoins ont aussi indiqué au comité que ces investissements ont également permis d'offrir des services d'urgence en français en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'un service de télésanté en français à la population acadienne de la province<sup>129</sup>.

Même si les témoins estiment que le nombre de professionnels de la santé francophones a augmenté, ils pensent que ces ressources ne sont pas utilisées de la façon la plus efficace dans le système de soins de santé<sup>130</sup>. Ils ont expliqué qu'il faut collecter des données sur les langues parlées par les professionnels de la santé et les patients afin de mesurer les résultats des efforts déployés pour améliorer l'accès aux services de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire et s'assurer que les besoins linguistiques sont respectés dans les systèmes de soins de santé.

#### **4) Augmentation du nombre de professionnels de la santé dans les collectivités autochtones**

En plus des initiatives visant à accroître le nombre de professionnels de la santé qui servent les communautés minoritaires, les témoins ont déclaré au comité que Santé Canada a établi un programme de 100 millions de dollars appelé l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), afin de tenir les engagements en RHS pris dans le Plan décennal. D'après les fonctionnaires fédéraux, l'IRHSA a donné des bourses qui ont permis à plus de 2 200 étudiants d'entreprendre des études pour faire carrière dans un vaste éventail de professions de la santé. En réponse à une question de suivi posée par les membres du comité, Santé Canada a fait remarquer que 91 % des boursiers de l'IRHSA, y compris 436 infirmières et infirmiers et 62 médecins, affirment que les bourses ont joué un grand rôle dans leur capacité de poursuivre des études postsecondaires. En outre, le comité a appris que l'IRHSA a financé plus de 240 projets menés de concert avec les établissements d'enseignement postsecondaire, qui ont offert du soutien aux étudiants, des programmes de transition et un accès à des programmes d'études postsecondaires en santé ou en adaptation du cursus, et à d'autres projets. L'IRHSA a aussi permis d'établir des cadres de compétences culturelles des médecins et du personnel infirmier qui sont mis en œuvre dans les universités et les collèges de tout le Canada.

Les fonctionnaires ont aussi fait remarquer dans un suivi au comité que dans la dernière décennie, soit depuis 2004, le pourcentage d'Autochtones dans les professions de la santé a doublé. Par exemple, le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires et de médecins autochtones a augmenté respectivement de 130 % et de 246 %. Le comité a aussi appris que l'IRHSA a été renouvelé pour cinq autres années dans le budget de 2010 et doté de 80 millions de dollars.

---

<sup>129</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>130</sup> *Ibid.*

L'IRHSA tourne maintenant son attention vers les travailleurs de la santé œuvrant dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites afin de faire en sorte qu'ils aient des compétences et des diplômes comparables à ceux des travailleurs de la santé intégrés aux systèmes de santé des provinces et des territoires.

Les organisations autochtones qui ont témoigné devant le comité ont indiqué que l'IRHSA représentait un programme fructueux démontrant l'engagement du gouvernement fédéral envers la santé autochtone<sup>131</sup>. Même si ces organisations apprécient le financement fourni par l'IRHSA, elles estiment que le financement des projets est à court terme, ce qui complique la planification des programmes. En outre, les témoins ont fait remarquer que l'IRHSA représente une approche pan-autochtone des RHS au lieu de tenir compte des besoins et des situations particulières des différents peuples autochtones du Canada. Ces questions ont également été soulevées au sujet d'autres mesures prises dans le contexte du communiqué *Améliorer l'état de santé des Autochtones*.

#### **5) Allègement du fardeau financier des étudiants dans certaines professions de la santé**

Les fonctionnaires fédéraux ont indiqué au comité que le gouvernement du Canada a pris plusieurs mesures dans le budget de 2011 pour alléger le fardeau financier des étudiants dans certaines professions de la santé, y compris des médecins de famille, des infirmières et infirmiers praticiens, et des infirmières et infirmiers qui travaillent dans des collectivités rurales et éloignées qui sont mal desservies, notamment celles où des services de santé sont offerts aux membres des Premières nations et aux populations inuites<sup>132</sup>. L'annulation des prêts d'études des médecins de famille variera de 8 000 \$ à 40 000 \$ par année.

#### **6) Planification des ressources humaines en santé avec les provinces et les territoires intéressés**

D'après un mémoire du Comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), le comité a appris que le CCPSSRH menait des travaux dans le domaine de la planification des RHS à l'échelle pancanadienne<sup>133</sup>. Mais le CCPSSRH a fait remarquer dans son mémoire que ces travaux découlaient de son mandat de prodiguer aux sous-ministres des conseils de nature politique et stratégique relativement à la planification, l'organisation et la prestation de services de santé, y compris les questions relatives aux RHS,

---

<sup>131</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 7, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 17 novembre, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>132</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>133</sup> Comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *Présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, Ottawa, Canada, novembre 2011.

plutôt que des engagements particuliers pris dans le Plan décennal. À l'appui des principes du Plan décennal, le CCPSSRH a élaboré le *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* qui a été approuvé par les ministres de la Santé FPT en octobre 2005 et mis à jour en 2007. Le *Cadre* vise quatre grands objectifs : améliorer la capacité de planification; harmoniser l'enseignement avec les objectifs ayant trait à l'effectif; assurer la combinaison et l'utilisation efficaces des compétences des fournisseurs de soins; favoriser un effectif durable et des milieux de travail sains. Dans son mémoire, le CCPSSRH a fait remarquer que, selon les provinces et les territoires, le *Cadre* leur a permis de réaliser des progrès dans chacun de ces domaines.

Les témoins ont toutefois déclaré au comité que le gouvernement fédéral doit renforcer son rôle de chef de file dans la promotion de la collaboration pancanadienne en matière de planification des ressources humaines en santé<sup>134</sup>. En l'absence d'un leadership plus robuste, ont-ils fait valoir, il y a une concurrence continue entre les provinces et les territoires pour obtenir davantage de professionnels de la santé, ce qui crée des pénuries dans certaines régions. De plus, le comité a appris que la planification est insuffisante pour s'assurer que les bons professionnels de la santé sont formés de manière à répondre aux besoins des systèmes de santé et de la population, en particulier dans les professions hors du secteur des soins actifs, comme les aides à domicile, les travailleurs sociaux et les psychologues. Ce problème a aussi été évoqué dans le mémoire de CCPSSRH.

Devant ces défis, les témoins ont recommandé la création d'un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé, qui serait chargé d'élaborer la base de données à l'appui de la planification des RHS et de coordonner la collaboration pancanadienne et l'échange de pratiques exemplaires dans le domaine<sup>135</sup>. Un observatoire pancanadien des ressources humaines en santé rassemblerait des chercheurs, des professionnels de la santé et des représentants de gouvernements, d'employeurs, de syndicats et d'organismes internationaux qui seraient chargés de suivre et d'analyser les tendances en matière de résultats pour la santé, de politique de la santé et de RHS, puis de fournir aux décideurs des conseils fondés sur des faits. L'observatoire pourrait aussi servir de mécanisme de transfert de savoir, où les pratiques exemplaires en matière de RHS seraient partagées entre les parties intéressées. Le comité a appris que des observatoires des RHS ont été établis dans d'autres pays, notamment le Royaume-Uni et les États-Unis, et que des mesures sont prises actuellement pour évaluer leur incidence.

---

<sup>134</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47); et Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011.

<sup>135</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 5 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evb-49076-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

### **C. Mesures à prendre : observations et recommandations du comité**

Dans l'ensemble, les témoins ont indiqué au comité qu'il y a eu des hausses importantes du nombre de professionnels de la santé au Canada depuis que le Plan décennal a été établi en 2004, y compris dans des domaines de compétence fédérale comme les communautés de langue officielle en situation minoritaire, ainsi que les collectivités des Premières nations et inuites. Le comité a appris que les gouvernements FPT ont effectué des investissements importants dans les initiatives de RHS qui ont permis ces hausses. Mais il a aussi appris que les pénuries restent problématiques, notamment dans les régions rurales et éloignées et dans les collectivités autochtones. Le Comité a également appris qu'il y a lieu de déployer des efforts plus importants pour promouvoir l'instruction et la formation interprofessionnelles des spécialistes de la santé afin de favoriser la création d'équipes multidisciplinaires dans tout le pays et de décroquer progressivement le système de prestation des soins médicaux. Par ailleurs, le Comité estime qu'il faut accélérer les efforts actuels destinés à appuyer l'intégration des PSFE dans les systèmes de soins de santé. Le comité estime que le gouvernement fédéral, puisque c'est l'un de ses engagements décrits dans le Plan décennal, doit jouer un plus grand rôle de leadership dans la promotion de la collaboration pancanadienne dans la planification des RHS avec les provinces et les territoires intéressés, en utilisant les mécanismes existants ou en en créant de nouveaux. Comme les témoins l'ont expliqué, il faut aider les provinces et les territoires à déterminer quels professionnels de la santé doivent être formés pour tenir compte des besoins différents de leur population et répondre à ces besoins, tels que le besoin d'offrir des services de santé qui reflètent les langues et les cultures différentes des Canadiens. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 8**

**Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de collaborer avec les provinces et les territoires pour :**

- a) évaluer l'incidence des observatoires en matière de ressources humaines en santé dans d'autres compétences;**
- b) réaliser une étude de faisabilité et déterminer l'avantage de créer un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé et faire rapport de ses conclusions;**

#### **RECOMMANDATION 9**

**Que l'Institut canadien d'information sur la santé ajoute des variables linguistiques dans les données qu'il collecte sur les ressources humaines en santé et les populations servies par les systèmes de soins de santé du Canada.**

#### **RECOMMANDATION 10**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires ainsi que les organismes de santé pertinents pour réduire les iniquités dans les ressources humaines en santé, notamment en région rurale et éloignée, auprès des populations vulnérables et dans les communautés autochtones.**

#### **RECOMMANDATION 11**

**Que le gouvernement fédéral, dans le cadre de son Programme de reconnaissance des compétences des travailleurs étrangers, prenne l'initiative de travailler avec les provinces, les territoires et les organismes pertinents en vue de renforcer leurs efforts visant à améliorer l'évaluation et la reconnaissance des compétences des professionnels de la santé ayant fait leurs études ailleurs dans le monde pour qu'il soit possible de les intégrer pleinement aux systèmes de soins de santé canadiens, conformément aux principes, aux obligations et aux objectifs adoptés par le fédéral, les provinces et les territoires en vertu du *Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*.**

#### **RECOMMANDATION 12**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent avec les universités et les collèges pour accroître la formation interprofessionnelle des professionnels de la santé afin de poursuivre la mise sur pied d'équipes de soins de santé multidisciplinaires au Canada.**

## 5. SOINS À DOMICILE

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les soins à domicile

L'Association canadienne de soins et services à domicile définit les soins à domicile comme « une gamme de services fournis au domicile ou dans la collectivité à des personnes de tous âges et qui englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention curative, des soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien ménager, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que du soutien pour l'aidant naturel (familial) ». La plupart des provinces partagent cette définition<sup>136</sup>. Bien que ces services soient considérés comme un « service complémentaire de santé » en vertu de la Loi canadienne sur la santé et ne soient donc pas considérés comme un service assuré, l'ICIS indique que toutes les provinces et tous les territoires fournissent et paient divers types de services de soins à domicile<sup>137</sup>. Le gouvernement fédéral fournit des services de soins à domicile aux anciens combattants, aux membres des Premières nations qui vivent dans les réserves et aux Inuits dans certaines collectivités<sup>138</sup>. L'Association canadienne de soins et services à domicile évalue à 1,8 million le nombre de Canadiens qui reçoivent tous les ans des services de soins à domicile subventionnés, au coût estimatif de 5,8 milliards de dollars, ce qui représente 4,3 % des fonds consacrés aux soins de santé publics au Canada<sup>139</sup>.

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu l'importance des soins à domicile, qu'ils considéraient comme une composante essentielle d'un système de santé moderne, intégré et axé sur le patient<sup>140</sup>. Ils considéraient également les services de soins à domicile comme des moyens rentables de fournir des services susceptibles de prévenir l'hospitalisation, ou de fournir des soins de suivi. Par conséquent, ils ont convenu de couvrir, à partir du premier dollar<sup>141</sup>, un certain nombre de services de soins à domicile, en fonction des besoins déterminés, avant 2006<sup>142</sup> :

- des soins actifs à domicile de courte durée pour la gestion des cas pendant deux semaines, les médicaments administrés par voie intraveineuse liés au diagnostic posé au moment du congé de l'hôpital, les soins infirmiers et personnels;

---

<sup>136</sup> Association canadienne de soins et services à domicile, *Info-soins à domicile*, <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?doc=226> ; et Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>137</sup> *Ibid.*

<sup>138</sup> *Ibid.*

<sup>139</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>140</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>141</sup> La couverture à partir du premier dollar désigne une police d'assurance qui couvre tous les coûts du service, sans que le client n'ait à payer de franchise.

<sup>142</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

- des soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile pour la gestion du cas pendant deux semaines et des services d'intervention d'urgence;
- des soins de fin de vie pour la gestion du cas, des soins infirmiers, des produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et des soins personnels de fin de vie.

Les rapports prévus dans le Plan décennal comprenaient des rapports des provinces et des territoires sur la mise en œuvre de ces services et des rapports des ministres de la Santé aux premiers ministres sur les prochaines étapes pour honorer l'engagement envers les soins à domicile, avant le 31 décembre 2006.

## **B. Progrès à ce jour concernant les soins à domicile**

Les témoins ont indiqué au comité que les engagements pris dans le Plan décennal concernant la prestation de services de soins à domicile de courte durée pendant deux semaines ont entraîné une hausse marquée du volume des services offerts et des patients servis<sup>143</sup>. De plus, l'importance accordée aux soins à domicile de courte durée a eu pour avantage de promouvoir l'intégration des soins actifs et des soins à domicile, ce qui a atténué le problème des patients aux autres niveaux de soins (ANS) dont il a été question au sujet des temps d'attente<sup>144</sup>. Par exemple, le comité a reçu des mémoires décrivant un programme ontarien appelé *Chez soi avant tout*, une philosophie de gestion de la transition personnalisée et basée sur des données probantes qui vise à donner aux patients le soutien dont ils ont besoin pour retourner chez eux après leur congé de l'hôpital avant de subir une évaluation visant à déterminer s'ils doivent ou non être admis dans un centre de soins de longue durée (CSLD) ou un autre établissement de soins approprié<sup>145</sup>. Dans ce programme, le transfert des patients d'un hôpital à un CSLD n'est envisagé que lorsque toutes les autres options communautaires ont été examinées. Le programme a permis une diminution de 75 000 jours d'ANS dans les hôpitaux de l'Ontario. Le comité a appris que 30 à 50 % des patients hospitalisés qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soin pourraient profiter de services à domicile et qu'il faut des investissements et des programmes continus visant l'intégration des soins actifs et des soins à domicile, y compris promouvoir un changement d'attitude chez les dispensateurs de soins de santé, pour qu'ils comprennent que les patients et les familles devraient prendre les décisions sur les soins à domicile.

---

<sup>143</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>144</sup> *Ibid.*

<sup>145</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Comité du Sénat – Affaires sociales, sciences et technologie : Examen des progrès dans la mise en œuvre du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé*, mémoire, 28 novembre 2011.

Le comité a cependant appris également que l'accent mis dans le Plan décennal sur les soins actifs fournis à domicile a eu quelques conséquences négatives inattendues<sup>146</sup>. Premièrement, les provinces et les territoires ont réduit les soins de longue durée pour les personnes âgées. Deuxièmement, il y a eu un transfert des coûts pour les médicaments et les fournitures médicales aux patients et à leurs familles, puisque ces coûts auraient été pris en charge en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* si ces patients étaient restés à l'hôpital. Par conséquent, les témoins ont fait valoir que ce fardeau financier a incité certains patients à choisir de rester à l'hôpital, étant donné que les médicaments et les fournitures médicales hors du contexte hospitalier ne sont pas pris en charge par les régimes publics existants d'assurance-médicaments. Les témoins ont donc recommandé de mettre en place un programme national de remboursement des médicaments onéreux afin de réduire les coûts assumés par les patients et les familles lorsque les soins sont donnés à domicile.

En ce qui concerne les soins de santé mentale actifs et à court terme à domicile, les témoins ont indiqué au comité que les services de santé mentale ne sont actuellement pas inclus dans le mandat de la plupart des programmes de soins à domicile. Les autorités refilent plutôt le financement de ces services aux ministères ou aux autres organismes gouvernementaux qui fournissent ces services par la voie des organismes de santé mentale établis<sup>147</sup>. Le comité a appris que la Saskatchewan est la seule province à offrir des services de santé mentale dans le cadre des soins à domicile. Les témoins ont fait valoir que l'absence d'intégration des services de santé mentale et des soins à domicile s'explique notamment par le fait que les règles d'admissibilité ou les évaluations des besoins de soins à domicile ne prévoient pas d'évaluations de la santé mentale et que les prestataires de soins à domicile ne possèdent pas les compétences nécessaires pour s'occuper de la santé mentale.

Les témoins ont indiqué au comité que les provinces et les territoires ont tenu leurs engagements concernant les soins de fin de vie. En particulier, ils ont fait remarquer qu'en 2011, les provinces et les territoires avaient tous établi une couverture pour des produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs, mais que l'accès à certains de ces programmes est parfois problématique<sup>148</sup>. Les témoins ont fait remarquer qu'il y a des écarts importants dans la qualité des soins de fin de vie d'un océan à l'autre, puisque seulement 30 % des Canadiens ont accès à ce qui est considéré comme des soins de fin de vie de grande qualité. De plus, ils ont fait remarquer que le Canada se classe au 9<sup>e</sup> rang parmi 40 pays du monde en ce qui concerne le coût de ses soins palliatifs et au 27<sup>e</sup> rang en ce qui concerne le coût de la dernière année de vie. Le comité a appris que les coûts élevés et les inefficacités de la prestation des soins de fin de vie

---

<sup>146</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>147</sup> *Ibid.*

<sup>148</sup> *Ibid.*

sont liés en partie au fait que les Canadiens paient ces services de leur poche<sup>149</sup>. Ils ont aussi indiqué clairement que les engagements pris dans le Plan décennal concernant la fin de vie ne comprennent pas d'autres éléments importants comme un meilleur soutien aux aidants naturels, par l'adoption d'une stratégie canadienne qui viserait à alléger le fardeau financier des aidants naturels au moyen de divers soutiens financiers, et une intervention pour encourager les Canadiens à discuter des soins de fin de vie et à les planifier.

En ce qui concerne les rapports à présenter sur les soins à domicile conformément à l'accord, les témoins ont indiqué que les provinces et les territoires n'ont pas produit de rapports décrivant les progrès qu'ils ont réalisés pour tenir leurs engagements relatifs aux soins à domicile. Les fonctionnaires fédéraux qui ont témoigné devant le comité ont fait observer que cela s'explique par le fait que les provinces et les territoires ne se sont pas entendus sur les mesures et indicateurs de progrès pertinents dans ce domaine<sup>150</sup>. Ils ont cependant fait remarquer que le Conseil canadien de la santé devrait présenter au début de 2012 un rapport sur les progrès dans ce domaine.

### **C. Mesures à prendre concernant les soins à domicile : observations et recommandations du comité**

L'examen du comité a révélé que les provinces et les territoires ont réalisé des progrès pour améliorer l'accès aux soins actifs à domicile; aux soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile; et aux soins de fin de vie. Le Comité a également appris avec satisfaction que la priorité accordée aux services de soins actifs à domicile dans le plan décennal a donné lieu à des méthodes novatrices en matière d'intégration des soins actifs et des soins à domicile. L'examen a cependant révélé que les gouvernements n'ont pas respecté les conditions redditionnelles prévues dans le plan concernant les soins à domicile en raison d'un désaccord sur les indicateurs et les cibles à retenir pour mesurer les progrès à cet égard. Le comité partage également les préoccupations des témoins concernant la hausse des coûts des médicaments et des fournitures médicales assumés par les patients et les familles lorsque les soins ne sont pas prodigués à l'hôpital, ainsi que la réduction des soins à domicile de longue durée offerts, en raison de l'alourdissement du fardeau des maladies chroniques au Canada<sup>151</sup>. Le comité a également été informé par des témoins que, dans l'ensemble, le plan décennal traduit une

---

<sup>149</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>150</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 24 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>151</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

perspective étroite des soins à domicile, qui ne comprend pas de mesures visant à garantir l'accès à un large éventail de services considérés comme importants par les témoins, par exemple en matière de prévention des maladies, de promotion de la santé, de maintien à domicile, de suivi auprès des patients et d'appui aux aidants naturels. Par ailleurs, le Comité a appris qu'il conviendrait de considérer les soins à domicile comme partie intégrante des systèmes de soins médicaux et de mieux les intégrer aux soins actifs et aux soins primaires, ainsi qu'à toute la gamme des soins continus (qui comprennent les soins palliatifs et les soins de longue durée en établissement). De même, le comité a constaté qu'il faut intégrer la prestation des soins à domicile et des services de santé mentale. Enfin, le Comité est d'accord avec les témoins pour dire que les gouvernements doivent prendre d'autres mesures pour promouvoir l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité supérieure au Canada, et ce dans toutes sortes de cadres, et pour sensibiliser les Canadiens à l'importance de la planification des soins de fin de vie. Le comité fait donc les recommandations suivantes :

### **RECOMMANDATION 13**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants pour élaborer des indicateurs afin de mesurer la qualité et l'uniformité des soins à domicile, des soins de fin de vie et d'autres services de soins continus au pays.**

### **RECOMMANDATION 14**

**Que, s'il y a lieu, les compétences envisagent d'élargir leur régime public d'assurance-médicaments afin de prendre en charge les médicaments et les fournitures utilisés par les bénéficiaires qui reçoivent des soins à domicile.**

### **RECOMMANDATION 15**

**Que la Commission de la santé mentale du Canada collabore avec le secteur des soins à domicile afin de trouver des moyens de promouvoir l'intégration des soins de santé mentale et des soins à domicile.**

### **RECOMMANDATION 16**

**Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires en vue de mettre sur pied une campagne de sensibilisation sur l'importance de planifier les soins de fin de vie.**

### **RECOMMANDATION 17**

**Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer une stratégie pancanadienne des aidants naturels qui**

**viserait entre autres à alléger le fardeau financier que doivent assumer les aidants naturels.**

#### **RECOMMANDATION 18**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour accroître l'accès aux soins palliatifs dans le cadre des services de fin de vie assurés par une vaste gamme d'établissements, dont les centres de soins palliatifs.**

#### **RECOMMANDATION 19**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux élaborent et mettent en œuvre une stratégie sur les soins continus au Canada, dans le but d'intégrer aux systèmes de soins de santé, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les services de répit et les soins palliatifs. La stratégie fixerait des objectifs et des indicateurs explicites en ce qui a trait à l'accès, à la qualité et à l'intégration de ces services, et exigerait des gouvernements qu'ils rendent compte régulièrement des résultats aux Canadiens.**

## 6. RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant la réforme des soins primaires

Santé Canada définit les soins de santé primaires comme une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement<sup>152</sup>. La portée des soins de santé primaires est large et comprend la prévention et le traitement de blessures et de maladies communes; les services d'urgence de base; des aiguillages et la coordination avec d'autres niveaux de soins; les soins de santé mentale primaires; les soins palliatifs et les soins de fin de vie; la promotion de la santé; le développement sain des enfants; les soins de maternité primaires et les services de réadaptation.

Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires qui portent précisément sur la prestation de services de santé. Au Canada, les services de soins primaires étaient surtout fournis par les médecins de famille et les praticiens médicaux généraux qui mettaient l'accent sur le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures. Mais à la fin des années 1990, ce modèle a été considéré comme peu satisfaisant et a soulevé plusieurs inquiétudes, y compris<sup>153</sup> :

- le manque relatif d'accent mis sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie qui a été associé à de hauts taux de maladies évitables;
- le manque de continuité, dont quelques établissements et fournisseurs qui semblent travailler de façon isolée les uns par rapport aux autres;
- les problèmes relatifs à l'accès, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, mais aussi dans les centres urbains où le manque de services après les heures normales de travail se solde souvent par le recours aux salles d'urgence pour des soins non urgents;
- les inquiétudes des fournisseurs par rapport à leurs conditions de travail, incluant les longues heures de travail et les impacts qui se répercutent sur leur propre santé et leur vie familiale.

À cause de ces préoccupations, la réforme des soins de santé primaires a visé à remplacer le modèle fondé sur le médecin par un modèle fondé sur des soins en équipe, dans lequel les médecins de famille, les infirmières et infirmiers, et d'autres professionnels de la santé travaillent main dans la main pour améliorer l'accès aux services de santé; employer les ressources plus efficacement; et répondre ainsi à un vaste éventail de besoins de soins de santé, depuis la promotion de la santé jusqu'à la gestion des maladies chroniques.

---

<sup>152</sup> Santé Canada, *À propos des soins de santé primaires*, 21 juin 2006, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>.

<sup>153</sup> *Ibid.*

Le Plan décennal a fait ressortir que l'accès en temps opportun à des services de santé à la famille et communautaires par la réforme des soins de santé primaires restait une priorité et il a renforcé l'engagement pris par les premiers ministres dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé de s'assurer que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avant 2011<sup>154</sup>. Les premiers ministres ont aussi convenu d'établir un réseau de pratiques exemplaires afin d'échanger des informations et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires, comme la portée de l'exercice professionnel. Les premiers ministres se sont entendus pour rendre régulièrement des comptes sur les progrès réalisés dans ces domaines.

## **B. Progrès à ce jour**

Les témoins ont indiqué au comité que des progrès insuffisants ont été réalisés en vue d'atteindre l'objectif que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avant 2011. Même si le nombre exact de Canadiens inscrits comme patients dans des équipes de santé multidisciplinaires est inconnu, les témoins ont déclaré que 32 % des Canadiens ont accès à plus d'un type de prestataire de soins de santé. Comme il est indiqué dans les sections précédentes du rapport, les témoins ont également déclaré au comité que les Canadiens continuent d'avoir du mal à accéder à des services de soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, puisque environ 42 % des Canadiens obtiennent un rendez-vous la journée même ou le lendemain en cas de maladie ou de soins à prodiguer et que les services d'urgence sont très fréquentés, alors qu'environ 44 % des Canadiens signalent avoir utilisé les services d'urgence dans les deux années précédentes<sup>155</sup>. De plus, le comité a appris que, bien que les services de télésanté aient pris beaucoup d'expansion au Canada, il n'existe pas actuellement d'inventaire, pas de rapport combiné, pour déterminer dans quelle mesure les Canadiens ont eu accès à ce type de service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avant 2011<sup>156</sup>.

Malgré les retards par rapport aux cibles de la réforme des soins primaires établies dans le Plan décennal, le comité a appris que des modèles novateurs d'équipes de soins de santé primaires ont été mis en place dans de nombreuses provinces au Canada, grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires créé en 2000 et doté de 800 millions de dollars. Quelques modèles novateurs comprennent les équipes de santé familiale en Ontario, le réseau de soins primaires en Alberta et les groupes de médecine familiale au Québec<sup>157</sup>. Les témoins ont

---

<sup>154</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>155</sup> Michael Schull, *Séance d'information au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Plan 2004-2010 pour renforcer les soins de santé*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 29 septembre 2011.

<sup>156</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011.

<sup>157</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 19 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

aussi cité en exemple de modèle de collaboration le Centre de médecine familiale au Manitoba, où des infirmières et des infirmiers ont été intégrés avec succès dans une pratique médicale, ce qui leur a permis de prodiguer des soins de routine, de faire la promotion de la santé, de dépister des problèmes de santé et d'assurer d'autres soins préventifs, libérant ainsi les médecins pour qu'ils voient des patients dont les besoins sont plus complexes. Le comité a appris que le Collège des médecins de famille a élaboré son propre modèle de soins de santé primaires complet appelé l'initiative des « Centres médicaux axés sur les patients », qui propose des façons d'améliorer l'accès, la coordination et la prestation d'une gamme plus complète de services, en tirant profit des forces existantes de la médecine familiale et des soins primaires au Canada et qui pourrait servir de modèle aux provinces et territoires pour atteindre les objectifs de l'accord<sup>158</sup>.

Le comité a appris que ces types de modèles se sont révélés efficaces pour prévenir et gérer les maladies chroniques, ce qui a atténué les pressions sur le secteur des soins actifs<sup>159</sup>. Par exemple, le comité a appris que des interventions préventives dans les services de soins de santé primaires, comme des soins des pieds aux diabétiques, pourraient réduire le nombre d'amputations de la jambe. En outre, ces types de services de prévention n'ont pas besoin d'être offerts par des professionnels de la santé très qualifiés et ne coûtent pas cher. Les témoins ont expliqué qu'il faut davantage de modèles d'équipes de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins de santé au Canada, puisqu'on évalue que 80 % des besoins de soins de santé en Amérique du Nord touchent actuellement à la gestion des maladies chroniques plutôt qu'aux soins actifs.

En outre, le comité a appris que la mise en œuvre de modèles de soins de santé primaires collaboratifs dans diverses provinces a aussi amélioré l'accès aux services de santé mentale et accru la capacité des soins primaires de gérer les problèmes de santé mentale et de dépendances, ce qui a amélioré les résultats cliniques, réduit les coûts des soins de santé et accru les probabilités de retour au travail<sup>160</sup>. Les témoins trouvaient important d'inclure les services de santé mentale dans les modèles de soins primaires étant donné que les maladies mentales représentent 15 % du fardeau des maladies au Canada<sup>161</sup>.

Même si la réforme des soins de santé primaires est en cours partout au Canada, le comité a appris qu'il s'agit encore de projets pilotes plutôt que de changements systémiques. D'après les témoins, il y a des barrières systémiques continues qui empêchent toujours la mise en place d'équipes multidisciplinaires de soins de santé partout au Canada<sup>162</sup>. Ainsi, les témoins ont souligné que la rémunération des professionnels de la santé est un grand problème. Le comité a appris que les modèles traditionnels de rémunération à l'acte font que les médecins ne peuvent embaucher que les autres professionnels de la santé qu'ils ont les moyens de payer à même leurs

---

<sup>158</sup> *Ibid.*

<sup>159</sup> *Ibid.*

<sup>160</sup> *Ibid.*

<sup>161</sup> *Ibid.*

<sup>162</sup> *Ibid.*

honoraires. Par contre, le comité a appris que l'établissement de modèles de financement global a permis d'embaucher différents prestataires de soins de santé dans une équipe axée sur les besoins des patients servis. Le comité a appris que les modèles de paiement à l'acte nuisent aussi à l'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires. Par exemple, le comité s'est fait dire que les services de santé mentale ne peuvent être intégrés aux soins primaires que si les psychiatres donnent des consultations et des conseils aux médecins. Mais les psychiatres ne sont rémunérés qu'en fonction des visites en personne des patients, qui ne sont pas toujours nécessaires, et ils ne peuvent donc pas être remboursés pour ce type de service. En outre, le comité a appris que les médecins de famille ne sont pas rémunérés d'une manière qui reflète le temps et les compétences nécessaires pour gérer des patients souffrant de maladies chroniques complexes et que, par conséquent, le système n'incite pas suffisamment les médecins à accepter de suivre ces patients.

En outre, le comité a appris que tout ce système de rémunération est renforcé par la *Loi canadienne sur la santé*, qui vise à appuyer un système de soins de santé actifs axés sur les services d'un médecin, plutôt que le financement d'un système de soins primaires dont les services sont fournis par un vaste éventail de prestataires de soins de santé hors du contexte hospitalier<sup>163</sup>. Même si les témoins ont expliqué qu'aucun modèle de rémunération unique ne pourrait fonctionner pour tous les secteurs du système de soins de santé, ils ont indiqué que la réforme des soins de santé pourrait se faire en établissant des modèles de financement adaptés aux types de services de soins de santé dont les Canadiens ont besoin actuellement et aux grands objectifs de la politique publique, y compris la prévention de l'hospitalisation<sup>164</sup>.

Enfin, les témoins ont indiqué au comité qu'il faut établir des structures de gestion pour orienter et contrôler le renouvellement des soins de santé primaires dans les provinces et territoires<sup>165</sup>. D'après les témoins, la plupart des soins de santé primaires au Canada sont actuellement prodigués par des médecins dans des cabinets privés qui facturent les régimes d'assurance publics pour les services qu'ils fournissent<sup>166</sup>. Par conséquent, ils n'ont pas nécessairement besoin d'offrir leurs services d'une manière conforme aux objectifs de la réforme des soins de santé primaires établis par les ministères de la santé provinciaux et territoriaux<sup>167</sup>. Afin de résoudre ce problème, les témoins ont expliqué au comité que certaines provinces ont établi de nouvelles structures de gestion afin d'harmoniser le mandat des ministères de la santé et

---

<sup>163</sup> *Ibid.*

<sup>164</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>165</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011.

<sup>166</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 19 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>167</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011.

la prestation des soins de santé primaires, dans certains cas en reliant les accords de financement aux objectifs de la politique publique concernant les soins primaires, tels que la prestation de services de soins de santé préventifs, l'adoption des dossiers de santé électroniques et la prestation de soins en dehors des heures normales<sup>168</sup>. Le comité s'est fait dire qu'il faut s'efforcer davantage d'élaborer ces types de structures de gouvernance pour faire avancer la réforme des soins de santé primaires dans tous les systèmes.

Pour accélérer la réforme des soins de santé primaires au Canada, les témoins ont indiqué au comité qu'il faut évaluer les nouveaux modèles de soins de santé primaires afin de déterminer lesquels réussissent le mieux et quels facteurs fondamentaux dans le système ont facilité la réforme dans ce domaine<sup>169</sup>. Les représentants des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont déclaré au comité que leur nouvelle stratégie de recherche axée sur le patient vise à résoudre ce problème au cours des cinq prochaines années en mettant à l'épreuve de nouveaux modèles de soins primaires, en surveillant le succès et en collaborant avec les décideurs afin d'étudier les conditions nécessaires pour généraliser la mise en œuvre de ces modèles dans d'autres régions du pays, de manière à couvrir 30 % des Canadiens, d'un océan à l'autre<sup>170</sup>.

Quelques témoins ont indiqué qu'il faut d'autre financement fédéral ciblé pour la réforme des soins de santé primaires. Ils ont recommandé que le nouveau financement ciblé mette l'accent sur des fonds de démarrage facilitant la mise en œuvre de modèles de pratiques exemplaires de soins de santé primaires dans d'autres régions du pays, grâce à un Fonds canadien pour l'innovation en santé. D'autres témoins ont fait remarquer que le financement fédéral affecté à la réforme des soins primaires devrait prévoir des mécanismes renforcés de reddition des comptes. Par exemple, le comité a appris que l'une des raisons pour lesquelles le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ou d'autres transferts fédéraux n'ont pas entraîné une réforme systématique des soins de santé est qu'ils ne prévoient pas de mécanismes de reddition des comptes, comme des conditions exigeant que le financement cible certains domaines. Par conséquent, les provinces et territoires ne sont pas tenus d'atteindre les cibles fixées dans le Plan décennal pour recevoir du financement du gouvernement fédéral. Les témoins ont donc recommandé que le financement fédéral futur destiné à promouvoir la réforme des soins

---

<sup>168</sup> Ces exemples sont tirés du rapport suivant, cité par le Conseil canadien de la santé dans son mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011 : McMaster Health Forum, *Issue Brief: Strengthening Primary Health Care in Canada*, janvier 2010, [http://fhs.wedge.mcmaster.ca/healthforum/docs/Strengthening%20Primary%20Healthcare%20in%20Canada\\_issue-brief\\_2010-01-08.pdf](http://fhs.wedge.mcmaster.ca/healthforum/docs/Strengthening%20Primary%20Healthcare%20in%20Canada_issue-brief_2010-01-08.pdf).

<sup>169</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011; et Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 24 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>170</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

primaires prévoient des mécanismes de reddition des comptes plus rigoureux, comme l'établissement d'une vision globale du système de soins de santé, qui comprendrait des buts, des cibles et des indicateurs afin de pouvoir déterminer si les résultats sont obtenus, et que le financement soit accordé en fonction des résultats.

### **C. Mesures à prendre pour faire avancer la réforme des soins primaires : observations et recommandations du comité**

L'examen du comité a révélé que, malgré les nombreuses innovations apportées dans les soins primaires pour faire en sorte que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires de soins de santé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les provinces et territoires n'ont pas encore atteint cet objectif. Les témoins ont déclaré au comité que les grands problèmes à surmonter pour réformer systématiquement les soins primaires comprennent les modèles de rémunération actuels; l'absence de mécanismes de gouvernance pour gérer et orienter la réforme; et le besoin de rendre les accords de financement ciblés et conditionnels. Le Comité est d'avis que les provinces et territoires doivent trouver des moyens de régler ces problèmes et se réengager à réaliser les objectifs énoncés dans le plan décennal. Le comité a également appris qu'il faut évaluer les nouveaux modèles novateurs de soins de santé primaires établis grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, y compris les facteurs fondamentaux qui ont assuré leur réussite, une tâche à laquelle s'attaquent actuellement les IRSC. Le comité n'a pas entendu de témoignages concernant l'état actuel du réseau de pratiques exemplaires qui devait être établi pour échanger de l'information et discuter des problèmes communs relatifs à la réforme des soins primaires. Il fait cependant remarquer qu'en 2008, le Conseil canadien de la santé a signalé que les gouvernements avaient créé le Réseau des pratiques exemplaires pour échanger de l'information et résoudre des problèmes communs liés à la réforme des soins de santé primaires, conformément à leurs engagements dans le Plan décennal, mais que le réseau avait été démantelé en 2006 par manque de financement ciblé pour le maintenir en vie<sup>171</sup>. En outre, les témoins ont déclaré au comité qu'il y a un besoin continu d'échanger les pratiques exemplaires relatives à la réforme des soins de santé primaires et de travailler main dans la main pour résoudre des problèmes communs dans ce domaine. Les témoins estimaient que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de leadership dans ce domaine, en faisant la promotion du partage des pratiques exemplaires à cet égard. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 20**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en commun des pratiques exemplaires afin d'envisager des solutions pour les problèmes communs associés à la réforme des soins primaires, comme la rémunération des professionnels de**

---

<sup>171</sup> Conseil canadien de la santé, *Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*, juin 2008, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/hc-sc/H174-15-2008F.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H174-15-2008F.pdf)

**la santé; l'établissement de structures de gestion pour guider la réforme des soins primaires; et le recours à des accords de financement liés aux objectifs de santé publique.**

**RECOMMANDATION 21**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue de rétablir l'objectif de veiller à ce que 50 % des Canadiens aient accès 24 heures par jour et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires d'ici 2014.**

## 7. DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES ET TÉLÉSANTÉ

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les dossiers de santé électroniques et la télésanté

Un dossier de santé électronique (DSE) désigne un bilan, numérisé ou informatisé, qui fournit en toute sécurité et confidentialité tous les antécédents d'un patient dans le système de soins de santé<sup>172</sup>. Les renseignements sur la santé des patients proviennent de sources diverses comme les médecins, les hôpitaux, les laboratoires de diagnostic et les pharmaciens. Cette information est échangée électroniquement par les praticiens de différentes unités de prestation de soins de santé dans une même région, province ou territoire, et à l'échelle du pays. Afin de pouvoir échanger l'information entre les régions, les provinces ou les territoires, il faut mettre en place un réseau commun interopérable ou compatible. On confond parfois les DSE avec les dossiers médicaux électroniques (DME). Les DME stockent les renseignements complets sur la santé des patients (p. ex. résultats de tests de laboratoire, images, notes de consultant ou d'hôpital) au même endroit, comme le cabinet d'un médecin ou un centre de santé communautaire; seuls les professionnels autorisés travaillant à cet endroit peuvent avoir accès à cette information<sup>173</sup>. Les DME sont donc une composante essentielle d'un DSE complet.

Pour qu'un système de DSE soit entièrement fonctionnel partout au Canada, il faut élaborer les trois principales composantes suivantes : le stockage, les systèmes de point de service et la connexion :

- La fonction de stockage comprend six bases de données fondamentales dans toutes les provinces et tous les territoires : le registre des clients, le registre des prestataires; les dépôts d'imagerie diagnostique; les dépôts d'information de laboratoire; les dépôts d'information sur les médicaments; les dépôts d'informations complémentaires.
- La composante Système de point de service exige que tous les prestataires et établissements de soins de santé – les cabinets de médecins de famille, les hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous, les pharmacies, les laboratoires, etc. – utilisent des systèmes uniformes pour transmettre, consulter et gérer l'information sur la santé. Certains ont des systèmes prêts à adopter les DSE, alors que d'autres en sont au stade où il faudra créer de nouveaux systèmes électroniques ou actualiser les systèmes existants.

---

<sup>172</sup> Denis J. Protti, *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Gestion et technologie de l'information*, mars 2007, p. 2, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/sc-hc/H21-286-4-2007-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H21-286-4-2007-fra.pdf).

<sup>173</sup> *Ibid.*

- La composante Connexion exige l'installation d'une voie d'accès sécurisée qui permet la transmission de tout type d'information sur la santé entre tous les points de service d'une région, d'une province et, un jour, de partout au pays<sup>174</sup>.

Dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres ont reconnu que le développement des DSE et la télésanté faisaient partie intégrante du renouvellement des soins de santé, en particulier dans les régions rurales et éloignées<sup>175</sup>. Ils ont aussi reconnu l'importance de renforcer les investissements déjà effectués dans ce domaine dans le cadre des accords antérieurs sur la santé, et d'accélérer le développement des DSE partout au pays et de la télésanté dans les régions rurales et éloignées. Par conséquent, le gouvernement fédéral a convenu d'investir 100 millions de dollars de plus dans le développement des dossiers de santé électroniques par l'entremise d'Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute), la société privée sans but lucratif créée en 2001 pour jeter les bases d'un système de DSE interopérable et de définir et promouvoir des normes afin d'assurer l'interopérabilité<sup>176</sup>.

## B. Progrès à ce jour

Les témoins ont déclaré au comité que, depuis 2001, le gouvernement fédéral a investi 2,1 milliards de dollars dans Inforoute Santé du Canada Inc., afin de favoriser le développement des DSE et la télésanté partout au Canada<sup>177</sup>. Les témoins ont expliqué au comité que les investissements d'Inforoute dans les projets de TI en santé se font différemment de la plupart des dépenses en santé du gouvernement fédéral. Le comité a appris que les provinces et territoires sont responsables de l'élaboration de leur stratégie globale relative aux DSE et proposent et réalisent des projets conformes aux normes et aux critères d'admissibilité d'Inforoute Santé du Canada Inc. Inforoute Santé du Canada Inc. partage les coûts d'immobilisation de l'infrastructure des TI avec les provinces et les territoires, mais ne fournit le financement que lorsque les différentes étapes prévues sont terminées. Par conséquent, les provinces et les territoires contrôlent les échéanciers des projets.

Le comité a appris qu'après l'accord de 2004, Inforoute, les provinces et les territoires se sont entendus pour fixer deux objectifs concernant le développement des dossiers de santé électroniques<sup>178</sup>. Le premier était que les provinces et les territoires commenceraient à profiter des avantages des nouveaux investissements dans l'information sur la santé dès 2010. Le second était que les éléments de base d'un dossier de santé électronique seraient accessibles pour 50 %

<sup>174</sup> Inforoute Santé du Canada Inc., *Progrès des systèmes de technologies de l'information et des communications en santé au Canada*, <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-ehr/advancements>.

<sup>175</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, 2004*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>176</sup> *Ibid.*

<sup>177</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>178</sup> *Ibid.*

de la population canadienne avant la fin de 2010. Le comité a appris que le Bureau du vérificateur général a constaté que le premier objectif a été atteint bien avant l'échéance et que le second a été atteint en mars 2011.

Les témoins qui ont comparu devant le comité ont indiqué clairement que les investissements dans les dossiers de santé électroniques sont essentiels pour promouvoir la réforme des soins de santé dans tout le continuum des soins et qu'ils permettraient aux professionnels de la santé d'échanger l'information sur les patients plus rapidement et plus efficacement, ce qui réduirait les coûts de la santé et améliorerait la qualité des soins en réduisant les erreurs médicales et en surveillant mieux les résultats sur les patients<sup>179</sup>. Par exemple, le comité a appris que les investissements dans les systèmes d'information sur les médicaments, qui permettent aux cliniciens autorisés d'avoir accès aux profils pharmaceutiques des patients, de les gérer et de les échanger, ont aidé à éviter des interactions indésirables entre les médicaments. Le comité a appris que ces types de systèmes sont actuellement en place dans le tiers des pharmacies communautaires au Canada et près de la moitié des salles d'urgence des hôpitaux. D'après les études, les retombées des systèmes d'information sur les médicaments pourraient se chiffrer à 436 millions de dollars par année et les principaux avantages sont une plus grande sécurité pour les patients, la réduction de l'utilisation frauduleuse des médicaments et un gain de productivité des pharmaciens.

D'autres exemples présentés au comité portaient sur le rôle de l'imagerie diagnostique numérique pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès. L'imagerie numérique permet de recueillir, de stocker, de gérer et de transmettre les radiographies, les tomodensitogrammes, les IRM et d'autres images et rapports diagnostiques. Le comité a appris que 90 % des examens radiologiques les plus courants dans les hôpitaux canadiens sont maintenant numérisés, ce qui a augmenté de 25 % la productivité des radiologistes et des techniciens et permis de procéder à environ 11 millions d'examen supplémentaires tous les ans.

Les témoins ont également donné au comité des exemples de la manière dont la télésanté accroît l'accès aux soins dans les régions éloignées. Ainsi, des témoins ont déclaré au comité que le Canada a le plus grand réseau de vidéoconférence du monde, avec 5 700 sites de télésanté desservant 1 200 collectivités. Grâce à ce réseau, 250 000 séances de télésanté ont permis aux patients d'épargner du temps et de l'argent en leur évitant des déplacements totalisant près de 47 millions de kilomètres. Il importe cependant de souligner que, d'après d'autres témoins, il n'existe pas de système de rapport uniformisé pour déterminer combien de Canadiens ont accès à ces types de services.

Le comité a aussi entendu parler de « Rosie le Robot », un appareil mobile qui peut envoyer un médecin au chevet du patient, grâce à un écran de télévision, afin de guider les professionnels

---

<sup>179</sup> *Ibid.*

de la santé locaux dans différentes interventions médicales d'urgence<sup>180</sup>. Rosie coûte 150 000 \$, mais elle a permis à 28 patients d'éviter une évacuation médicale d'urgence dans une période de 15 mois, les vols pour effectuer ces évacuations coûtant 32 000 \$ de l'heure.

Malgré l'importance des dossiers de santé électroniques et de la télésanté pour la réforme des soins de santé, le comité a appris que d'importants problèmes nuisent à l'accélération de leur adoption partout au Canada<sup>181</sup>. En particulier, le nombre de médecins de soins primaires qui se servent de systèmes ou de dossiers médicaux électroniques est faible par rapport à d'autres pays. En 2009, l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé a révélé que seulement 37 % des médecins de soins primaires au Canada se servaient de dossiers de santé électroniques, comparativement à plus de 90 % des médecins en Australie, en Italie, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni<sup>182</sup>. Le comité a appris qu'Inforoute Santé du Canada Inc., les provinces et les territoires investissent actuellement pour résoudre ce problème, en se concertant pour inscrire 12 000 médecins et infirmières dans des programmes de dossiers médicaux électroniques, ce qui porterait à 60 % le taux de participation des médecins canadiens<sup>183</sup>.

Les témoins ont indiqué au comité que, pour promouvoir davantage l'adoption des dossiers médicaux électroniques chez les médecins, il faut offrir des mesures incitatives, comme relier l'utilisation des DME à la rémunération ou démontrer aux médecins une utilisation utile de ces outils telle que la manière dont les ordonnances électroniques pourraient améliorer leur travail<sup>184</sup>. D'autres ont fait valoir que la contribution des usagers est importante, parce que les systèmes d'information sensibles aux besoins locaux et les plus adaptés à ces besoins ont le plus de chance d'être adoptés.

Un autre grand problème présenté au comité est l'absence de compatibilité entre les systèmes de TI de la santé dans les provinces et territoires<sup>185</sup>. Le comité a appris que quelques projets de

---

<sup>180</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>181</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>182</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé : Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 10 mars 2011.

<sup>183</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>184</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>185</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

DSE achevés ne répondent pas aux normes de compatibilité à l'échelle nationale parce qu'ils ont été réalisés avant la mise en place de ces normes. Par conséquent, ils ne sont pas compatibles non plus avec d'autres systèmes locaux. Le comité s'est fait dire que les provinces et les territoires doivent insister sur la mise à niveau des systèmes existants afin de s'assurer qu'ils répondent aux normes de compatibilité à l'échelle nationale.

En outre, les témoins ont indiqué que la question de la protection des renseignements personnels contenus dans les dossiers de santé électroniques n'a pas encore été réglée, en particulier dans le contexte d'un dossier de santé électronique compatible à l'échelle nationale<sup>186</sup>. Le comité a appris qu'il faut harmoniser les lois fédérales, provinciales et territoriales qui régissent la collecte, l'utilisation, la protection et la divulgation des renseignements personnels sur la santé, étant donné que ces renseignements doivent pouvoir être transmis d'un endroit à l'autre pour être compatibles à l'échelle nationale.

Enfin, le comité a appris que, pour mettre en place un système de dossiers électroniques compatibles à l'échelle nationale, il faudrait investir beaucoup plus que ce qui a été investi jusqu'à maintenant, étant donné qu'Inforoute Santé du Canada Inc. a estimé que le coût total pourrait atteindre 10 milliards de dollars<sup>187</sup>.

Les témoins ont également soulevé d'autres préoccupations<sup>188</sup>. Par exemple, ils ont insisté sur l'importance de s'assurer que les dossiers de santé électroniques soient mis en place dans l'ensemble du système de soins de santé, y compris les soins à long terme et les soins à domicile pour faciliter l'intégration de ces différents secteurs dans le système de soins de santé. Ils souhaitent également qu'Inforoute Santé du Canada Inc. s'efforce de concevoir des systèmes d'information permettant des usages secondaires, y compris la gestion du système de santé, l'évaluation et la recherche.

### **C. Mesures à prendre pour mettre en œuvre les dossiers de santé électroniques au Canada : observations et recommandations du comité**

Durant l'étude du comité, presque tous les témoins ont insisté sur l'importance de développer les dossiers de santé électroniques dans la réforme des soins de santé au Canada. Le comité a appris que les DSE favoriseraient l'intégration des différents secteurs dans le système de soins de santé en permettant de transmettre l'information rapidement et facilement des soins primaires aux soins actifs et aux soins à long terme. Les DSE amélioreraient la sécurité des patients grâce aux systèmes d'information sur les médicaments et amélioreraient aussi la reddition des comptes dans le système, étant donné que les systèmes d'information permettraient de mieux surveiller

---

<sup>186</sup> *Ibid.*

<sup>187</sup> *Ibid.*

<sup>188</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49228-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

les résultats sur les patients. Les DSE contribueraient également à la réforme du système de soins de santé en fournissant de l'information précieuse sur la gestion du système de santé, ce qui faciliterait des évaluations et des recherches susceptibles de mener à une amélioration de la qualité. Mais le comité a également entendu les frustrations des praticiens de la santé concernant les DSE, en particulier le fait que les normes diffèrent entre les systèmes des cabinets des médecins et des hôpitaux locaux, ce qui empêche ces systèmes de communiquer. Pour les décideurs, la faible adoption par les médecins, l'absence d'harmonisation des lois sur la protection des renseignements personnels au pays, et le coût global du système demeurent les grandes préoccupations. Des témoins ont parlé de quelques exemples de pratiques exemplaires dans la mise en œuvre de documents électroniques interopérables en matière de santé au Canada et ont fait notamment remarquer que le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes ont réussi à implanter un système exhaustif pour les militaires<sup>189</sup>. Le Comité rappelle que les provinces et territoires et Inforoute Santé du Canada Inc. auraient intérêt à examiner les stratégies employées par les Forces canadiennes pour promouvoir l'adoption des DSE dans leurs services de santé. La télésanté est également considérée comme une ressource cruciale pour promouvoir les innovations et réduire les coûts de la prestation des soins de santé dans le Nord, encore qu'il soit impossible de déterminer le nombre de Canadiens qui ont accès à ces services. Tous les témoins ont convenu que les DSE et la télésanté sont des aspects de la réforme des soins de santé qui exigent un leadership et des investissements continus du gouvernement fédéral. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 22**

**Que le gouvernement du Canada continue d'investir dans Inforoute Santé du Canada Inc. afin de permettre la création d'un système national de dossiers de santé électroniques compatibles.**

#### **RECOMMANDATION 23**

**Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. cible ses investissements dans :**

- a) des projets visant à mettre à niveau les composantes existantes afin de répondre aux normes de compatibilité nationale fixées par l'organisation;**
- b) le soutien à l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les professionnels de la santé au Canada, ce qui comprend la collaboration avec les parties prenantes en vue d'établir des mesures incitatives efficaces dans ce domaine.**

---

<sup>189</sup> *Ibid.*

#### **RECOMMANDATION 24**

**Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. collabore avec les provinces et les territoires ainsi que les parties prenantes pour :**

- a) fixer un échéancier qui précisera à quel moment toutes les composantes existantes des DSE auront été mises à niveau pour répondre aux normes de compatibilité à l'échelle nationale;**
- b) fixer un échéancier qui précisera à quel moment au moins 90 % de tous les médecins au Canada auront adopté les dossiers médicaux électroniques;**
- c) s'assurer que les systèmes de dossiers de santé électroniques sont conçus et mis en œuvre de manière à permettre des usages secondaires, comme la recherche et l'évaluation des systèmes de santé;**
- d) élaborer un système de rapport systématique sur l'accès aux services de télésanté au Canada.**

#### **RECOMMANDATION 25**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires afin d'examiner les moyens de rectifier les écarts entre leurs lois sur la protection des renseignements personnels en ce qui concerne la collecte, le stockage et l'utilisation des renseignements sur la santé.**

## 8. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE NORD

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant l'accès aux soins de santé dans le Nord

Toutes les provinces ont du mal à contenir la hausse des coûts des soins de santé et de la demande de soins, mais les difficultés sont encore plus grandes dans les collectivités du Nord à cause de facteurs comme la pénurie de fournisseurs de soins de santé, de l'absence de soins médicaux intégraux et des coûts élevés des déplacements pour raison médicale. De plus, l'état de santé, surtout dans les collectivités inuites, est généralement bien pire que partout ailleurs au Canada<sup>190</sup>.

Malgré des coûts et des dépenses nettement plus élevés pour les soins de santé dans les territoires, par rapport au reste du Canada<sup>191</sup>, les indicateurs de l'état de santé révèlent une espérance de vie moindre, des taux de mortalité infantile plus élevés, un nombre nettement plus élevé d'années de vie perdues en raison de blessures non voulues, des taux plus élevés de décès attribuables au cancer du poumon et un moins grand nombre de personnes qui jugent leur état de santé bon ou excellent<sup>192</sup>.

Dans le cadre du Plan décennal, les premiers ministres se sont engagés à améliorer l'accès aux soins de santé dans les collectivités du Nord en débloquant 150 millions de dollars sur cinq ans pour : faciliter les réformes à long terme en santé; établir un groupe de travail fédéral-territorial pour appuyer la gestion du fonds; bonifier le financement direct des coûts des déplacements pour raison médicale<sup>193</sup>. Les premiers ministres ont également convenu d'élaborer une vision commune pour le Nord en collaboration avec les territoires<sup>194</sup>. Un financement au moyen de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST) a été proposé en 2005 pour faciliter la transformation des systèmes territoriaux de la santé afin qu'ils répondent mieux aux besoins des habitants du Nord et pour améliorer l'accès aux services au niveau local. Les ressources ont été subdivisées entre trois initiatives :

- Fonds de transport pour raison médicale (75 millions de dollars sur cinq ans), attribué en fonction des dépenses réelles des territoires en déplacements pour raison médicale, afin de compenser le coût élevé de ces déplacements;
- Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires (65 millions de dollars sur cinq ans), répartis également entre les territoires pour appuyer les activités de réforme en santé qui permettent de poursuivre un ou plusieurs des trois grands objectifs suivants : réduire

---

<sup>190</sup> Heather Tait, *L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Santé et situation sociale des Inuits*, Statistique Canada, décembre 2008, p. 10-16.

<sup>191</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, octobre 2010.

<sup>192</sup> *Ibid.*

<sup>193</sup> Santé Canada, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004.

<sup>194</sup> *Ibid.*

progressivement le recours au système de santé, renforcer les services au niveau local et renforcer l'autonomie en matière de prestation de services dans les territoires;

- Fonds de fonctionnement du secrétariat (10 millions de dollars sur cinq ans), qui appuie les activités du Groupe de travail fédéral-provincial de sous-ministres adjoints et finance un certain nombre de projets panterritoriaux<sup>195</sup>.

## **B. Progrès à ce jour**

Des témoins ont expliqué que les fonds versés par le fédéral dans le cadre de l'IVSST ont joué un rôle crucial dans l'élaboration, la mise en œuvre et la prestation de services de santé novateurs et déterminants dans le Nord<sup>196</sup>. Par exemple, le gouvernement du Yukon a amélioré l'accès aux soins de santé dans plusieurs domaines, notamment en offrant un meilleur soutien en santé mentale; en instaurant les soins coopératifs pour la gestion des maladies chroniques; en créant un modèle d'équipe pour les soins palliatifs et en élaborant une stratégie de ressources humaines en santé. Le comité a appris que le territoire avait pu utiliser les fonds dans une perspective plus large pour s'attaquer à d'autres déterminants sociaux de la santé, grâce à l'élaboration d'une stratégie sur le mieux-être et l'inclusion sociale.

D'autres témoins ont mentionné que les fonds de l'IVSST dans les Territoires du Nord-Ouest avaient permis d'offrir une formation en santé communautaire au personnel infirmier, de recourir davantage aux infirmières et infirmiers praticiens et aux sages-femmes, et d'accentuer le recrutement de médecins<sup>197</sup>. Ils ont indiqué que la formation en santé communautaire du personnel infirmier est particulièrement importante parce que ce sont souvent les seuls professionnels de la santé praticiens dans les collectivités éloignées. Cette formation approfondie leur permet donc de composer par eux-mêmes avec une foule de problèmes de santé aigus. Les fonds de l'IVSST ont également une incidence positive sur l'accès à des services de base et ont permis entre autres d'élargir le programme de dialyse et de promouvoir des initiatives de télésanté. Des témoins ont précisé que les fonds de l'IVSST ont été essentiels pour aborder la question des coûts associés aux déplacements pour raison médicale, et les Territoires du Nord-Ouest ont instauré des initiatives pour réduire ces déplacements et faire des gains d'efficience à ce chapitre.

Pour certains témoins, les fonds de l'IVSST ont mené à la création de plusieurs initiatives panterritoriales touchant, par exemple, à la collaboration avec les médias, au Réseau de recherche sur la santé dans l'Arctique, aux premiers soins en santé mentale et à l'évaluation continue du programme de déplacements pour raison médicale.

---

<sup>195</sup> Chambre des communes, Comité permanent de la santé, *Examen parlementaire du Plan décennal pour consolider les soins de santé*, 2<sup>e</sup> session, 39<sup>e</sup> législature, juin 2008, p. 46-47.

<sup>196</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 6, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06eva-49158-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06eva-49158-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>197</sup> *Ibid.*

Le comité a appris que le Bureau du vérificateur général, en 2011, avait publié un rapport sur les services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest et indiqué que des améliorations s'imposaient dans deux secteurs : élaboration de stratégies en matière de ressources humaines de santé, et mise sur pied de systèmes de surveillance de la performance du système de santé basés sur des indicateurs et des accords sur le rendement conclus avec les autorités de la santé<sup>198</sup>.

Des représentants de ces territoires ont indiqué au comité qu'ils s'efforcent à remédier à ces problèmes permanents<sup>199</sup>. Pour améliorer le recrutement et le maintien en fonction des ressources humaines en santé, les territoires axent leurs efforts de manière à encourager leurs propres diplômés à faire carrière dans le domaine de la santé. Par exemple, le Yukon a obtenu un siège permanent à l'école de médecine de l'Université Memorial, qui se spécialise dans les collectivités éloignées et offre un programme de soins infirmiers au Collège du Yukon à Whitehorse.

Pour accroître la responsabilisation, les Territoires du Nord-Ouest s'affairent à instaurer des systèmes financiers partagés pour leurs administrations de santé, ce qui leur permettra d'établir des accords et des mesures du rendement globaux, et se tournent vers les dossiers médicaux électroniques pour faire le suivi des résultats et produire de meilleurs rapports<sup>200</sup>. Par contre, des représentants du gouvernement territorial ont expliqué que les mesures prises pour accentuer la responsabilisation, dont la mise en place d'indicateurs et de mesures du rendement communs, se heurtent aux questions de compétence, les soins de santé et la promotion de la santé dans le Nord étant de compétence fédérale et territoriale, et bon nombre de collectivités autochtones revendiquent actuellement l'autonomie gouvernementale sur ces questions.

Des témoins ont ajouté qu'ils se retrouvent devant des problèmes de compétence lorsqu'ils tentent d'aborder d'autres déterminants sociaux de la santé, comme l'accès à l'eau potable, à la nourriture et à un logement adéquat<sup>201</sup>. Sur ces questions, le comité s'est fait dire que les territoires travaillent étroitement avec des collectivités des Premières nations autonomes et des groupes de travail fédéraux-territoriaux. En outre, les fonds de l'IVSST sont utilisés pour financer des projets qui visent à trouver des moyens de partager les services et les ressources entre les compétences, ainsi qu'à promouvoir l'intégration des services de santé. Des témoins ont mentionné que les problèmes liés à la division des compétences pourraient se régler plus facilement si le gouvernement fédéral s'efforçait davantage de préciser les rôles et les responsabilités à l'égard des soins de santé.

---

<sup>198</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*, présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011.

<sup>199</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 6, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06eva-49158-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06eva-49158-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> *Ibid.*

Par ailleurs, le comité a appris que d'autres difficultés font obstacle à la prestation des soins de santé dans le Nord<sup>202</sup>. Malgré les efforts déployés pour réduire les coûts des déplacements pour raison médicale, la croissance de la population dans ces régions et le recours accru à des services de santé plus complexes assurés par une grande variété de spécialistes, dans des centres spécialisés, portent les coûts à la hausse. Parallèlement, l'état de santé des populations du Nord, dans les collectivités autochtones particulièrement, demeure précaire. Par exemple, c'est dans le Nord que l'on retrouve le plus grand nombre de survivants des pensionnats, et l'ampleur, la portée et les impacts multigénérationnels de ces expériences mises de l'avant par la Commission de vérité et de réconciliation ont fait grimper en flèche la demande de services de santé mentale dans les territoires.

Selon certains témoins, si l'on veut continuer d'améliorer l'accès aux soins de santé dans le Nord, les fonds alloués doivent être stables, prévisibles et suffisants, pour qu'il soit possible de bien planifier et mettre en œuvre des programmes et initiatives de réforme des soins de santé<sup>203</sup>. Ces témoins ont déclaré que l'une des difficultés associées aux fonds de l'IVSST avait trait à la nature imprévisible de son renouvellement, ce qui force à interrompre, pour ensuite redémarrer certains projets et programmes. Par exemple, le comité a appris qu'à l'origine, en 2005, l'IVSST devait durer cinq ans. Le Yukon a utilisé ces fonds pour créer un programme de santé dentaire pour les enfants, mais sans savoir si l'IVSST serait renouvelée, il a dû interrompre le programme, parce que le gouvernement territorial ne pouvait garantir du travail aux employés ou assurer les communautés de la poursuite du programme. L'IVSST a toutefois été prolongée pour une période supplémentaire de deux ans dans le budget de 2010, puis de nouveau, en août 2011, pour deux autres années jusqu'en mars 2014. Le programme a donc pu se poursuivre.

Les témoins ont souligné que ces fonds sont nécessaires si l'on veut tenir compte des difficultés en matière de santé propres aux populations du Nord, dont le coût des déplacements pour raison médicale; la difficulté à recruter et à conserver des ressources humaines en santé; la croissance d'une population en moins bonne santé; les problèmes de compétence; la nécessité de remédier aux déterminants sociaux plus vastes qui ont une incidence sur la santé : pauvreté et accès à la nourriture, à l'eau et au logement; et une assiette fiscale plus modeste pour soutenir la prestation des services de soins de santé.

### **C. Mesures à prendre pour améliorer l'accès aux soins de santé dans le Nord : observations et recommandations du comité**

Dans le cadre de son étude, le comité a constaté que le financement versé au titre du Plan décennal pour améliorer l'accès aux soins de santé dans le Nord a permis aux territoires d'instaurer plusieurs initiatives pour remédier aux difficultés qui leur sont propres au chapitre de

---

<sup>202</sup> *Ibid.*

<sup>203</sup> *Ibid.*

la prestation des soins de santé (coûts élevés des déplacements pour raison médicale; maladies chroniques et problèmes de santé mentale; collaboration des compétences; recrutement et conservation des ressources humaines en santé) et tenir compte des principaux déterminants sociaux de la santé, comme l'accès à la nourriture, l'accès à l'eau potable et l'accès à des logements convenables. Néanmoins, le comité s'est fait dire que ces difficultés persistent et certaines, dont les coûts des déplacements pour raison médicale, sont aggravées par les changements démographiques dans la région et la nature de la prestation des services de soins de santé. Le comité a donc compris que les ententes futures en matière de financement doivent tenir compte de ces besoins particuliers et que les fonds alloués doivent être stables et prévisibles. Par ailleurs, le comité s'est fait dire que les autorités territoriales doivent axer leurs efforts sur l'élaboration de mesures de responsabilisation et se concerter davantage afin de lever les obstacles de compétence liés à la prestation des soins de santé et aux déterminants sociaux plus larges. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 26**

**Reconnaissant les défis particuliers permanents en matière de santé et de prestation des soins de santé dans le Nord, que le gouvernement fédéral prolonge le financement de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST) au-delà de 2014, de manière à ce que les fonds soient durables et prévisibles.**

#### **RECOMMANDATION 27**

**Que le Groupe de travail fédéral-territorial des sous-ministres adjoints travaille avec les intervenants et les collectivités afin :**

- a) d'améliorer les mesures de responsabilisation pour évaluer la performance des systèmes de soins de santé dans le Nord;**
- b) de lever les obstacles de compétences qui se dressent devant la prestation des soins de santé et d'examiner les déterminants sociaux plus vastes qui ont une incidence sur la santé.**

## 9. STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant la création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

Au Canada, la compétence sur le secteur des produits pharmaceutiques est partagée par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada, est responsable de réglementer les produits pharmaceutiques et doit, entre autres, autoriser leur entrée sur le marché en se fondant sur les évaluations de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du produit, et surveiller ces produits après leur mise en marché<sup>204</sup>.

La *Loi sur les brevets* confère au gouvernement fédéral le pouvoir de réglementer les prix des fabricants pour les médicaments brevetés et d'en faire rapport par l'entremise du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Le CEPMB est une organisation indépendante qui fait rapport au Parlement par l'intermédiaire du ministère de la Santé. Sa mission consiste à « protéger les intérêts des consommateurs et à contribuer au régime de santé canadien en exerçant un contrôle pour que les prix départ-usine des médicaments brevetés ne soient pas excessifs<sup>205</sup> ». En vertu du paragraphe 91(13) de la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>206</sup>, ce sont les provinces qui sont responsables de la réglementation des prix des fabricants pour les médicaments génériques.

En ce qui a trait à la couverture par le régime public du coût des produits pharmaceutiques, la *Loi canadienne sur la santé* exige des régimes publics des provinces et des territoires qu'ils couvrent les services médicaux et les soins hospitaliers, y compris les produits pharmaceutiques utilisés lors de l'hospitalisation, mais non les coûts des médicaments prescrits aux patients externes<sup>207</sup>. Par conséquent, il appartient aux provinces et aux territoires de décider des coûts et de l'étendue de la couverture offerte par le régime public d'assurance-maladie en ce qui concerne les médicaments prescrits hors du milieu hospitalier, en plus des listes de médicaments admissibles. Par conséquent, la couverture par le régime public n'est pas la même d'une province ou d'un territoire à l'autre, et dans les différents groupes de la population<sup>208</sup>. Environ 58 % des citoyens bénéficient d'une certaine protection en vertu des régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux ou territoriaux, et 53 % ont accès à un régime privé d'assurance-

---

<sup>204</sup> Santé Canada, *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*, juin 2006, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf).

<sup>205</sup> Conseil canadien de la santé, *Les produits pharmaceutiques au Canada*, janvier 2005, <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.39-BkgrdPharmaFRE.pdf>

<sup>206</sup> Santé Canada, *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*, juin 2006, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf).

<sup>207</sup> Conseil canadien de la santé, *Les produits pharmaceutiques au Canada*, janvier 2005, <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.39-BkgrdPharmaFRE.pdf>

<sup>208</sup> Pour une revue complète des programmes d'assurance-médicaments provinciaux, territoriaux et fédéral, voir : K. Phillips, *La couverture des médicaments onéreux au Canada*, Bibliothèque du Parlement, n° PRB 09-06, <http://lopintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0906-f.pdf>.

médicaments offert par leur employeur<sup>209</sup>. Le gouvernement fédéral offre l'obtention d'une assurance-médicaments pour certains groupes de la population de son ressort, dont les Premières Nations, les Inuits, les anciens combattants, les demandeurs de statut de réfugié, les membres des Forces canadiennes, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), ce qui représente environ 2 % de la population<sup>210</sup>.

Dans le cadre du Plan décennal, les premiers ministres ont décidé d'adopter la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) pour remédier à des défis communs en matière de gestion des produits pharmaceutiques au Canada, dont l'accès, l'innocuité, l'efficacité et l'usage approprié des médicaments, de même que la viabilité du système de santé. Les premiers ministres se sont entendus pour que la SNPP englobe les neuf éléments suivants<sup>211</sup> :

- 1) Formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada;
- 2) Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité;
- 3) Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;
- 4) Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;
- 5) Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens;
- 6) Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convient bien au problème;
- 7) Élargir l'ordonnance électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé;
- 8) Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés;
- 9) Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments.

Les premiers ministres ont demandé aux ministres de la Santé de créer un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre ces neuf éléments. Ils leur ont également demandé de rendre compte des progrès réalisés avant le 30 juin 2006.

---

<sup>209</sup> Ces chiffres sont fondés sur les données de recherche du Fraser Group, mandaté par Santé Canada et le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Fraser Group, *L'assurance-médicaments au Canada : Protection contre les frais élevés*, août 2002, [http://www.frasergroup.com/downloads/severe\\_drug\\_f.pdf](http://www.frasergroup.com/downloads/severe_drug_f.pdf).

<sup>210</sup> *Ibid.*

<sup>211</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

## B. Progrès à ce jour

Après la signature du Plan décennal en 2004, les compétences ont prôné l'adoption d'un programme plus ciblé pour la SNPP axé sur cinq domaines de priorité : modèles d'établissement des coûts pour la couverture des médicaments onéreux; médicaments coûteux pour les maladies rares; liste nationale commune; innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel; stratégies d'achat et de fixation des prix<sup>212</sup>. Conformément aux engagements pris dans le Plan décennal, un groupe de travail ministériel a été mis sur pied afin de concerter les efforts déployés dans ces cinq domaines. Dans un rapport publié en 2006, le groupe de travail a fait le point sur les progrès accomplis et formulé des recommandations quant aux mesures à prendre. Le tableau 2 résume ces recommandations.

**Tableau 2. Sommaire du rapport d'étape du Groupe de travail ministériel FPT de 2006, et recommandations relatives à la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques**

| Secteur prioritaire                                       | Aperçu  | Réalisations  | Recommandations   |
|---|---|---|---|
| <b>Couverture des médicaments onéreux</b>                 | La couverture des médicaments onéreux est définie comme seuil maximal au-delà duquel les coûts des médicaments représenteraient une difficulté financière <sup>213</sup> . Cependant, le niveau de difficulté varie selon la situation financière des particuliers et des familles. Certains experts fixent cette limite selon un montant prédéterminé, tandis que d'autres utilisent un pourcentage des revenus personnels ou familiaux. | Analyse du coût de la création d'un régime national sur les médicaments onéreux basé sur deux plafonds possibles, l'un correspondant à un pourcentage variable du revenu familial, de 0 à 9 %, et l'autre, à taux fixe du revenu familial (4,3 %). L'analyse s'est aussi attardée aux coûts d'un programme combiné aux régimes public et privés actuels, et aux coûts d'un programme sans régime privé. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse subséquente des politiques, du design et des coûts doit se concentrer sur un seuil de protection à pourcentage variable du revenu qui assure le maintien du rôle des payeurs privés.</li> <li>• En parallèle, un pourcentage fixe (5 %) doit être analysé et faire l'objet d'une estimation des coûts.</li> <li>• L'impact et la faisabilité relative au maintien du rôle des payeurs privés doivent aussi être analysés.</li> </ul> |
| <b>Médicaments onéreux pour les maladies rares (MOMR)</b> | Il n'existe pas de définition internationale commune, mais on définit parfois les maladies rares comme celles qui touchent  | Recherche sur les politiques et les définitions des maladies rares et les médicaments orphelins dans différentes instances.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer la préparation d'une structure pour les médicaments onéreux pour les maladies rares, en se concentrant sur les données probantes, l'éthique et la nécessité de bien aligner les</li> </ul>   |

<sup>212</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>213</sup> Conseil canadien de la santé, *Les produits pharmaceutiques au Canada*, janvier 2005, <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.39-BkgrdPharmaFRE.pdf>

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | <p>moins d'une personne sur 2 000<sup>214</sup>. Souvent, on ne dispose pas de preuve scientifique pour appuyer les possibilités de traitement des maladies rares parce qu'il n'y a pas suffisamment de personnes ayant ces maladies pour mener des essais cliniques à grande échelle sur l'efficacité et l'innocuité de ces médicaments. En outre, les coûts de développement de ces médicaments demeurent élevés, tandis que le marché pour ces produits est restreint, ce qui fait que ces produits peuvent coûter jusqu'à 300 000 \$ par année<sup>215</sup>. Les gouvernements ont toutefois l'obligation éthique de donner accès aux MOMR.</p> | <p>Élaboration d'un projet de recherche post-commercialisation sur l'efficacité de certaines substitutions enzymatiques pour traiter la maladie de Fabry en vue de trouver des moyens d'évaluer l'efficacité des médicaments dans le traitement des maladies rares.</p>   | <p>systèmes réglementaires et de remboursement.</p>  |
| <p><b>Liste nationale commune des médicaments</b></p> | <p>Une liste nationale commune des médicaments qui seront couverts par un régime d'assurance-médicaments constitue un moyen d'améliorer la cohérence et de permettre l'harmonisation des régimes fédéral, provinciaux et territoriaux afin de favoriser l'équité au pays.</p>  | <p>Travaux visant à déterminer s'il est faisable d'élargir le mandat du Programme commun d'évaluation des médicaments à tous les médicaments remboursables par le régime public, y compris les médicaments existants avec de nouvelles indications, les médicaments d'oncologie, ainsi que les classes thérapeutiques.</p> <p>Analyse de comparaison des listes de médicaments de diverses compétences dans le but de dresser une liste</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre l'expansion progressive du PCEM;</li> <li>• Continuer de travailler à l'élaboration d'une liste nationale commune de médicaments.</li> </ul> |

<sup>214</sup> Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 3 juin 2010, [http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4582704/HESA\\_EV20-F.PDF](http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4582704/HESA_EV20-F.PDF).

<sup>215</sup> Conseil canadien de la santé, *Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non remplie*, janvier 2009, [http://healthcouncilcanada.ca/tree/3.6.47\\_NationalPharmaceuticalStrategy.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/tree/3.6.47_NationalPharmaceuticalStrategy.pdf)

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   | commune de médicaments remboursables.  |  |
| <b>Stratégies d'achat et de fixation des prix des médicaments</b> | Parce que les prix des médicaments non brevetés ne sont pas réglementés au Canada, les Canadiens paient de 21 à 51 % plus cher pour ces médicaments que la moyenne internationale. Il faut donc mettre en place des stratégies communes afin d'obtenir de meilleurs prix pour les vaccins et les médicaments prescrits au Canada.                         | Le CEPMB a commencé à surveiller les prix des médicaments d'ordonnance non brevetés.<br><br>Discussions avec les universitaires et l'industrie du médicament générique afin de trouver des façons d'obtenir des prix plus concurrentiels pour les médicaments d'ordonnance non brevetés.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre une démarche de gestion commerciale non réglementée pour la fixation des prix, en donnant la priorité aux médicaments non brevetés.</li> <li>• Continuer d'envisager des démarches réglementaires.</li> </ul>  |
| <b>Innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel</b> | Les médicaments subissent des essais cliniques rigoureux avant d'être mis en vente, mais le Canada ne dispose pas d'un système solide pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments une fois sur le marché. De nouveaux mécanismes pour amasser des données sont donc nécessaires pour la surveillance des médicaments une fois sur le marché. | Création d'un système de surveillance à responsabilité partagée.<br><br>Élaboration d'une stratégie interdépendante visant à créer un organisme de surveillance national, des réseaux de recherche et des centres de signalement des effets néfastes des médicaments; engagement des travailleurs de première ligne, mise en place de normes claires et de transparence des données scientifiques. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre des consultations à propos des stratégies interdépendantes de renforcement d'un système de surveillance après la mise en marché;</li> <li>• Collaborer avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et les chercheurs afin d'élaborer un plan de mise en œuvre d'un réseau de recherche sur les produits pharmaceutiques</li> </ul> |

Source : Santé Canada, *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*, juin 2006, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf).

Des témoins ont précisé qu'aucune démarche de collaboration n'était actuellement entreprise par le Groupe de travail ministériel sur la SNPP, mais que les recommandations de ce dernier constituent l'assise des travaux entrepris dans les cinq secteurs prioritaires depuis 2006<sup>216</sup>. Ces travaux prennent la forme d'initiatives individuelles aux niveaux fédéral et provincial-territorial, en plus de quelques initiatives conjointes.

<sup>216</sup> *Ibid.*

## 1) Couverture des médicaments onéreux

Depuis 2006, les différentes compétences se sont employées à créer des programmes universels de protection contre le coût catastrophique des médicaments pour leurs citoyens. Alors qu'il n'y avait aucun programme de la sorte dans les quatre provinces de l'Atlantique en 2006, ce n'est plus le cas pour la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve. Le comité a appris que l'Île-du-Prince-Édouard demeure la seule province, avec le Yukon, où les médicaments onéreux ne sont pas couverts, ces compétences n'offrant cette couverture qu'à certains groupes cibles<sup>217</sup>. Malgré l'élargissement de la couverture dans les compétences individuelles et l'analyse des coûts entreprise par le Groupe de travail ministériel FPT en 2005, certains témoins ont exprimé leur insatisfaction quant à l'absence de progrès vers l'instauration d'un programme universel national<sup>218</sup>. Quelques-uns ont fait valoir que malgré une certaine convergence des structures d'indemnisation basées sur le revenu dans différentes compétences, d'importants écarts existent au chapitre de la couverture. Par exemple, le comité a appris que la décision de couvrir certains médicaments d'oncologie dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments publics varie à tel point que certains Canadiens atteints de cette maladie peuvent devoir déboursier jusqu'à 20 000 \$<sup>219</sup>. Malgré les efforts déployés pour harmoniser la couverture des médicaments d'oncologie à l'échelle du pays par l'intermédiaire du pan-Canadian Oncology Drug Review, de nombreux Canadiens ne font toujours pas remplir leurs ordonnances pour des raisons financières<sup>220</sup>. Comme des témoins l'ont mentionné à propos des soins à domicile, le fait que certains médicaments ne soient pas couverts par le régime public hors du milieu hospitalier fait en sorte que bon nombre de patients choisissent de rester à l'hôpital pour éviter de payer ces coûts<sup>221</sup>. Ils ont conclu que cette lacune au chapitre de la couverture universelle des médicaments onéreux crée des iniquités qui ont des répercussions négatives sur l'état de santé des Canadiens et contrevient aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>222</sup>.

Selon des témoins, l'absence de progrès vers l'élaboration d'un programme national de couverture des médicaments onéreux trouve son origine dans les désaccords entre les

---

<sup>217</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*, présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011.

<sup>218</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>219</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>220</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>221</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 3, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/03evc-49078-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>222</sup> *Ibid.*

compétences sur le financement du modèle<sup>223</sup>. D'autres ont mentionné qu'aucune démarche de collaboration FPT n'est effectivement en cours à propos de la couverture de ces médicaments, mais que les engagements au titre du Plan décennal ne portent que sur l'établissement des coûts d'un tel modèle et non sur sa mise en œuvre<sup>224</sup>. Pour remédier à cette apparente impasse, des témoins ont recommandé que les compétences interrompent les discussions sur le financement, au profit d'un dialogue avec les Canadiens sur le genre de régime d'assurance-médicaments qui répondrait le mieux à leurs besoins. Certains ont fait valoir que le Groupe de travail ministériel FPT ne devrait pas s'arrêter à un modèle national de couverture des médicaments onéreux, mais envisager plutôt une assurance-médicaments universelle qui couvrirait les médicaments ordinaires consommés par les Canadiens. Par conséquent, ils ont recommandé que le gouvernement du Canada convie les Canadiens et les experts à une commission sur l'assurance-médicaments, et qu'il étudie les pratiques exemplaires adoptées par d'autres compétences afin d'élaborer une vision d'un régime d'assurance-médicaments au Canada.

## **2) Médicaments onéreux pour les maladies rares**

Des témoins ont expliqué que le gouvernement fédéral avait donné suite aux recommandations du Groupe de travail ministériel et versé quelque 35 millions de dollars à une étude de trois ans sur le traitement de la maladie de Fabry<sup>225</sup>. Toutefois, le comité n'a pu savoir si des efforts étaient actuellement déployés pour élaborer un cadre de travail sur les MOMR à partir des données probantes, des principes éthiques et des systèmes réglementaires et de remboursement, comme l'avait recommandé le Groupe de travail en 2006.

## **3) Liste nationale commune des médicaments**

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), un organisme indépendant sans but lucratif créé par les ministres de la Santé du Canada pour recueillir des renseignements fondés sur des données probantes concernant l'efficacité et la rentabilité des technologies de la santé, a présenté un mémoire écrit au comité pour expliquer les progrès qui ont été accomplis au chapitre de la création d'une liste nationale commune des médicaments<sup>226</sup>. L'ACMTS est le siège du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), un processus pancanadien ayant pour but d'étudier, de manière objective et rigoureuse, les éléments probants cliniques et leur rentabilité, ainsi que les points de vue des patients sur les médicaments. À partir de ces évaluations, le PCEM formule des recommandations quant aux produits qui devraient être ajoutés à la liste de tous les régimes d'assurance-médicaments publics

---

<sup>223</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>224</sup> *Ibid.*

<sup>225</sup> *Ibid.*

<sup>226</sup> Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), *Mémoire présenté au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du Sénat du Canada*, novembre 2011.

du Canada, à l'exception du Québec, qui a son propre processus. Les compétences ne sont pas tenues d'appliquer les recommandations du PCEM, mais le mémoire de l'ACMTS précise que selon les ministres de la Santé, le Conseil canadien de la santé et d'autres experts, le taux élevé de conformité signifie que l'engagement au titre de la SNPP quant à la création d'une liste nationale des médicaments a été satisfait.

Par ailleurs, l'ACMTS a souligné dans son mémoire qu'elle mettait en œuvre d'autres recommandations formulées par le Groupe de travail ministériel en élargissant le Programme commun d'évaluation des médicaments pour englober l'étude thérapeutique des produits biologiques pour le traitement du diabète et de l'arthrite rhumatoïde, les médicaments spécialisés pour le traitement du cancer et le VIH-SIDA, ainsi que les produits sanguins.

Outre le fait que les engagements relatifs à l'établissement d'une liste commune nationale de médicaments ont été remplis, le comité a appris que le PCEM était vu comme un moyen efficace de réduire les coûts des régimes publics d'assurance-médicaments, car il fournit aux décideurs toutes les données nécessaires à la prise de décisions sur la réduction des coûts<sup>227</sup>. Par exemple, le comité a appris que l'ACMTS avait étudié l'utilisation des bandelettes de test glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2 et démontré qu'il était possible de réaliser des économies annuelles de 500 millions de dollars par année en diminuant l'utilisation de ces bandelettes sans qu'il y ait d'incidence sur les personnes atteintes de cette maladie. Par contre, le comité s'est fait dire que les gouvernements se heurtent souvent à des difficultés lorsqu'ils veulent mettre en œuvre des recommandations du PCEM en raison de la pression exercée par le public et des pratiques commerciales vigoureuses des sociétés pharmaceutiques<sup>228</sup>. Par conséquent, ils ont indiqué qu'il était nécessaire d'établir un lien plus étroit entre les décisions de mise en marché prises par Santé Canada et la recherche sur l'efficacité des médicaments, en plus de sensibiliser la population à l'utilisation des médicaments<sup>229</sup>.

#### 4) Stratégies d'achat et de fixation des prix des médicaments<sup>230</sup>

Le comité a appris que les compétences ont fait des progrès en ce qui a trait aux stratégies d'achat et de fixation des prix des médicaments génériques, ce qui leur fait réaliser des économies annuelles d'environ 20 %. L'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Québec,

---

<sup>227</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>228</sup> *Ibid.*

<sup>229</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° ???, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 24 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/08evb-49206-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>230</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont lancé des initiatives visant entre autres à examiner le système d'indemnités versées par les fabricants de médicaments génériques pour rémunérer les services fournis aux patients par les pharmaciens, indemnités qui s'ajoutent aux coûts des produits génériques. Le comité a appris que les compétences s'affairent à éliminer ce système et indemnisent elles-mêmes les pharmaciens. Toutefois, des témoins ont expliqué que ces réformes ont un effet négatif sur les pharmacies communautaires et qu'il existe un écart entre le coût des services fournis par les pharmacies et ce que leur versent les gouvernements<sup>231</sup>.

Le comité a appris qu'en août 2010, les provinces et les territoires avaient annoncé un projet de création d'une alliance pancanadienne pour l'achat de médicaments communs, de fournitures médicales et d'équipements, une initiative qui devait se traduire par des économies plus importantes grâce au pouvoir d'achat collectif. Certains témoins ont prévenu que les stratégies d'achats en gros doivent être envisagées avec précaution, parce qu'elles sont vues comme un facteur qui contribue aux grandes pénuries actuelles qui ont cours au Canada et dans le monde.

### 5) Innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel<sup>232</sup>

Pour donner suite à ses engagements concernant la création d'un système de surveillance après la mise en marché des produits pharmaceutiques portant à la fois sur l'innocuité et l'efficacité des produits hors du contexte des essais cliniques, le gouvernement fédéral a créé, en 2009, le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), un réseau de recherche et d'application des connaissances mis sur pied en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada et Santé Canada. Le mandat du RIEM consiste à fournir des réponses, faisant autorité et basées sur la recherche, aux questions des décideurs en santé à propos des médicaments approuvés pour la commercialisation au Canada, et à renforcer la capacité de recherche pharmaceutique au Canada. Les activités du RIEM se concentrent sur les questions d'innocuité des produits pharmaceutiques qui surviennent après l'approbation des produits pour l'utilisation à grande échelle, mais qui sont par la suite jugés néfastes pour certains sous-groupes de la population non représentés lors des essais cliniques. Le RIEM s'attarde également à des questions telles que les usages non indiqués sur l'étiquette, qui mettent en cause des produits non approuvés au Canada pour certains groupes de la population, comme les enfants, mais qui sont autorisés dans d'autres compétences, un véritable problème pour les médecins. Le comité s'est fait dire qu'il serait plus facile de réaliser ces travaux si l'on investissait davantage dans la réforme des soins de santé. Par exemple, les dossiers de santé et les ordonnances électroniques permettraient aux chercheurs d'obtenir des données sur tous les médicaments dispensés aux patients dans une province donnée et de suivre leurs résultats<sup>233</sup>.

---

<sup>231</sup> *Ibid.*

<sup>232</sup> *Ibid.*

<sup>233</sup> Sui-vi fourni par écrit par le D<sup>r</sup> Robert Peterson, directeur exécutif du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, Instituts de recherche en santé du Canada, décembre 2011.

Enfin, le comité a appris que le RIEM étudierait une préoccupation clé pour les décideurs, à savoir l'évaluation de l'efficacité de nouveaux médicaments coûteux par rapport à d'autres produits moins chers et plus anciens<sup>234</sup>. Il s'agirait là d'une question particulièrement pressante, parce que de nouveaux médicaments biologiques, ainsi que de nouveaux produits spécialisés, pour traiter le cancer et les maladies chroniques, font leur apparition sur le marché au coût de 15 000 \$ à 20 000 \$ par année. Il est donc important de déterminer si ces produits permettent d'optimiser les ressources. Des témoins ont proposé d'amener les compagnies d'assurance privées à adopter les outils et les mesures de rentabilisation utilisés par les régimes d'assurance-médicaments publics, d'après les éléments probants établis par le RIEM et le PCEM, pour que ces régimes demeurent abordables pour les employeurs et les citoyens.

### **C. Mesures à prendre pour la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques : observations et recommandations du comité**

Dans son examen de la mise en œuvre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, le comité a constaté que les progrès réalisés au chapitre des cinq grandes priorités étaient mitigés, et que la collaboration FPT dans ce domaine avait ralenti considérablement depuis 2006. Même pour les progrès dans certaines compétences à propos de la couverture des médicaments onéreux, le comité s'est fait dire qu'il existe toujours des écarts et des iniquités entre les régimes d'assurance-médicaments au pays. Des témoins ont déclaré que les gouvernements devraient continuer à se concerter pour élaborer un régime d'assurance-médicaments traduisant les principes de l'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, améliorer la sécurité et l'usage correct des médicaments, contrôler les coûts pour garantir l'optimisation et la durabilité des ressources, dans la perspective d'une couverture des médicaments onéreux et d'un formulaire national. Entre-temps, le comité a appris que le Programme commun d'évaluation des médicaments avait aidé certaines compétences à établir une liste commune de médicaments et à contenir les coûts, grâce à l'évaluation de la rentabilité des médicaments approuvés. Des témoins ont expliqué que les compagnies d'assurance privées ont un rôle à jouer dans ces démarches d'économie au profit de la pérennité et de la rentabilité des programmes d'assurance-médicaments dont dépend la majorité des Canadiens. Le gouvernement fédéral appuie ces efforts par le biais du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, lequel fait des recherches pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel. Des témoins ont souligné l'importance du RIEM et du PCEM, car la hausse des coûts des nouveaux médicaments spécialisés est une menace importante à la durabilité des régimes d'assurance privés et publics au Canada. Enfin, le comité n'a pas pu savoir si Santé Canada avait l'intention d'élaborer un cadre de réglementation des médicaments onéreux pour les maladies rares. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

---

<sup>234</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

#### **RECOMMANDATION 28**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires à la conception d'un régime d'assurance-médicaments national fondé sur les principes de l'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, de l'innocuité et de l'utilisation appropriée, et du contrôle des coûts pour veiller à la rentabilité et à la pérennité du régime, y compris un programme national de couverture des médicaments onéreux et une liste nationale commune.**

#### **RECOMMANDATION 29**

**Que les gouvernements se concertent et travaillent avec les compagnies d'assurance-maladie privées afin de les inciter à adopter des pratiques exemplaires dans leurs stratégies de réduction des coûts.**

#### **RECOMMANDATION 30**

**Que Santé Canada, dans son rapport annuel sur le rendement au Parlement, fasse état des progrès de l'élaboration d'un cadre de réglementation pour les médicaments onéreux pour les maladies rares.**

## 10. PRÉVENTION, PROMOTION ET SANTÉ PUBLIQUE

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant la prévention, la promotion et la santé publique<sup>235</sup>

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu l'importance des efforts de santé publique, dont la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures, pour améliorer l'état de santé des Canadiens et veiller à la pérennité du régime de soins de santé public. L'amélioration de la gestion des maladies chroniques et la promotion du développement sain des enfants sont deux des principaux éléments qui ont été recensés. Les premiers ministres ont pris l'engagement d'accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique dans laquelle seront fixés des objectifs d'amélioration de l'état de santé des Canadiens et qui sera axée sur les facteurs de risques communs pour certaines maladies, ainsi que sur des stratégies intégrées de lutte contre les maladies.

Les premiers ministres se sont aussi entendus pour concerter leurs efforts en vue de coordonner les interventions relativement à l'éclosion de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique par l'intermédiaire du Réseau pancanadien de santé publique, un mécanisme intergouvernemental établi pour renforcer le système de santé publique du Canada et permettre aux gouvernements FPT de collaborer sur des questions de santé publique, d'anticiper les menaces, de s'y préparer et de réagir. Le gouvernement fédéral s'est aussi engagé à investir davantage dans la Stratégie nationale d'immunisation, laquelle doit apporter une nouvelle protection aux enfants canadiens.

### B. Progrès à ce jour<sup>236</sup>

#### 1) Création d'un Réseau pancanadien de santé publique

Dans leur évaluation des progrès au chapitre des engagements en matière de santé publique du Plan décennal, des témoins ont mentionné la collaboration à l'élaboration de l'intervention relativement aux maladies infectieuses comme la principale réussite du programme décrit. Le comité a appris qu'à la suite de l'entente, le Réseau pancanadien de santé publique avait été mis sur pied et qu'il avait joué un rôle de premier plan dans la conception et la mise en œuvre d'un solide système national de surveillance des maladies infectieuses et d'intervention. Le comité a appris que ce système avait été mis à l'épreuve lors de l'éclosion du virus H1N1 en 2009 et qu'il avait permis d'intervenir efficacement, en plus de dégager quelques nouvelles leçons. Les témoins ont indiqué que le Réseau pancanadien de santé publique a fait la promotion de la mise en commun de l'information entre les compétences en négociant, puis en signant deux protocoles

---

<sup>235</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>236</sup> Sauf indication contraire, les sections qui suivent sont fondées sur les témoignages livrés à la séance suivante : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibération du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 6, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 3 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06evb-49160-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/06evb-49160-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

d'entente en matière d'échange d'information et d'entraide en situation d'urgence de santé avec les provinces et les territoires.

## **2) Intensification des investissements dans la Stratégie nationale d'immunisation**

En ce qui a trait à l'intensification des investissements du fédéral dans la Stratégie nationale d'immunisation (SNI), le comité a appris que le gouvernement du Canada avait créé un fonds en fiducie de 300 millions de dollars sur trois ans afin d'instaurer quatre nouveaux programmes de vaccination s'adressant aux jeunes enfants et aux adolescents pour prévenir la méningite, la pneumonie, la varicelle et la coqueluche. De même, le gouvernement fédéral a créé en 2007 un deuxième fonds en fiducie de 300 millions de dollars sur trois ans pour les programmes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). Malgré ces investissements, des témoins ont indiqué que la SNI comporte des lacunes à plusieurs égards, entre autres pour ce qui est d'élaborer un réseau national de registres d'immunisation, un plan national de recherche en immunisation, des programmes de formation pour les professionnels de la santé, des programmes de sensibilisation du public et un calendrier national d'immunisation pédiatrique harmonisé. Selon ces témoins, il faut renouveler la SNI et ses buts, objectifs et cibles, et y consacrer les sommes nécessaires, car le risque d'exposition à des maladies transmissibles évitables est toujours présent.

## **3) Accélération de l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne de santé publique**

Le comité a appris que les efforts visant à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne de santé publique avaient donné naissance à la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains, un engagement pris par toutes les compétences dans le but de mieux coordonner les mesures de prévention et de promotion pour atteindre trois grands objectifs<sup>237</sup> :

- d'ici 2015, augmenter de 20 % la proportion de Canadiens qui font des choix alimentaires sains, selon les données recueillies par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), et selon les indicateurs de la santé de Statistique Canada – l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- d'ici 2015, augmenter de 20 % la proportion de Canadiens qui pratiquent régulièrement une activité physique modérée à vigoureuse 30 minutes par jour, selon les données recueillies par l'ESCC et les données repères sur l'activité physique – programme de surveillance;

---

<sup>237</sup> Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population, *La Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*, 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/ipchls-spimmvs-fra.pdf>.

- d'ici 2015, augmenter de 20 % la proportion de Canadiens ayant un poids « normal », soit un indice de masse corporelle de 18,5 à 24,9, selon les données recueillies par l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'ESCC, et selon les indicateurs de la santé de Statistique Canada – l'ICIS.

Le comité a appris que le gouvernement est partie prenante à cette stratégie par le biais de sa Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, laquelle consacre annuellement 69,9 millions de dollars à la promotion des modes de vie sains et du poids santé, de l'activité physique et de la mise en œuvre de stratégies de prévention de maladies spécifiques, soit le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

De plus, des témoins ont expliqué que ces efforts étaient soutenus par la Déclaration sur la prévention et la promotion des ministres FPT, laquelle vise à établir un meilleur équilibre au sein du système de soins de santé entre la prévention et le traitement des maladies. Le comité a appris que les efforts déployés à l'échelle FPT dans ce domaine étaient actuellement axés sur la prévention de l'obésité infantile, par le biais du document intitulé *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, dont les auteurs attestent que l'obésité juvénile est un problème national et circonscrivent les mesures que les gouvernements ont l'intention de prendre pour le résorber, par exemple en favorisant l'accès à des aliments nutritifs, à aidant les femmes enceintes, en protégeant les enfants de la commercialisation d'aliments riches en gras, en sucre et en sel et en faisant la promotion de l'activité physique dans les écoles<sup>238</sup>.

Malgré cela, certains témoins se sont dits d'avis que l'objectif de mettre sur pied une véritable Stratégie pancanadienne de santé publique axée sur l'amélioration de l'état de santé des Canadiens et les facteurs de risque communs n'a pas été atteint. Selon eux, la Stratégie pancanadienne de santé publique devrait transcender la maladie et aborder les iniquités et les disparités associées aux déterminants sociaux de la santé tels que le logement, la situation socioéconomique et les facteurs géographiques. Le comité a appris que cette question est de plus en plus pressante, car les disparités sur le plan de la santé continuent de s'accroître, en particulier chez les populations autochtones du Canada.

D'autres témoins ont mis en évidence le rapport de 2009 produit par le Sous-comité sur la santé des populations, qui invitait à la mise sur pied d'une stratégie pancanadienne adoptant une perspective axée sur la santé publique comme moyen de remédier aux iniquités et aux disparités au Canada.<sup>212</sup> Selon le rapport, ce genre de perspective permet de se rendre compte qu'une série de facteurs liés entre eux, au-delà du système de soins médicaux proprement dit, interviennent dans l'état de santé, par exemple le revenu et la situation sociale, le niveau d'instruction, l'emploi, la culture, la région, le sexe, autrement dit ce qu'on appelle globalement les

<sup>238</sup> Gouvernement du Canada, « Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé », septembre 2010 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/pdf/ccofw-fra.pdf>).

déterminants de la santé. Cette perspective est également axée sur l'amélioration de la santé publique en général ou celle de sous-groupes de la population et non simplement des particuliers. Compte tenu des liens étroits entre les déterminants de la santé, une perspective axée sur la santé publique suppose une approche horizontale qui rassemble différents ministères et organismes et décloisonne le point de vue sur les enjeux de la santé. Ils ont souligné que les mesures prises par le gouvernement par suite de ces recommandations n'étaient pas claires.

En outre, des témoins ont jugé que la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et le programme de santé publique FPT font abstraction de deux autres secteurs clés : la prévention des blessures et la santé mentale. Premièrement, ils ont indiqué que pour réduire les pressions exercées sur le système de soins actifs, il faut miser sur la prévention des blessures<sup>239</sup>. L'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur la prévention des blessures permettrait d'examiner l'incidence qu'ont les blessures sur le système de soins de santé, puisqu'elles occasionnent un quart de million de visites à l'hôpital et causent la mort de 14 000 personnes chaque année. Ensuite, une stratégie pancanadienne de prévention des blessures qui aurait pour objectif de réduire de 30 % le nombre de blessures se traduirait par des économies de 60 milliards de dollars au chapitre des coûts des soins de santé d'ici 2015. Selon les témoins, une telle stratégie pourrait miser sur des partenariats intersectoriels, l'échange de connaissances et des campagnes de sensibilisation.

D'autres témoins ont indiqué que les initiatives de prévention et de promotion de la santé prévues dans le Plan décennal ne tiennent pas compte de l'importance de la santé mentale dans la santé globale et le mieux-être, ce qui constitue une limite. Le comité a appris que la réussite des initiatives de prévention et de promotion de la santé dépend de l'intégration de la santé mentale, car les facteurs psychologiques jouent un rôle de premier plan dans l'adoption de comportements sains et le développement de nombreuses maladies. Pour certains témoins, il est important de s'attarder à la santé mentale des enfants et des adolescents, car pour 50 % des adultes, la maladie mentale est apparue avant l'âge de 14 ans et pour 70 %, avant l'âge de 18 ans. Enfin, d'autres témoins ont fait valoir qu'il est important d'accorder la priorité à la santé mentale dans le programme pancanadien de santé publique étant donné le fardeau qu'elle représente pour le Canada, un Canadien sur cinq vivant avec un trouble de santé mentale, ce qui entraîne des coûts de l'ordre de 51 milliards de dollars.

Même si des témoins ont reconnu que la Commission de la santé mentale du Canada publierait une stratégie sur la santé mentale au Canada en 2012, ils ont néanmoins mentionné des mesures qui pourraient être prises pour remédier aux problèmes de santé mentale au Canada, notamment trouver des moyens de veiller à ce que les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ciblent l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale; assurer des services de

---

<sup>239</sup> Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Vers l'atteinte de l'objectif d'un système de santé centré sur le patient Examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et recommandations pour améliorer ce plan*, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 5 octobre 2011.

santé mentale collaboratifs et intégrés au sein du spectre des soins de santé, depuis les soins actifs jusqu'aux soins à domicile, par le triage et d'autres interventions; investir davantage dans la recherche sur l'ensemble des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux, et les traitements des troubles de santé mentale.

En ce qui a trait à la santé mentale des enfants et des adolescents, les preuves issues de la recherche montrent que les investissements dans les services et les soutiens s'adressant aux enfants et aux adolescents pour réduire les troubles du comportement et la dépression, le développement des habiletés parentales, les solutions à l'intimidation et à la stigmatisation, et l'amélioration du triage pour ce qui est des soins actifs sont les interventions les plus efficaces. Le comité s'est fait dire qu'il faut élaborer un système pancanadien de surveillance de la santé mentale des enfants et des adolescents, afin de recueillir des données nationales sur l'incidence et la prévalence des problèmes de santé mentale chez ce groupe de la population pour ensuite prendre des décisions éclairées. De plus, les témoins ont indiqué qu'il faut s'attarder à la prévention du suicide, notamment dans le contexte des grands déterminants sociaux de la santé que sont la cohésion sociale et le développement communautaire.

### **C. Mesures à prendre concernant la prévention, la promotion et la santé publique**

Le comité a constaté que les objectifs du Plan décennal portant sur l'élaboration d'un Réseau pancanadien de santé publique et l'intensification des investissements dans la Stratégie nationale d'immunisation avaient été atteints, même s'il est toujours nécessaire d'investir dans la SNI et de la peaufiner afin d'aborder les risques associés aux maladies infectieuses. D'après les témoignages reçus, le comité conclut que les efforts déployés pour élaborer une Stratégie pancanadienne de santé publique sont insatisfaisants. Même si certains témoins reconnaissent qu'il est important de s'attarder aux priorités actuelles que sont les maladies chroniques, la promotion de modes de vie sains et la prévention de l'obésité infantile, ils sont d'avis que le régime de santé publique doit être plus large; il doit être axé sur l'accentuation des disparités au chapitre de la santé et s'attarder aux déterminants sociaux de la santé, miser sur la réduction des blessures au Canada et du fardeau qu'elles imposent au système de soins actifs, et reconnaître que la santé mentale est un élément clé de la santé globale et du mieux-être. Le comité saisit toute l'importance de ces questions et reconnaît que d'importants travaux ont été entrepris dans ces domaines par la Commission de la santé mentale du Canada et par le Sous-comité sur la santé des populations. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

### **RECOMMANDATION 31**

**Que l'Agence de la santé publique du Canada poursuive ses efforts visant à renouveler la Stratégie nationale d'immunisation, y compris l'établissement de buts, d'objectifs et de cibles.**

### **RECOMMANDATION 32**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les pouvoirs provinciaux, territoriaux et municipaux afin d'élaborer une stratégie pancanadienne de santé publique qui accorde la priorité aux modes de vie sains, à la diminution de l'obésité, à la prévention des blessures, à la santé mentale et à la réduction des iniquités en matière de santé chez les Canadiens, particulièrement chez les enfants, par l'adoption d'une approche de santé des populations s'articulant sur les déterminants sociaux de la santé.**

### **RECOMMANDATION 33**

**Que Santé Canada, après avoir reçu le rapport de la Commission sur la santé mentale, utilise les données pancanadiennes sur la santé mentale des enfants et des adolescents pour éclairer les politiques et les décisions relatives aux programmes visant la santé mentale des enfants et des adolescents.**

## 11. INNOVATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant l'innovation dans le domaine de la santé

Dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral a reconnu qu'il était nécessaire d'investir dans la science, la technologie et la recherche pour adopter de nouvelles approches, plus rentables, en matière de soins de santé, et pour faciliter l'adoption et l'évaluation de nouveaux modèles de protection de la santé et de gestion des maladies chroniques<sup>240</sup>. Il s'est donc engagé à poursuivre ses investissements dans la science, la technologie et la recherche pour appuyer l'innovation dans le domaine de la santé.

### B. Progrès à ce jour

Des témoins ont dit au comité que le gouvernement fédéral s'est acquitté de ses obligations en ce qui a trait à l'accentuation de ses investissements dans la science, la technologie et la recherche pour appuyer l'innovation dans le domaine de la santé, à savoir l'application de découvertes et d'idées novatrices à la prestation des services de soins de santé<sup>241</sup>. Ils ont aussi souligné que les investissements fédéraux dans la recherche avaient stimulé l'innovation dans la prestation des soins de santé<sup>242</sup>. Le comité a appris que grâce aux fonds fédéraux, Génome Canada avait investi plus de 400 millions de dollars dans 80 projets à grande échelle du secteur des soins de santé, ce qui avait mené à des découvertes dans plusieurs domaines. Par exemple, des chercheurs ont réussi à identifier les mutations génétiques à l'origine de décès prématurés par arrêt cardiaque chez les hommes de moins de 50 ans. Cette découverte a amené Terre-Neuve-et-Labrador à élargir l'accès au dépistage génétique et au diagnostic. De même, Génome Canada a financé une étude qui a permis de découvrir un génotype particulier qui transforme plus rapidement la codéine en morphine et qui fait en sorte que chez les mères allaitantes, les nourrissons courent un plus grand risque d'intoxication après l'allaitement. Par suite de cette découverte, le Canada et les États-Unis ont modifié les étiquettes de mise en garde sur l'utilisation de la codéine.

Des témoins sont venus dire que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent des études qui génèrent de nouvelles connaissances et permettent de promouvoir des innovations rentables pour la prestation des services de santé<sup>243</sup>. Par exemple, les IRSC ont financé un essai clinique au terme duquel il a été démontré que l'Aprotinine, un médicament

---

<sup>240</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>241</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*, présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011.

<sup>242</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>243</sup> *Ibid.*

couramment utilisé pour prévenir les hémorragies lors des chirurgies cardiaques, haussait de 50 % le risque de mortalité et coûtait beaucoup plus cher que d'autres médicaments plus sûrs de la même classe. Les blocs opératoires canadiens ont donc délaissé ce produit. Une autre étude financée par les IRSC a démontré que l'intégration des pharmaciens dans les équipes de médecine familiale avait permis de prévenir 241 événements nocifs chez les personnes âgées. Certaines compétences ont donc décidé de financer des postes de pharmacien à temps plein au sein des équipes de soins de santé primaires.

Même si le gouvernement fédéral investit considérablement dans la recherche, le financement consacré aux études sur les systèmes de soins de santé est insuffisant aux dires de certains témoins<sup>244</sup>. Par exemple, le comité s'est fait dire qu'à défaut de recevoir d'autres fonds fédéraux, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) ne pourrait pas survivre au-delà d'une certaine limite. Les témoins ont aussi mentionné que les investissements en recherche des IRSC tendaient à se concentrer sur la commercialisation, plutôt que sur l'amélioration des systèmes de soins de santé globaux. Par conséquent, ils ont recommandé qu'une portion du budget des IRSC soit consacrée à la recherche sur les systèmes de santé, en particulier sur le transfert des connaissances à d'autres fins que la commercialisation.

Des témoins ont expliqué que les IRSC s'efforcent de trouver des solutions par le biais de la Stratégie de recherche axée sur le patient, qui vise à réunir les chercheurs et les décideurs de tous ordres, les organismes de bienfaisance et de soins de santé, des représentants des patients et des organisations privées dans le but de résoudre les principaux problèmes liés à la prestation des soins de santé<sup>245</sup>. Par exemple, le comité a appris que la Stratégie de recherche axée sur le patient avait investi dans une initiative décennale de transformation des soins de santé primaires ancrés dans la collectivité par l'évaluation de nouveaux modèles de soins primaires en usage au pays.

D'autres témoins ont mentionné que le gouvernement fédéral pourrait promouvoir davantage l'innovation en créant des réseaux au sein des organisations pancanadiennes de recherche en santé, comme les IRSC, le FCRSS et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le Conseil canadien de la santé, ou en les faisant intervenir dans le but de déceler des pratiques progressistes en vigueur dans différentes compétences et de communiquer ces pratiques à l'échelle du pays<sup>246</sup>.

---

<sup>244</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 9, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>245</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 5, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/05evb-49133-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>246</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 9, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

### **C. Mesures à prendre pour promouvoir l'innovation dans le domaine de la santé : observations et recommandations du comité**

Dans son étude, le comité a constaté que le gouvernement investit considérablement dans la recherche en santé et que les découvertes qui en résultent sont appliquées à l'échelle du pays. Ces innovations contribuent à réduire les effets néfastes et les taux de mortalité, en plus de diminuer les coûts. Pour certains témoins, les ressources consacrées à la recherche sur les services ou les systèmes de santé sont insuffisantes. En outre, le comité a appris que les IRSC avaient mis sur pied une Stratégie de recherche axée sur le patient dans le but de combler le fossé qui oppose la recherche en santé et l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, et de financer sur dix ans les innovations dans différents secteurs de la prestation des services de soins de santé, dont la création de modèles de soins primaires. Des témoins ont par ailleurs avancé que le gouvernement fédéral pourrait, de concert avec les provinces et territoires, donner de l'ampleur à ces efforts en créant un mécanisme voué à la promotion de l'innovation en matière de santé au Canada, qui permettrait de favoriser la collaboration entre les gouvernements et de circonscrire, diffuser et mettre en œuvre les pratiques exemplaires en matière de prestation des services de santé dans les différents systèmes. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 34**

**Que le gouvernement fédéral prenne les devants et travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de créer un fonds canadien pour l'innovation en santé qui servirait à définir des modèles novateurs et des pratiques exemplaires applicables à la prestation des soins de santé, et à communiquer ces exemples à l'échelle du système de santé.**

#### **RECOMMANDATION 35**

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada présentent, dans cinq ans, un rapport provisoire évaluant la mise en œuvre et l'impact de la Stratégie de recherche axée sur le patient, et formulent des observations sur les nouveaux modèles de soins primaires.**

#### **RECOMMANDATION 36**

**Que Santé Canada crée un réseau pancanadien d'organisations de recherche en santé financées par le fédéral et d'autres intéressés dans le but de trouver des pratiques novatrices dans le domaine de la prestation des services de soins de santé et de concerter les efforts pour promouvoir ces pratiques auprès des régimes de santé du pays.**

### **RECOMMANDATION 37**

**Que le gouvernement fédéral veille à ce que des fonds permanents soient consacrés à la recherche sur les systèmes et services de santé, par le biais des Instituts de recherche en santé du Canada ou de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.**

## 12. RAPPORTS AUX CANADIENS

### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant les rapports aux Canadiens<sup>247</sup>

La responsabilisation et la transparence des rapports aux citoyens sont deux des grands principes du Plan décennal. En conséquence, tous les gouvernements se sont engagés à présenter à leurs citoyens des rapports sur la performance de leur système de soins de santé, ainsi que sur d'autres éléments clés du Plan décennal, à partir d'indicateurs et de repères communs comme les temps d'attente, les ressources humaines en santé et les soins à domicile. Le Plan décennal désigne le Conseil canadien de la santé comme l'organisme principal de rapports à tous les Canadiens sur l'état de santé et les résultats connexes, ainsi que sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs. Le Plan confie par ailleurs à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) le mandat de présenter des rapports sur les temps d'attente dans les différentes compétences et sur la performance globale du système de santé.

### B. Progrès à ce jour

Le comité a appris que le Plan décennal avait entraîné la production de plus nombreux rapports sur l'état des systèmes de soins de santé au Canada, grâce à l'élargissement et au perfectionnement des systèmes de données<sup>248</sup>. En particulier, des témoins ont indiqué que sept compétences avaient mis sur pied des conseils sur la qualité des soins de santé, renforçant ainsi leur capacité de collecter des données sur les résultats de santé et de présenter des rapports sur différents aspects de la qualité et de la performance du système de soins de santé en lien avec des priorités plus larges que celles du Plan décennal, dont la qualité et la sécurité des hôpitaux et les soins de longue durée. Selon certains témoins, ces conseils doivent être présents à l'échelle du pays et s'attarder à toutes les dimensions de la qualité que sont la sécurité, l'efficacité, l'orientation des patients, l'efficience, l'opportunité, l'équité et la pertinence<sup>249</sup>.

Aux dires des témoins, les agences et ministères fédéraux, dont Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et Statistique Canada, appuient ces efforts en élaborant une vaste série d'indicateurs de santé pour évaluer la performance des systèmes de soins de santé au pays<sup>250</sup>.

Le comité a appris que les efforts déployés dans différentes compétences ont mené à la création d'une multitude d'indicateurs de santé pour mesurer la performance des systèmes, mais

---

<sup>247</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

<sup>248</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*, présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011.

<sup>249</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° ??? *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 19 octobre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/49095-f.htm?Language=E&Parl=41&Ses=1&comm_id=47).

<sup>250</sup> Conseil canadien de la santé, *Examen du plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*, présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 10 mars 2011.

qu'aucun cadre national commun ne permet d'orienter les compétences en ce qui a trait aux rapports ou de comparer la performance de leur système respectif<sup>251</sup>. De plus, sans indicateur de santé uniforme à l'échelle pancanadienne, le Conseil de la santé du Canada et d'autres organismes fédéraux peuvent difficilement faire rapport de la qualité et de la performance des systèmes de santé au pays. Aussi, à défaut de telles données, le Conseil de la santé du Canada axe ses efforts sur la détermination de pratiques exemplaires sur différents aspects de la réforme des soins de santé. Ces efforts ne permettent toutefois d'obtenir qu'une idée générale des progrès de la mise en œuvre du Plan décennal tous les deux ou trois ans, car bien souvent, on ne dispose d'aucune nouvelle donnée pour alimenter les rapports annuels.

Des témoins ont souligné l'importance des mécanismes de responsabilisation pour la mise en œuvre de la réforme des soins de santé au Canada. Ils étaient nombreux à partager le point de vue selon lequel un investissement accru dans l'élaboration et l'expansion des systèmes de données pour mesurer la qualité et la performance des régimes de soins de santé est un moyen important de veiller à la responsabilisation et de fournir aux citoyens les informations nécessaires pour les amener à déterminer si les organismes de régie atteignent leurs buts et leurs objectifs de réforme<sup>252</sup>. En ce qui a trait à la création de systèmes d'évaluation de la performance, des témoins ont indiqué qu'il est important que les mesures et les résultats choisis soient centrés sur le patient plutôt que sur le fournisseur<sup>253</sup>. Pour certains, la façon d'y parvenir est de définir une vision globale pancanadienne décrivant les principes orientant la réforme des soins de santé, dont ceux prônés par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada<sup>254</sup>, ou encore une Charte des soins axés sur les patients, comme on l'a déjà mentionné dans le rapport.

### **C. Mesures à prendre concernant les rapports aux Canadiens : observations et recommandations du comité**

Dans le cadre de son étude, le comité a accueilli des témoignages soulignant l'importance des mécanismes de responsabilisation pour la promotion de la réforme des soins de santé. Les exigences en matière de rapport et de responsabilisation prévues au Plan décennal ont permis d'accentuer la collecte de données et l'élaboration d'indicateurs pour mesurer la qualité et la performance du système de santé. Les initiatives sur la qualité des soins et la sécurité des patients en vigueur dans de nombreuses compétences, dont la création de conseils sur la qualité, renforcent ces résultats. Le comité s'est fait dire qu'il faudrait instaurer ces conseils à l'échelle

---

<sup>251</sup> *Ibid.*

<sup>252</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 9, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 2 décembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/09evc-49228-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>253</sup> *Ibid.*

<sup>254</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association médicale canadienne, *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*, juillet 2011, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, octobre 2011.

du pays et leur donner pour mandat d'examiner les dimensions clés de la qualité qui transcendent les priorités du Plan décennal, à savoir la sécurité, l'efficacité, l'orientation des patients, l'efficience, l'opportunité, l'équité et la pertinence. Le comité convient qu'il est nécessaire d'élaborer un cadre pancanadien pour les indicateurs de santé afin d'évaluer la qualité et la performance des régimes de soins de santé, de comparer les régimes en vigueur dans les différentes compétences et de présenter des rapports pancanadiens à partir de critères communs. Le comité estime par ailleurs que ce cadre pancanadien devrait être axé sur le patient et refléter les points de vue et les expériences des patients à l'égard du système de santé. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 38**

**Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, travaille avec des organisations telles que l'Institut canadien pour la sécurité des patients afin de promouvoir le concept des conseils sur la qualité des services de santé.**

#### **RECOMMANDATION 39**

**Que l'Institut canadien d'information sur la santé collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les intéressés afin d'élaborer un cadre pancanadien d'indicateurs communs de la santé permettant d'évaluer la qualité et la performance des systèmes de soins de santé au Canada.**

### 13. PRÉVENTION ET RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS

#### A. Engagements au titre du Plan décennal concernant la création d'un processus de prévention et de résolution des différends relevant de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>255</sup>

En plus des initiatives de réforme des soins de santé, le Plan décennal renferme des dispositions sur le processus de prévention et de résolution des différends liés à l'interprétation et à l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>256</sup>. À l'origine, tous les gouvernements, sauf le Québec, avaient convenu qu'il fallait créer un processus de prévention et de résolution des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* et à l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser en signant l'Entente-cadre sur l'union sociale, en février 1999. Par la suite, les responsables des gouvernements fédéral et provinciaux ont élaboré le processus, et à l'issue d'une série d'échanges entre le premier ministre de l'Alberta et le premier ministre de l'époque, Jean Chrétien, il a été accepté en avril 2002. Le Plan décennal a officialisé l'acceptation de ce processus.

Le processus de prévention et de résolution des différends convenu par les premiers ministres comporte trois grands volets : prévention des différends, résolution des différends et rapports au public. En ce qui concerne la prévention, les activités englobent la mise sur pied de comités intergouvernementaux spéciaux chargés de discuter de questions d'intérêt pour tous les gouvernements; des échanges intergouvernementaux sur des problèmes qui se posent, dans une compétence donnée, dans l'application de la *Loi*; l'évaluation approfondie d'une proposition ou initiative provinciale ou territoriale afin de déterminer si elle est conforme à la *Loi*.

Si les mécanismes de prévention des différends échouent, le ministre de la Santé fédéral, provincial ou territorial peut enclencher le processus de résolution des différends. Les gouvernements en cause recueillent et diffusent conjointement tous les renseignements propres au différend et établissent un rapport d'enquête. Ils amorcent ensuite des négociations en vue de résoudre le problème. Si les négociations échouent, les ministres de la Santé concernés peuvent s'en remettre à un groupe tiers, auquel siègent un représentant de la province ou du territoire et un représentant du fédéral. Ces derniers choisissent un président, puis entreprennent une enquête et formulent des conseils dans un rapport aux gouvernements concernés. Le ministre fédéral prend ensuite en considération les conclusions du groupe et détermine s'il doit invoquer ou non les dispositions relatives à la non-conformité de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir réduire ou retenir les paiements de transfert fédéraux en matière de santé versés à la province ou au

---

<sup>255</sup> Sauf indication contraire, cette section est fondée sur les témoignages livrés à la séance suivante : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>256</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

territoire en cause en vertu de la *Loi*. Enfin, à l'issue du processus, les gouvernements doivent présenter un rapport public sur le processus.

## **B. Progrès à ce jour**

Le comité a appris que le processus de prévention et de résolution des différends est en place et qu'il façonne les activités quotidiennes de la Division de la *Loi canadienne sur la santé* de Santé Canada<sup>257</sup>. Selon des témoins, les efforts se concentrent surtout sur la prévention des différends, et jusqu'ici, aucun groupe tiers n'a été formé pour résoudre un conflit. Du point de vue des responsables fédéraux, le fait qu'il n'y ait pas eu de groupe officiel témoigne de la réussite des mécanismes de prévention à régler les problèmes liés à l'application des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le comité a reçu des témoins qui lui ont dit que Santé Canada faisait rapport du respect de la *Loi* par les compétences, y compris des retenues au titre des paiements de transfert en santé qui résultent des conditions d'application de la *Loi* concernant les frais d'utilisation et la surfacturation dans son rapport annuel au Parlement sur la *Loi canadienne sur la santé*.

Cependant, de nombreux mémoires soumis au comité font état de préoccupations à l'égard de l'application de la *Loi* par le gouvernement fédéral. En particulier, on mentionne que des cliniques privées surfacturent des services prévus par la *Loi* en exigeant des frais pour recevoir ces services. On cite entre autres une étude publiée dans le *Canadian Journal of Gastroenterology* qui a conclu que 31,7 % des patients traités en clinique privée devaient payer des frais pour des services de colonoscopie couverts par la *Loi*<sup>258</sup>. Par conséquent, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle plus proactif dans l'application de la *Loi*, notamment en ce qui a trait aux frais d'utilisation et à la surfacturation, car il est le premier responsable des soins de santé. En outre, des témoins ont recommandé la création d'un cadre de responsabilisation qui exigerait des provinces et territoires qu'ils enquêtent sur le respect de la *Loi* par les cliniques.

## **C. Mesures à prendre pour la prévention et la résolution des différends relevant de la *Loi canadienne sur la santé* : observations et recommandations du comité**

Selon les témoins, les activités de prévention officialisées dans le Plan décennal contribuent à empêcher l'enclenchement du processus officiel de résolution des différends convenu par les gouvernements en 2002. Le comité s'est fait dire que le processus favorise également la transparence dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé* en raison des obligations en matière de rapports. Toutefois, le comité a reçu des mémoires citant des cas de contravention à la

---

<sup>257</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 22, *Témoignages*, 3<sup>e</sup> session, 40<sup>e</sup> législature, 10 mars 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47).

<sup>258</sup> Par exemple, Médecins canadiens pour le régime public, *Un grand rôle fédéral pour améliorer le régime de santé du Canada*, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présenté le 4 novembre 2011.

*Loi* par des cliniques privées et exigeant que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux jouent un rôle plus proactif relativement à ces contraventions et à l'application des principes de la *Loi*. Par conséquent, le comité fait la recommandation suivante :

**RECOMMANDATION 40**

**Que les pouvoirs publics de tous ordres prennent des mesures pour faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et veiller à une plus grande responsabilisation envers les Canadiens en ce qui a trait à son application.**

## 14. COMMUNIQUÉ SUR L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES AUTOCHTONES

### A. Renseignements généraux sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé des Autochtones

#### 1) Les Premières nations, les Inuits et la *Loi constitutionnelle* de 1867

Le gouvernement fédéral a compétence « à l'égard des Indiens et des terres réservées aux Indiens » aux termes du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>259</sup>. En 1939, l'arrêt *Re Eskimos* de la Cour suprême du Canada a englobé les Inuits dans la définition du terme « Indien » au sens du paragraphe 91(24)<sup>260</sup>. Bien que l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* inclut les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada »<sup>261</sup>, dans la définition des peuples autochtones, la situation des Métis et des Indiens non inscrits<sup>262</sup> aux termes du paragraphe 91(24) demeure indéterminée<sup>263</sup>. En conséquence, le gouvernement fédéral affirme qu'il n'a pas la responsabilité exclusive de ces groupes et que ses responsabilités financières à leur égard sont donc limitées<sup>264</sup>. La compétence du gouvernement fédéral sur les questions qui touchent les Premières nations et les Inuits signifie que celui-ci a le pouvoir exclusif de légiférer en la matière, pouvoir qu'il exerce principalement à l'égard des Indiens inscrits qui vivent dans les réserves et, dans une moindre mesure, des Inuits<sup>265</sup>.

#### 2) Politique de 1979 sur la santé des Indiens

Bien qu'il ait compétence sur les Premières nations et les Inuits, le gouvernement fédéral n'a pas adopté de loi sur la prestation des soins de santé à ces deux groupes<sup>266</sup>, mais il s'est donné pour politique d'offrir certains programmes et services de santé aux Indiens qui vivent dans les réserves et aux Inuits. La politique de 1979 sur la santé des Indiens décrit le rôle du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé aux Premières nations et aux Inuits, précisant qu'elle repose sur les « dispositions de la Constitution et des lois, des traités et

---

<sup>259</sup> Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1<sup>er</sup> février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

<sup>260</sup> *Ibid.*

<sup>261</sup> *Loi constitutionnelle de 1982* (constituant l'annexe B de la Loi sur le Canada de 1982 (R.-U.)), 1982, ch. 11, partie II, par. 35(2).

<sup>262</sup> On entend par Indiens non inscrits des personnes qui sont indiennes par le sang et la culture, mais qui ne sont pas inscrites comme telles aux termes de la *Loi sur les Indiens* ou qui ont perdu leur droit de l'être avant que celle-ci soit modifiée en 1985. [22] Tonina Simeone, « Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones », 1<sup>er</sup> février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

<sup>263</sup> *Ibid.*

<sup>264</sup> *Ibid.*

<sup>265</sup> *Ibid.*

<sup>266</sup> Il est important de savoir que la plus importante mesure régissant les Indiens et les terres qui leur sont réservées est la *Loi sur les Indiens*, laquelle régleme presque tous les aspects de la vie des Indiens inscrits, ainsi que la gestion de leurs terres. La *Loi* définit qui est Indien et régleme l'affiliation aux bandes, ainsi que le régime fiscal, les terres et les ressources, la gestion financière, les testaments et les successions, et l'éducation. Cependant, la *Loi* ne s'applique pas aux Inuits et ne contient pas de dispositions sur l'administration et la prestation des soins de santé. Tonina Simeone, « Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones », 1<sup>er</sup> février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

de la coutume<sup>267</sup> ». On indique dans la politique que, compte tenu du caractère intégré du système de santé, il peut y avoir partage des responsabilités en la matière envers les Premières nations et les Inuits entre les autorités fédérales, provinciales et municipales, les bandes indiennes et le secteur privé. Ainsi, dans un tel système de santé interdépendant, les fonctions du gouvernement fédéral sont liées « aux activités touchant la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la détection et à la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement<sup>268</sup> ». Pour leur part, les provinces et le secteur privé se chargent du dépistage et du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques, ainsi que de la réadaptation. Enfin, les collectivités des Premières nations et les communautés inuites jouent un rôle important dans la promotion de la santé et l'adaptation des services de santé à leurs besoins propres.

Il faut noter que ce point de vue diffère de celui des peuples autochtones, qui soutiennent que le gouvernement fédéral a l'obligation de leur offrir des programmes et services de santé en raison de leurs droits issus de traités et de la responsabilité fiduciaire de la Couronne<sup>269</sup>, et que cela n'est pas une simple question de politique<sup>270</sup>, point de vue énoncé dans le rapport final de la Commission paru en 1996<sup>271</sup>.

### 3) Rôles et responsabilités de Santé Canada

En vertu de la politique de 1979 sur la santé des Indiens, le gouvernement fédéral offre certains services et prestations de soins de santé aux collectivités des Premières nations qui vivent dans les réserves et aux communautés inuites. Ces services sont maintenant assurés principalement par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Cette dernière emploie plus de 800 infirmières et infirmiers et travailleurs visiteurs qui fournissent des services de santé communautaires aux collectivités des Premières nations et aux communautés inuites du pays<sup>272</sup>. Toutefois, certaines collectivités des Premières nations et communautés inuites administrent la prestation de ces services de santé communautaires grâce à

---

<sup>267</sup> Santé Canada, « À propos de Santé Canada : Politique de 1979 sur la santé des Indiens », [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli\\_1979-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php).

<sup>268</sup> *Ibid.*

<sup>269</sup> En droit, le terme « fiduciaire » a le sens général de personne responsable de la garde et de la gestion d'un bien appartenant à une autre personne ou qui occupe une situation de confiance par rapport à une autre personne. Il y a donc un « rapport de fiduciaire » lorsqu'une personne en situation de confiance a des droits et des pouvoirs qu'elle est tenue d'exercer pour le compte d'autrui. L'expression désigne les rapports entre les fiduciaires et leurs bénéficiaires, entre les avocats et leurs clients, etc. Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones n'est pas encore parfaitement défini, mais la Cour suprême a statué qu'il est assujéti à certains principes et certaines obligations. Par exemple, la Couronne doit agir dans l'intérêt des Indiens dès lors qu'il s'agit de leurs biens et de leurs terres et, quand elle traite d'une violation possible d'un droit protégé par la Constitution, elle doit prendre en considération d'abord et avant tout ses rapports spéciaux de fiduciaire envers les peuples autochtones. Mary Hurley, « Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones », 10 août 2001, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 00-09F, <http://lopintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/PRBpubsArchive/bp1000/prb0009-f.asp>.

<sup>270</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, juin 2002, <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>, p. 235.

<sup>271</sup> CRPA, *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597>

<sup>272</sup> Santé Canada, *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Services de soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spni/services/index-fra.php>.

des accords de contribution ou ententes de transfert de services de santé avec la DGSPNI traduisant des modes de gouvernance différents, établis dans le cadre d'ententes sur les revendications territoriales ou d'autres ententes entre les collectivités autochtones et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Entre-temps, les provinces et territoires sont chargés de la prestation des soins actifs et primaires nécessaires aux collectivités des Premières nations et inuites au même titre qu'aux autres Canadiens en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral finance ces services pour le compte des provinces et des territoires par le biais du *Transfert canadien en matière de santé*<sup>273</sup>.

#### **4) Conflits de compétence sur la santé des Premières nations et des Inuits : le principe de Jordan**

La répartition complexe des pouvoirs fédéraux et provinciaux a été à l'origine de conflits sur la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. C'est ce qui est arrivé dans le cas de Jordan River Anderson, un garçonnet de la Nation des Cris de Norway House affligé d'une maladie neuromusculaire rare qui l'a forcé à se faire soigner pendant des années dans un hôpital de Winnipeg, à 800 kilomètres de chez lui. Jordan est décédé à l'hôpital pendant que le gouvernement fédéral et le gouvernement du Manitoba négociaient pour déterminer qui paierait ses frais de transport entre l'hôpital et sa maison. À la suite de son décès, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité, en 2007, le principe de Jordan, lequel veut que, en cas de conflit de compétence relativement au financement de services publics destinés à un enfant des Premières nations, le gouvernement auquel on s'est adressé en premier paie les services requis et entame ensuite des démarches en vue d'un partage des coûts<sup>274</sup>. Ainsi, les services aux enfants autochtones ne seraient pas retardés par un conflit de compétence<sup>275</sup>.

#### **B. Engagements au titre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones**<sup>276</sup>

Dans le Plan décennal, les premiers ministres ont reconnu l'importance de concerter leurs efforts pour améliorer l'état de santé des Autochtones et ont convenu que les engagements à cet égard seraient exprimés dans un communiqué distinct<sup>277</sup>. Le 13 septembre 2004, les premiers ministres ont rencontré les leaders de l'Assemblée des Premières nations, de l'Inuit Tapiriit Kanatami, du Ralliement national des Métis, du Congrès des peuples autochtones et de l'Association des femmes autochtones du Canada. À l'issue de cette rencontre, ils ont publié un

---

<sup>273</sup> Santé Canada, *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans*, préparé pour la réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones, les 24 et 25 novembre 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf).

<sup>274</sup> AADNC, *Document d'information – Mise en œuvre du principe de Jordan en Saskatchewan*, <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/aiarch/mr/nr/s-d2009/bk000000451-fra.asp>.

<sup>275</sup> *Ibid.*

<sup>276</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Améliorer l'état de santé des Autochtones : Rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones*, Ottawa (Ontario), 13 septembre 2004, <http://www.scics.gc.ca/francais/conferences.asp?x=1&a=viewdocument&id=1167>.

<sup>277</sup> Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

communiqué dans lequel ils convenaient d'élaborer un plan d'action pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones et leurs services de santé au Canada au moyen d'initiatives concrètes pour :

- améliorer la prestation des services de santé et l'accès à ces services afin de répondre aux besoins de tous les peuples autochtones par une amélioration de l'intégration et de l'adaptation de tous les systèmes de santé;
- s'assurer que les peuples autochtones bénéficient pleinement des améliorations apportées aux systèmes de santé canadiens;
- établir un programme d'action visant la prévention des maladies, la promotion de la santé et d'autres investissements à l'égard des déterminants de la santé pour les peuples autochtones.

Outre le plan d'action, le Communiqué annonçait que le gouvernement fédéral allouerait des fonds à trois initiatives à l'appui de ces objectifs, à savoir<sup>278</sup> :

- 200 millions de dollars pour un fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones qui permettra aux gouvernements et aux communautés de concevoir de nouvelles façons d'intégrer et d'adapter les services de santé existants pour mieux répondre aux besoins de tous les Autochtones, y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- 100 millions de dollars pour une initiative pour les ressources humaines en santé autochtone qui vise principalement : 1) à encourager les Autochtones à choisir des professions liées au domaine de la santé; 2) à adapter les programmes d'enseignement actuels destinés aux professionnels de la santé de manière à ce qu'ils tiennent compte des réalités culturelles; 3) à améliorer le maintien en poste des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des Autochtones, y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- 400 millions de dollars pour des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies axés principalement sur le diabète, la prévention du suicide, la santé maternelle et infantile, ainsi que le développement du jeune enfant.

### **C. Progrès de la mise en œuvre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones**

Des témoins ont expliqué que le *Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones* avait mené à l'élaboration d'un plan directeur dans lequel était prévu un plan décennal visant à réduire le fossé entre l'état de santé de la population canadienne en général et celui des Autochtones, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit du *Plan*

---

<sup>278</sup> Santé Canada, Système de soins de santé, Information, *Engagements en matière de santé autochtone*, septembre 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php).

*directeur pour la santé des Autochtones : un plan décennal de transformation*<sup>279</sup>. Désigné « en constante évolution », le Plan directeur devait guider la future prise de décision des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des dirigeants autochtones dans leurs efforts visant à fournir des services de santé complets, holistiques et coordonnés. Le Plan directeur comporte trois cadres distincts pour les Premières nations, les Inuits et les Métis respectivement. Chacun de ces cadres porte sur la prestation des soins de santé et l'accès aux services; le partage équitable des améliorations apportées aux systèmes de soins de santé du Canada; la promotion de la santé et du mieux-être; la définition claire des rôles et des responsabilités et le suivi des progrès. Le comité s'est fait dire que ce document fournit un cadre robuste pour la prise de mesures visant à améliorer l'état de santé des Autochtones, tout en tenant compte des besoins propres aux différents groupes autochtones<sup>280</sup>.

Des témoins ont expliqué que les investissements du fédéral pour appuyer les objectifs du Communiqué et du Plan directeur avaient eu une incidence sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones et la prestation des soins de santé<sup>281</sup>. Pour ce qui est de promouvoir l'intégration de la prestation des services de santé aux peuples autochtones à l'échelle des compétences, le comité a appris que le Fonds de transition pour la santé des Autochtones avait donné lieu à 311 projets, dont les trois quarts étaient dirigés par des organisations et des collectivités des Premières nations, inuites ou métisses. Les témoins ont précisé que ces investissements avaient favorisé la collaboration et la coopération et mené à la création de modèles de régie novateurs et intégrés, dont la signature historique de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations. Cet accord établit le contrôle des Premières nations sur la prestation des soins de santé, prévoit des arrangements fiscaux améliorés et établit des mécanismes de coopération intercompétence. En outre, des témoins ont appris au comité que le gouvernement fédéral s'était inspiré du Fonds de transition pour la santé des Autochtones pour créer le Fonds d'intégration des services de santé, qui servira à appuyer des projets semblables ayant une portée plus large.

Le comité s'est fait dire que le gouvernement fédéral avait instauré des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies qui avaient renforcé la capacité des collectivités inuites et des Premières nations de s'attaquer à certains risques clés<sup>282</sup>. Par exemple, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a permis de former 330 travailleurs communautaires sur les lignes directrices de pratique clinique pour le diabète et les pratiques exemplaires de gestion des maladies chroniques. En vertu du Programme de soins de santé

---

<sup>279</sup> Santé Canada, *Plan directeur pour la santé des Autochtones : Un plan décennal de transformation*, préparé pour la réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones nationales, 24 et 25 novembre 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf).

<sup>280</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, fascicule n° 7, *Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 17 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>281</sup> *Ibid.*

<sup>282</sup> *Ibid.*

maternelle et infantile, des membres des collectivités ont reçu une formation pour faire des visites à domicile, ce qui a permis d'observer une augmentation du poids des bébés à la naissance, d'encourager les mères à allaiter, d'améliorer les soins préventifs de santé bucco-dentaire, et d'inculquer des connaissances sur les méthodes parentales positives et les habitudes qui constituent des choix santé. Enfin, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones a contribué à stimuler la participation à des activités culturelles et l'engagement global au sein de la collectivité, des facteurs de protection contre le suicide.

Malgré les témoignages selon lesquels les membres des collectivités autochtones accordent une grande importance à ces programmes, d'autres ont soulevé quelques difficultés liées à leur prestation. Premièrement, ces initiatives fédérales ne sont pas à la portée de tous les groupes autochtones du pays. En effet, la majorité des projets financés par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones s'adressaient aux groupes et aux collectivités des Premières nations dans les réserves, et non à ceux qui vivent hors réserve. Le comité a appris que son successeur, le Fonds d'intégration des services de santé, avait alloué 1 million de dollars par année à l'Assemblée des Premières nations, 500 000 \$ à l'Inuit Tapiriit Kanatami et 100 000 \$ par année respectivement au Ralliement national des Métis, au Congrès des peuples autochtones et à l'Association des femmes autochtones du Canada<sup>283</sup>. Pour certains témoins, la répartition des fonds est inéquitable puisque environ 80 % des Autochtones et des Métis du Canada ne vivent pas dans des réserves et que la pauvreté et d'autres facteurs contribuent à leur mauvais état de santé<sup>284</sup>.

Le comité a appris également que les divisions entre les compétences jouent un rôle dans les difficultés que doivent surmonter certaines organisations autochtones pour accéder aux fonds de ces programmes<sup>285</sup>. En effet, les fonds versés au titre de ces initiatives sont transférés aux gouvernements provinciaux, qui restreignent ensuite la portée des programmes. Par exemple, un témoin a expliqué qu'une seule organisation provinciale-territoriale affiliée au Congrès des peuples autochtones avait eu accès à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

Cependant, d'autres témoins ont avancé que les investissements fédéraux tendaient à cibler les collectivités des Premières nations dans les réserves, et certaines collectivités inuites de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec, parce que ces groupes n'ont pas accès à des programmes territoriaux et provinciaux comparables. En conséquence, le gouvernement fédéral a créé des fonds spécifiques pour les collectivités autochtones vivant hors réserve, dont le fonds annuel de

---

<sup>283</sup> Congrès des peuples autochtones, *Présentation du Congrès des peuples autochtones devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004*, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 17 novembre 2011.

<sup>284</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, fascicule n° 7, Témoignages*, 1<sup>re</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 17 novembre 2011, [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm\\_id=47](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/07eva-49183-f.htm?Language=F&Parl=41&Ses=1&comm_id=47)

<sup>285</sup> *Ibid.*

32 millions de dollars du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui vise à améliorer les compétences linguistiques, de lecture et d'écriture des enfants et leurs dispositions à l'apprentissage.

Des témoins ont mentionné qu'une autre difficulté associée aux programmes et initiatives de santé des Autochtones était liée au fait qu'ils tendent à miser sur une approche globale et ne sont pas adaptés à la culture et aux besoins particuliers des différentes populations autochtones. Par exemple, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone ne distingue pas les besoins en matière de ressources humaines en santé des collectivités inuites et d'autres groupes.

Pour d'autres témoins, les contributions au titre de ces programmes sont irrégulières, imprévisibles et ne parviennent aux bénéficiaires que longtemps après le début de l'exercice financier, ce qui complique la planification des programmes<sup>286</sup>. Ils ont donc recommandé que Santé Canada établisse des accords de financement pluriannuels dans le cadre de ces initiatives pour assurer la prévisibilité et la pérennité des programmes.

Enfin, malgré les investissements consentis par le gouvernement fédéral et les engagements formulés dans le *Communiqué*, le comité s'est fait dire que globalement, il y a toujours un écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des Canadiens<sup>287</sup>. Dans les réserves, il y a 31 fois plus de cas de tuberculose que dans la population générale, et les taux de mortalité infantile sont 1,5 fois plus élevés que la moyenne nationale. Chez les Inuits, la tuberculose est 127 fois plus fréquente que chez les non-Autochtones et l'espérance de vie est inférieure de 12 ans à la moyenne canadienne. Les femmes autochtones sont aussi en moins bonne santé que les autres Canadiennes. Leur espérance de vie est inférieure de trois ans et le taux de suicide, trois fois plus élevé que la moyenne nationale. De plus, elles courent trois fois plus de risques de contracter le VIH-SIDA.

Le comité s'est fait dire que de nombreux facteurs expliquent les disparités entre l'état de santé des Autochtones et des non-Autochtones<sup>288</sup>. En particulier, les conflits entre les compétences constituent de perpétuels obstacles à l'accès aux soins de santé des peuples autochtones. Par exemple, les habitants des collectivités éloignées du Nord de l'Alberta sont souvent forcés de quitter leur milieu pour être traités dans les centres urbains, notamment pour recevoir des traitements d'hémodialyse. Toutefois, le comité a appris qu'il existe aussi des différences quant au moment à partir duquel ces services ne sont plus financés par le Programme des services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits de la Direction générale de la santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones de Santé Canada et celui où les régimes d'assurance-maladie provinciaux prennent la relève. Selon des témoins, une meilleure collaboration entre les compétences permettrait de rapprocher certains de ces services des

---

<sup>286</sup> *Ibid.*

<sup>287</sup> *Ibid.*

<sup>288</sup> *Ibid.*

collectivités éloignées, éliminant ainsi la pression exercée sur les patients qui doivent se déplacer, et d'uniformiser la couverture pour ces services.

Les écarts liés à l'état de santé sont aussi attribuables à des facteurs autres que l'accès aux services de santé, à savoir les déterminants sociaux que sont la pauvreté, le logement, l'éducation, la sécurité alimentaire, le système de justice, la culture et le sexe<sup>289</sup>. Des témoins ont dit que pour remédier à certaines de ces questions, il faudrait promouvoir l'inclusion de tous les groupes autochtones en tant que partenaires égaux au moment d'élaborer les politiques, les programmes et les services.

#### **D. Mesures à prendre pour promouvoir la mise en œuvre du Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones : observations et recommandations du comité**

Le comité a appris que le gouvernement fédéral avait investi dans une grande variété de programmes afin de répondre aux besoins en matière de santé des peuples autochtones du Canada. Ces programmes sont vus comme des initiatives importantes par certains témoins, mais selon eux, on pourrait les améliorer. Ils ont proposé entre autres de : veiller à ce que toutes les organisations autochtones bénéficient d'un accès équitable au financement; créer des ententes de financement pluriannuelles stables et faire en sorte que ces initiatives répondent aux besoins et à la culture des différents peuples autochtones. Le *Plan directeur pour la santé des Autochtones* cherche à combler le fossé au chapitre de l'état de santé des Autochtones et des non-Autochtones, mais le comité s'est fait dire qu'il est toujours présent et qu'il faut donc s'attaquer aux problèmes persistants tels que les questions de compétence liées au financement et à la prestation des services de santé, ainsi que les déterminants sociaux de la santé que sont, par exemple, l'accès à des logements convenables, l'accès à l'eau potable et l'accès à l'éducation. Le comité s'est fait dire que la voie de l'avenir dans ce domaine résidait dans la création de nouveaux modèles de régie de la santé forgés sur l'Entente-cadre historique sur la santé en Colombie-Britannique, ainsi que dans la participation des organisations autochtones à la conception et à la prestation des programmes qui s'adressent à ce groupe de la population. Par conséquent, le comité fait les recommandations suivantes :

#### **RECOMMANDATION 41**

**Que Santé Canada s'allie à des partenaires provinciaux et territoriaux pour veiller à l'accès équitable aux programmes et initiatives liés à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.**

---

<sup>289</sup> *Ibid.*

#### **RECOMMANDATION 42**

**Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que la conception et la prestation de ses programmes et initiatives répondent aux besoins particuliers des peuples inuits.**

#### **RECOMMANDATION 43**

**Que Santé Canada travaille étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'améliorer l'état de santé des Autochtones par le biais des ententes pluriannuelles fédérales-provinciales-territoriales.**

#### **RECOMMANDATION 44**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les collectivités autochtones pour améliorer la prestation des services de santé au Canada et s'efforce particulièrement de remédier aux problèmes liés à l'exercice des compétences.**

#### **RECOMMANDATION 45**

**Que Santé Canada mette sur pied un groupe de travail formé de représentants des partenaires provinciaux et territoriaux et de toutes les organisations autochtones nationales afin de trouver des façons de renforcer le rôle des organisations autochtones dans le processus d'élaboration des politiques.**

#### **RECOMMANDATION 46**

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour aborder les déterminants sociaux de la santé, en accordant la priorité aux besoins en eau potable, en logement adéquat et en éducation.**

## 15. CONCLUSION

Dans son étude, le comité s'était donné pour but d'examiner les progrès de la mise en œuvre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* ainsi que du *Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones*, en vertu du paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. Le comité a conclu que, globalement, le Plan décennal et les investissements financiers connexes ont donné lieu à des améliorations dans plusieurs des domaines prévus à l'entente, à savoir l'amélioration de l'accès à certains services de santé liés au cancer, au cœur, au remplacement d'articulations, aux cataractes et à l'imagerie diagnostique, l'augmentation des effectifs de professionnels de la santé et les services de soins actifs à domicile. De plus, le comité a constaté qu'au moins un élément du dossier de santé électronique est en branle dans toutes les compétences et que la télésanté est un moyen novateur de fournir des soins de santé dans le Nord.

Cependant, les réalisations dans bon nombre des domaines cités dans l'accord sont mitigées. Par exemple, même si la réforme des soins de santé primaires est en cours à l'échelle du pays, elle est encore au stade de projet pilote, et ce, malgré la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, au montant de 800 millions de dollars, qui vise à instaurer un changement systémique. En effet, bon nombre des discussions générées à l'occasion des audiences ont porté sur la façon dont le financement prévu dans l'accord a stimulé la prestation des services, mais il n'a pas contribué à la réforme des régimes de santé, pas plus qu'à l'intégration fort nécessaire des différents secteurs de la santé et au décloisonnement, ainsi qu'au recentrage des régimes d'assurance-maladie sur les besoins de la population, notamment la gestion des maladies chroniques. Par conséquent, les régimes de soins de santé du Canada demeurent les plus coûteux au monde et occupent toujours le 24<sup>e</sup> rang parmi les 34 pays de l'OCDE d'après les indicateurs que sont l'espérance de vie à la naissance et la mortalité infantile<sup>290</sup>. Ces constatations ont amené des témoins à demander une plus grande responsabilisation au chapitre du financement et une orientation des discussions sur la réforme des régimes au lieu de la seule augmentation du financement. Pour résumer, les témoins veulent que les gouvernements adoptent une nouvelle perspective en matière de soins médicaux et prennent des mesures incitatives pour l'adoption d'innovations éprouvées.

Par ailleurs, le comité s'est fait dire que l'approche coopérative adoptée pour la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques avait fait progresser l'innocuité grâce à la création du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, en plus de générer des économies attribuables au Programme commun d'évaluation des médicaments, mais une impasse sur la question de la couverture des médicaments onéreux a paralysé la collaboration à ce chapitre. Le Comité estime donc que les gouvernements doivent rétablir des rapports de collaboration à cet égard en s'engageant à élaborer un régime national d'assurance-médicaments tenant compte des

---

<sup>290</sup> Jeffery Simpson, *Economic Challenges to Medicare*, 4<sup>th</sup> Annual Conference of the McGill University Health Centre's Institute for Strategic Analysis and Innovation (MUHC-ISAI), 26 et 27 octobre 2011, Montréal.

principes d'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, à améliorer la sécurité et l'usage correct des médicaments et à contrôler les coûts pour garantir l'optimisation et la durabilité des ressources.

Le Plan décennal a aussi fait de la création d'un réseau public une priorité nationale et marqué le début d'une nouvelle ère de collaboration pancanadienne, facilitant des efforts concertés pour régler les principaux problèmes de santé publique, comme l'obésité juvénile et l'épidémie de H1N1 en 2009. Pourtant, le comité s'est fait dire que d'importants éléments autres que les modes de vie sains, dont les déterminants sociaux de la santé, les iniquités en matière de santé, la prévention des accidents et la santé mentale sont encore négligés, même s'il s'agit de facteurs critiques des disparités qui séparent les Autochtones et les non-Autochtones.

Le comité constate que le gouvernement fédéral doit prendre la direction des choses afin de promouvoir la réforme des soins de santé au pays. Pour certains témoins, il est essentiel que le gouvernement fédéral investisse dans les systèmes de dossiers électroniques pour favoriser l'intégration des différents secteurs de la santé et la collaboration des professionnels, bien qu'il soit nécessaire de prioriser l'interopérabilité et la participation de ces professionnels. Le comité a appris que la responsabilisation s'intensifierait avec la surveillance de la qualité et de la performance des systèmes de santé. Même si les provinces et les territoires sont les premiers responsables de la prestation des soins de santé au Canada, des témoins ont souligné que le gouvernement fédéral devrait, de concert avec les provinces et les territoires, prendre l'initiative de la création d'un Fonds canadien de l'innovation en matière de santé qui permettrait de circonscrire les pratiques exemplaires et d'en promouvoir l'adoption dans les systèmes de santé. Il permettrait également de garantir que les investissements dans la recherche donnent lieu à des innovations dans la prestation des soins médicaux au Canada.

Le Comité estime qu'il est important de se rappeler qu'il reste deux ans avant l'expiration du plan décennal de 2004. Il a constaté que les objectifs du Plan continuent d'être valables pour les fournisseurs de soins de santé, les décideurs et les Canadiens en général et que, par conséquent, les gouvernements devraient maintenir leur engagement à les réaliser en augmentant l'efficacité des systèmes par l'intégration des services, la collaboration entre les divers fournisseurs de soins et l'adoption de systèmes d'information. Les gouvernements doivent également poursuivre leurs efforts pour réorienter leurs systèmes vers la prévention des maladies et des accidents, les besoins et expériences des patients et une perspective holistique de santé, selon laquelle le bien-être physique et le bien-être mental sont indissociables, et sans oublier que beaucoup des facteurs déterminant la santé et le bien-être restent étrangers au système de santé. Le comité reconnaît l'importance du dialogue et de la collaboration pour la réforme des systèmes et considère que son rapport et ses recommandations vont dans ce sens.

## ANNEXE A - LISTE DES RECOMMANDATIONS

### RECOMMANDATION 1

Que la majoration annuelle des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires au titre du Transfert canadien en matière de santé serve en grande partie à créer des mesures incitatives visant à instaurer des changements axés sur la transformation des systèmes de soins de santé d'une manière qui s'inspire des recommandations formulées dans le présent rapport et des grands objectifs du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, en tenant compte de la nécessité d'établir des objectifs quantifiables, des échéanciers et des rapports annuels en faisant intervenir les mécanismes existants.

### RECOMMANDATION 2

Que les provinces et les territoires continuent d'élaborer des stratégies pour réduire les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés, y compris l'accès aux services d'urgence et les soins de longue durée, et fassent rapport des progrès réalisés à leurs citoyens.

### RECOMMANDATION 3

Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires et les organisations de soins de santé et de recherche pertinentes pour élaborer des points de repère pancanadiens fondés sur des données probantes concernant les temps d'attente dans tous les domaines des soins spécialisés depuis le moment où le patient demande une aide médicale.

### RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement fédéral fournisse du financement à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé<sup>291</sup> ou aux Instituts de recherche en santé du Canada pour qu'ils puissent :

- a) commander des études qui établiraient les données de base pour l'élaboration des points de repère pancanadiens dans tous les domaines des soins spécialisés;
- b) commander des études afin d'évaluer la pertinence des points de repère pancanadiens existants concernant les temps d'attente pour les interventions dans les domaines du cancer, du cœur, de la restauration de la vue et du remplacement d'articulations.

---

<sup>291</sup> La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est une société indépendante, sans but lucratif, établie grâce à un fonds de dotation du gouvernement fédéral et de ses organismes, qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé en convertissant des pratiques innovantes et des données probantes dans la pratique. Elle commande des recherches qui portent sur les aspects suivants : le financement et la transformation des services de santé; les services de santé de première ligne et le vieillissement de la population canadienne, <http://www.fcrrs.ca/AboutUs/StrategicPriorities.aspx>.

## **RECOMMANDATION 5**

Que le Conseil canadien de la santé examine les pratiques exemplaires pour réduire les temps d'attente partout au pays par des gains d'efficacité, en mettant l'accent tout particulièrement sur des pratiques de gestion comme la centralisation des listes d'attente, l'adoption du modèle des files d'attente, et l'élaboration de lignes directrices sur les renvois aux spécialistes et d'outils de soutien clinique.

## **RECOMMANDATION 6**

Que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et les territoires pour élaborer un énoncé de vision pancanadien d'une culture de soins axés sur le patient au Canada fondé sur des principes directeurs qui tiennent compte des besoins et des points de vue des patients dans un processus intégré de prestation des soins de santé.

## **RECOMMANDATION 7**

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux veillent à ce que des mesures de responsabilisation soient intégrées à l'accord sur les transferts en santé du Canada en vue de répondre aux besoins des personnes handicapées.

## **RECOMMANDATION 8**

Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de collaborer avec les provinces et les territoires pour :

- a) évaluer l'incidence des observatoires en matière de ressources humaines en santé dans d'autres compétences;
- b) réaliser une étude de faisabilité et déterminer l'avantage de créer un observatoire pancanadien en matière de ressources humaines en santé et faire rapport de ses conclusions;

## **RECOMMANDATION 9**

Que l'Institut canadien d'information sur la santé ajoute des variables linguistiques dans les données qu'il collecte sur les ressources humaines en santé et les populations servies par les systèmes de soins de santé du Canada.

## **RECOMMANDATION 10**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires ainsi que les organismes de santé pertinents pour réduire les iniquités dans les ressources humaines en santé,

notamment en région rurale et éloignée, auprès des populations vulnérables et dans les communautés autochtones.

### **RECOMMANDATION 11**

Que le gouvernement fédéral, dans le cadre de son Programme de reconnaissance des compétences des travailleurs étrangers, prenne l'initiative de travailler avec les provinces, les territoires et les organismes pertinents en vue de renforcer leurs efforts visant à améliorer l'évaluation et la reconnaissance des compétences des professionnels de la santé ayant fait leurs études ailleurs dans le monde pour qu'il soit possible de les intégrer pleinement aux systèmes de soins de santé canadiens, conformément aux principes, aux obligations et aux objectifs adoptés par le fédéral, les provinces et les territoires en vertu du *Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*.

### **RECOMMANDATION 12**

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent avec les universités et les collèges pour accroître la formation interprofessionnelle des professionnels de la santé afin de poursuivre la mise sur pied d'équipes de soins de santé multidisciplinaires au Canada.

### **RECOMMANDATION 13**

Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants pour élaborer des indicateurs afin de mesurer la qualité et l'uniformité des soins à domicile, des soins de fin de vie et d'autres services de soins continus au pays.

### **RECOMMANDATION 14**

Que, s'il y a lieu, les compétences envisagent d'élargir leur régime public d'assurance-médicaments afin de prendre en charge les médicaments et les fournitures utilisés par les bénéficiaires qui reçoivent des soins à domicile.

### **RECOMMANDATION 15**

Que la Commission de la santé mentale du Canada collabore avec le secteur des soins à domicile afin de trouver des moyens de promouvoir l'intégration des soins de santé mentale et des soins à domicile.

### **RECOMMANDATION 16**

Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires en vue de mettre sur pied une campagne de sensibilisation sur l'importance de planifier les soins de fin de vie.

### **RECOMMANDATION 17**

Que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer une stratégie pancanadienne des aidants naturels qui viserait entre autres à alléger le fardeau financier que doivent assumer les aidants naturels.

### **RECOMMANDATION 18**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour accroître l'accès aux soins palliatifs dans le cadre des services de fin de vie assurés par une vaste gamme d'établissements, dont les centres de soins palliatifs.

### **RECOMMANDATION 19**

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux élaborent et mettent en œuvre une stratégie sur les soins continus au Canada, dans le but d'intégrer aux systèmes de soins de santé, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les services de répit et les soins palliatifs. La stratégie fixerait des objectifs et des indicateurs explicites en ce qui a trait à l'accès, à la qualité et à l'intégration de ces services, et exigerait des gouvernements qu'ils rendent compte régulièrement des résultats aux Canadiens.

### **RECOMMANDATION 20**

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en commun des pratiques exemplaires afin d'envisager des solutions pour les problèmes communs associés à la réforme des soins primaires, comme la rémunération des professionnels de la santé; l'établissement de structures de gestion pour guider la réforme des soins primaires; et le recours à des accords de financement liés aux objectifs de santé publique.

### **RECOMMANDATION 21**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue de rétablir l'objectif de veiller à ce que 50 % des Canadiens aient accès 24 heures par jour et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires d'ici 2014.

### **RECOMMANDATION 22**

Que le gouvernement du Canada continue d'investir dans Inforoute Santé du Canada Inc. afin de permettre la création d'un système national de dossiers de santé électroniques compatibles.

### **RECOMMANDATION 23**

Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. cible ses investissements dans :

- a) des projets visant à mettre à niveau les composantes existantes afin de répondre aux normes de compatibilité nationale fixées par l'organisation;
- b) le soutien à l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les professionnels de la santé au Canada, ce qui comprend la collaboration avec les parties prenantes en vue d'établir des mesures incitatives efficaces dans ce domaine.

### **RECOMMANDATION 24**

Qu'Inforoute Santé du Canada Inc. collabore avec les provinces et les territoires ainsi que les parties prenantes pour :

- a) fixer un échéancier qui précisera à quel moment toutes les composantes existantes des DSE auront été mises à niveau pour répondre aux normes de compatibilité à l'échelle nationale;
- b) fixer un échéancier qui précisera à quel moment au moins 90 % de tous les médecins au Canada auront adopté les dossiers médicaux électroniques;
- c) s'assurer que les systèmes de dossiers de santé électroniques sont conçus et mis en œuvre de manière à permettre des usages secondaires, comme la recherche et l'évaluation des systèmes de santé;
- d) élaborer un système de rapport systématique sur l'accès aux services de télésanté au Canada.

### **RECOMMANDATION 25**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires afin d'examiner les moyens de rectifier les écarts entre leurs lois sur la protection des renseignements personnels en ce qui concerne la collecte, le stockage et l'utilisation des renseignements sur la santé.

### **RECOMMANDATION 26**

Reconnaissant les défis particuliers permanents en matière de santé et de prestation des soins de santé dans le Nord, que le gouvernement fédéral prolonge le financement de l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST) au-delà de 2014, de manière à ce que les fonds soient durables et prévisibles.

### **RECOMMANDATION 27**

Que le Groupe de travail fédéral-territorial des sous-ministres adjoints travaille avec les intervenants et les collectivités afin :

- a) d'améliorer les mesures de responsabilisation pour évaluer la performance des systèmes de soins de santé dans le Nord;
- b) de lever les obstacles de compétences qui se dressent devant la prestation des soins de santé et d'examiner les déterminants sociaux plus vastes qui ont une incidence sur la santé.

### **RECOMMANDATION 28**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires à la conception d'un régime d'assurance-médicaments national fondé sur les principes de l'accès universel et équitable pour tous les Canadiens, de l'innocuité et de l'utilisation appropriée, et du contrôle des coûts pour veiller à la rentabilité et à la pérennité du régime, y compris un programme national de couverture des médicaments onéreux et une liste nationale commune.

### **RECOMMANDATION 29**

Que les gouvernements se concertent et travaillent avec les compagnies d'assurance-maladie privées afin de les inciter à adopter des pratiques exemplaires dans leurs stratégies de réduction des coûts.

### **RECOMMANDATION 30**

Que Santé Canada, dans son rapport annuel sur le rendement au Parlement, fasse état des progrès de l'élaboration d'un cadre de réglementation concernant les médicaments onéreux pour les maladies rares.

### **RECOMMANDATION 31**

Que l'Agence de la santé publique du Canada poursuive ses efforts visant à renouveler la Stratégie nationale d'immunisation, y compris l'établissement de buts, d'objectifs et de cibles.

### **RECOMMANDATION 32**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les pouvoirs provinciaux, territoriaux et municipaux afin d'élaborer une stratégie pancanadienne de santé publique qui accorde la priorité aux modes de vie sains, à la diminution de l'obésité, à la prévention des blessures, à la santé mentale et à la réduction des iniquités en matière de santé chez les Canadiens, particulièrement chez les enfants,

par l'adoption d'une approche de santé des populations s'articulant sur les déterminants sociaux de la santé.

### **RECOMMANDATION 33**

Que Santé Canada, après avoir reçu le rapport de la Commission sur la santé mentale, utilise les données pancanadiennes sur la santé mentale des enfants et des adolescents pour éclairer les politiques et les décisions relatives aux programmes visant la santé mentale des enfants et des adolescents.

### **RECOMMANDATION 34**

Que le gouvernement fédéral prenne les devants et travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de créer un fonds canadien pour l'innovation en santé qui servirait à définir des modèles novateurs et des pratiques exemplaires applicables à la prestation des soins de santé, et à communiquer ces exemples à l'échelle du système de santé.

### **RECOMMANDATION 35**

Que les Instituts de recherche en santé du Canada présentent, dans cinq ans, un rapport provisoire évaluant la mise en œuvre et l'impact de la Stratégie de recherche axée sur le patient, et formulent des observations sur les nouveaux modèles de soins primaires.

### **RECOMMANDATION 36**

Que Santé Canada crée un réseau pancanadien d'organisations de recherche en santé financées par le fédéral et d'autres intéressés dans le but de trouver des pratiques novatrices dans le domaine de la prestation des services de soins de santé et de concerter les efforts pour promouvoir ces pratiques auprès des régimes de santé du pays.

### **RECOMMANDATION 37**

Que le gouvernement fédéral veille à ce que des fonds permanents soient consacrés à la recherche sur les systèmes et services de santé, par le biais des Instituts de recherche en santé du Canada ou de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

### **RECOMMANDATION 38**

Que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé Canada, travaille avec des organisations telles que l'Institut canadien pour la sécurité des patients afin de promouvoir le concept des conseils sur la qualité des services de santé.

### **RECOMMANDATION 39**

Que l'Institut canadien d'information sur la santé collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les intéressés afin d'élaborer un cadre pancanadien d'indicateurs communs de la santé permettant d'évaluer la qualité et la performance des systèmes de soins de santé au Canada.

### **RECOMMANDATION 40**

Que les pouvoirs publics de tous ordres prennent des mesures pour faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et veiller à une plus grande responsabilisation envers les Canadiens en ce qui a trait à son application.

### **RECOMMANDATION 41**

Que Santé Canada s'allie à des partenaires provinciaux et territoriaux pour veiller à l'accès équitable aux programmes et initiatives liés à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.

### **RECOMMANDATION 42**

Que Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que la conception et la prestation de ses programmes et initiatives répondent aux besoins particuliers des peuples inuits.

### **RECOMMANDATION 43**

Que Santé Canada travaille étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'améliorer l'état de santé des Autochtones par le biais des ententes pluriannuelles fédérales-provinciales-territoriales.

### **RECOMMANDATION 44**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les collectivités autochtones pour améliorer la prestation des services de santé au Canada et s'efforce particulièrement de remédier aux problèmes liés à l'exercice des compétences.

### **RECOMMANDATION 45**

Que Santé Canada mette sur pied un groupe de travail formé de représentants des partenaires provinciaux et territoriaux et de toutes les organisations autochtones nationales afin de trouver des façons de renforcer le rôle des organisations autochtones dans le processus d'élaboration des politiques.

## **RECOMMANDATION 46**

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires pour aborder les déterminants sociaux de la santé, en accordant la priorité aux besoins en eau potable, en logement adéquat et en éducation.

## ANNEXE B – TÉMOINS

| <b>Jeudi 10 mars 2011</b>                                       |   |
|---|---|
| Conseil canadien de la santé                                    | Dr Jack Kitts, président<br>John Abbott, chef de la direction   |
| Institut canadien d'information sur la santé                    | John Wright, président et directeur-général   |
| Santé Canada  | Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique<br>Gigi Mandy, directrice, Division de la loi canadienne sur la santé  |
| Statistique Canada  | Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales<br>Claudia Sanmartin, analyste principale, Division de l'analyse de la santé   |
| <b>Jeudi 29 septembre 2011</b>                                  |   |
| À titre personnel   | Dr Brian Postl, doyen, faculté de médecine, Université du Manitoba  |
| Association canadienne des institutions de santé universitaires | Glenn Brimacombe, président et directeur général<br>Christine Power, présidente, conseil d'administration   |
| Institut de recherche en services de santé                      | Dr Michael Schull, scientifique principal   |
| L'Alliance sur les temps d'attente                              | Dr Chris Simpson, président<br>Stephen Vail, directeur, politiques et recherches  |
| <b>Mercredi 5 octobre 2011</b>                                  |   |
| Santé Canada  | Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits<br>Robert Shearer, directeur général par intérim, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique |
| Ressources humaines et Développement des compétences Canada     | Jean-François LaRue, directeur général, Intégration au marché du travail<br>Marc LeBrun, directeur général, Programme canadien de prêts aux étudiants   |
| Collège royal des médecins et                                   | Danielle Fréchette, directrice, Bureau des politiques de la santé<br>Dr Andrew Padmos, directeur général  |

|   |   |
|---|---|
| chirurgiens du Canada                                   |   |
| Société Santé en français                               | Dr Brian Conway, président  |
| <b>Jeudi 6 octobre 2011</b>                             |   |
| Société canadienne du cancer                            | Daniel Demers, directeur, Questions d'intérêt public  |
| Association canadienne des soins de santé               | Pamela Fralick, présidente et chef de la direction  |
| Association canadienne des soins et services à domicile | Nadine Henningsen, directrice exécutive   |
| Association canadienne des soins palliatifs             | Sharon Baxter, directrice générale  |
| <b>Mercredi 19 octobre 2011</b>                         |   |
| Association médicale canadienne                         | Dr John Haggie, président<br>Stephen Vail, directeur, recherches et politiques  |
| Association des infirmières et infirmiers du Canada     | Barbara Mildon, présidente désignée<br>Rachel Bard, directrice générale   |
| Association des psychiatres du Canada                   | Dr Fiona McGregor, présidente   |
| Le Collège des médecins de famille du Canada            | Dr Robert Boulay, président   |
| <b>Mercredi 26 octobre 2011</b>                         |   |
| À titre personnel                                       | Dr Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique |
| Association des pharmaciens du Canada                   | Jeff Poston, directeur exécutif   |
| Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments  | Dr Robert Peterson, directeur exécutif  |
| Santé Canada  | Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique                                      |
| <b>Jeudi 27 octobre 2011</b>                            |   |
| Inforoute Santé du Canada                               | Richard Alvarez, président et chef de la direction<br>Mike Sheridan, chef de l'exploitation                               |

|   |  |
|---|--|
| Académie canadienne des sciences de la santé  | Dr Paul Armstrong, fondateur et ancien président   |
| Instituts de recherche en santé du Canada   | Dr Alain Beaudet, président<br>Dre Robyn Tamblyn, directrice scientifique  |
| Génome Canada   | Dr Pierre Meulien, président et chef de la direction   |
| Bureau du vérificateur général du Canada  | Neil Maxwell, vérificateur général adjoint<br>Louise Dubé, directrice principale   |
| <b>Mercredi 2 novembre 2011</b>   |  |
| Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  | Debbie DeLancey, sous-ministre par intérim, Ministère de la Santé et des Services sociaux<br>Robert Dana Heide, sous-ministre adjoint, Support des opérations, Ministère de la Santé et Services sociaux |
| Gouvernement du Yukon   | Stuart J. Whitley, sous-ministre, Santé et Affaires sociales<br>Sherri Wright, sous-ministre adjointe, Santé et Affaires sociales  |
| <b>Jeudi 3 novembre 2011</b>  |  |
| Société Canadienne de Psychologie   | Karen Cohen, chef de la direction  |
| Association canadienne de santé publique  | Debra Lynkowski, chef de la direction  |
| Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs                             | Dr Richard Birtwhistle, vice-président   |
| Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents | Ian Manion, directeur exécutif   |
| Agence de la santé publique du Canada   | Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique   |
| <b>Jeudi 17 novembre 2011</b>   |  |
| Assemblée des Premières nations   | Jonathan Thompson, directeur, Secrétariat à la santé et au développement social  |
| Congrès des Peuples Autochtones   | Betty Ann Lavallée, chef national<br>Barbara Van Haute, directrice, Santé des populations  |

|   |   |
|---|---|
| Santé Canada  | Valerie Gideon, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits                   |
| Inuit Tapiriit Kanatami   | Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé<br>Udloriak Hanson, conseillère spéciale à la présidence  |
| Association des femmes autochtones du Canada                    | Erin Corston, directrice de la Santé  |
| <b>Jeudi 24 novembre 2011</b>                                   |   |
| <b>Comparait</b>  |   |
| L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée, ministre de la Santé |   |
| Ministères des Finances Canada                                  | Chantal Maheu, directrice générale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale             |
| Santé Canada  | Glenda Yeates, sous-ministre<br>Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique      |
| Agence de la santé publique du Canada                           | Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique  |
| <b>Mercredi 30 novembre 2011</b>                                |   |
| Gouvernement du Manitoba  | Milton Sussman, sous-ministre, Santé Manitoba   |
| Gouvernement de la Nouvelle-Écosse                              | Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être   |
| <b>Vendredi 2 décembre 2011</b>                                 |   |
| À titre personnel   | Dr Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique |
| Association canadienne des soins et services à domicile         | Nadine Henningsen, directrice exécutive   |
| Association médicale canadienne                                 | Dr John Haggie, président   |
| Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest                      | Debbie Delancy, sous-ministre, santé et services sociaux  |

|   |  |
|---|--|
| Gouvernement de la Nouvelle-Écosse  | Kevin McNamara, sous-ministre, Santé et Bien-être                                    |
| Santé Canada  | Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique |
| Conseil canadien de la santé  | Dr Jack Kitts, président   |
| Institut de recherche en services de santé  | Dr Michael Schull, scientifique principal  |
| Centre d'excellence de l'Ontario pour la santé mentale des enfants et des adolescents | Ian Manion, directeur exécutif   |
| Agence de la santé publique du Canada   | Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique        |

## ANNEXE C - SOUMISSIONS ÉCRITES REÇUES

|   |
|---|
| Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé   |
| Alliance Canadienne concernant les politiques reliées au handicap   |
| Alliance canadienne des soins de longue durée   |
| Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.  |
| Association canadienne des ergothérapeutes  |
| Association canadienne des orthophonistes et audiologistes  |
| Association canadienne du diabète   |
| Association des facultés de médecine du Canada  |
| Association nationale des retraités fédéraux  |
| Centre canadien de politiques alternatives  |
| Coalition canadienne de la santé  |
| Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines |
| Commission de la santé mentale du Canada  |
| Consortium national de formation en santé   |
| Diététistes du Canada   |
| Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers   |
| Hospital for Sick Children  |
| La Fondation des maladies du cœur du Canada   |
| Le Conference Board du Canada   |
| Médecins canadiens pour le régime public  |
| Ministère de la Santé et Soins de longue durée de la province de l'Ontario  |
| Organismes caritatifs neurologiques du Canada   |
| Réseau de santé sans fil sécurisé   |
| SécuriJeunes Canada   |
| Société canadienne de science de laboratoire médical  |
| Société canadienne du sang  |
| Syndicat canadien de la fonction publique   |
| Syndicat national des employés et employés généraux et du secteur public  |
| Turner & Barrable   |