



L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES HOSPITALIERS – Y A-T-IL UNE CRISE?

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

PRÉSIDENTE
L'honorable Lorna Marsden

VICE-PRÉSIDENTE
L'honorable Brenda Robertson

Deuxième session
Trente-quatrième Parlement

Juin 1990



L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES HOSPITALIERS – Y A-T-IL UNE CRISE?

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

PRÉSIDENTE

L'honorable Lorna Marsden

VICE-PRÉSIDENTE

L'honorable Brenda Robertson

**Deuxième session
Trente-quatrième Parlement**

Juin 1990

MEMBRES

Présidente: L'honorable sénateur Lorna Marsden

Vice-Présidente: L'honorable sénateur Brenda Robertson

et

Les honorables sénateurs

Jack Austin, c.p.

Lorne Bonnell

Paul David

Philippe Gigantès

Jacques Hébert

Michael Kirby

*Allan MacEachen, c.p.

(ou Royce Frith)

Lorna Marsden

Jack Marshall

*Lowell Murray, c.p.

(ou William Doody)

Brenda Robertson

Mira Spivak

Norbert Thériault

Arthur Tremblay

**Membres d'office*

Nota: Les honorables sénateurs Cochrane, Fairbairn, Haidasz et MacQuarrie ont également participé aux délibérations du Comité.

ORDRES DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mercredi 28 juin 1989:

Suivant l'Ordre du jour, le Sénat reprend le débat sur la motion de l'honorable sénateur David, appuyé par l'honorable sénateur Poitras,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à entreprendre une étude préliminaire sur les problèmes des hôpitaux et établissements de soins de courte durée, dans le cadre du Programme national de santé au Canada; et

Que le Comité présente son rapport au plus tard le 31 mars 1990.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mercredi 14 mars 1990:

L'honorable sénateur Marsden propose,
appuyé par l'honorable sénateur Turner,

Que l'ordre de renvoi du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du 28 juin 1989, concernant les problèmes des hôpitaux et établissements de soins de courte durée, dans le cadre du Programme national de santé au Canada, soit modifié en retranchant les mots «31 mars 1990» et en les remplaçant par les mots «29 juin 1990».

Après débat,

La motion, mise au voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat
Gordon Barnhart

RAPPORT DU COMITÉ

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

QUINZIÈME RAPPORT

Votre Comité, autorisé à étudier et à faire rapport sur les problèmes des hôpitaux et établissements de soins de courte durée, dans le cadre du Programme national de santé au Canada, a, conformément à son ordre de renvoi du mercredi 28 juin 1989, entrepris cet examen et présente maintenant son rapport.

Respectueusement soumis,

La présidente
Lorna Marsden

REMERCIEMENTS

Le Comité désire remercier de tout coeur les nombreux témoins que leur dévouement à la cause de l'avenir des soins de santé au Canada a amené devant lui. Il est également redevable de leur concours à sa conseillère en recherche, Patricia MacDonald, et au personnel du Centre parlementaire pour les affaires étrangères et le commerce extérieur, ainsi qu'à Mary Colbran-Smith, consultante en recherche sur les soins de santé, Bruce Squires, assistant de recherche, et Jean Michel Roy, greffier du Comité.

La présidente
Lorna Marsden

TABLE DES MATIÈRES

Page

CHAPITRE 1 : MANDAT	1
CHAPITRE 2 : Y A-T-IL CRISE?	5
Enquêtes sur l'opinion publique	5
Compte rendus dans les médias	5
Les listes d'attente	6
Les disparités régionales	6
Rapports des provinces	7
Accessibilité aux services hospitaliers spécialisés	7
CHAPITRE 3 : PROPOSITIONS D'INITIATIVES FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE PRESTATION DES SERVICES HOSPITALIERS	9
Planification des ressources humaines	9
Accessibilité des lits de soins actifs et vieillissement de la population	12
Gestion de l'utilisation des ressources	19
Évaluation de la technologie médicale	20
CHAPITRE 4 : PROPOSITIONS D'INITIATIVES FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE POLITIQUES	23
I : Financement	23
a) Financement des programmes établis	23
b) Financement d'immobilisations	28
c) Subventions de recherche	29
II : Leadership national	30
a) Promotion de la santé	30
b) Objectifs nationaux en matière de santé	30
c) Initiatives pour améliorer la gestion des hôpitaux	31
d) Conseil consultatif national des soins de santé	34
III : Dispositions législatives	35
CHAPITRE 5 : CONCLUSION	39
RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	41

ANNEXE 1	45
ANNEXE 2	49
ANNEXE 3	51
ANNEXE 4	55

CHAPITRE 1: MANDAT

L'étude de l'accessibilité des services hospitaliers de soins actifs tire son origine d'un avis d'interpellation présenté par le Sénateur Paul David le 5 avril 1989:

... J'attirerai l'attention du Sénat sur un travail de recherche sur l'évolution des coûts du système de santé au Canada et ses conséquences, et sur la nécessité d'instituer un comité ou un sous-comité qui sera chargé d'examiner la question.¹

Dans son discours au Sénat le 2 mai 1989, le Sénateur David fit part des résultats d'une étude sur les coûts des soins de santé qu'il a réalisée en 1989.² Le rapport montre que, bien que les dépenses pour les soins de santé aient augmenté en moyenne, en dollars constants, de moins de 5 p. 100 par année au cours de la période 1975-1985, d'importantes décisions relatives au financement et aux dépenses devraient être prises dans un proche avenir. D'autres pressions se feraient sentir à cause de la rareté des fonds publics, des disparités régionales dans l'éventail des services de santé offerts, des besoins croissants d'une population vieillissante et des coûts occasionnés par l'augmentation des nouvelles technologies médicales qui seront disponibles. Pour illustrer les contraintes subies par les hôpitaux, le Sénateur David attira aussi l'attention sur la congestion des salles d'urgence, l'allongement des listes d'attente, la fermeture de lits et la désuétude de l'équipement.

Le Sénateur David proposa que soit entreprise une étude des avantages et des inconvénients du réseau actuel de soins de santé et que soient recommandées des mesures qui tiennent compte des besoins des Canadiens et Canadiennes, ainsi que des ressources financières disponibles. Même si plusieurs sénateurs appuyaient cette proposition, on convint dans une certaine mesure que l'objectif était trop large.³

Après consultation du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (le Comité) pour réduire le champ de l'étude proposée, le Sénateur David présenta la motion ci-après le 27 juin:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à entreprendre une étude préliminaire sur les problèmes des hôpitaux et établissements de soins de courte durée, dans le cadre du Programme national de santé au Canada; et

Que le Comité présente son rapport au plus tard le 31 mars 1990.

À l'automne de 1989, le mandat a encore une fois été réduit à la question de l'accessibilité et des grands problèmes qui se posent aux hôpitaux de soins actifs, comme il suit:

Les gens s'inquiètent de plus en plus de l'accessibilité des services hospitaliers de soins actifs. On parle beaucoup de la fermeture de lits, des longues listes d'attente en chirurgie électorale et pour les interventions diagnostiques, des retards dans les traitements, des contraintes pour le financement d'immobilisations et de la pénurie de personnel. Les experts s'entendent pour reconnaître que les pressions financières sur les hôpitaux vont s'accroître au fur et à mesure qu'ils feront face aux coûts croissants de la technologie médicale et à la demande croissante de services

hospitaliers de la part d'une population vieillissante. L'expérience récente porte à croire que l'accessibilité des services hospitaliers de soins actifs pourrait se restreindre et être davantage menacée à mesure que s'accroît la concurrence pour des ressources rares.

C'est aux gouvernements provinciaux que revient la responsabilité directe de dispenser les services de santé au Canada, dont les services hospitaliers. Cependant, dans la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral fait valoir sa responsabilité pour ce qui est de définir et d'appliquer des normes nationales pour les services de santé. Pour être admissibles à des fonds en vertu de la *Loi sur le financement des programmes établis*, les provinces doivent se conformer aux critères du programme énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* et qui portent sur les points suivants: gestion publique; intégralité; universalité; transférabilité; et accessibilité.

Tous les hôpitaux du Canada doivent satisfaire à ces critères. La question de l'accessibilité est toutefois le problème le plus sérieux qui se pose aux hôpitaux ayant des contraintes financières.

Le Comité se concentrera sur les principales difficultés auxquelles se heurtent les hôpitaux de soins actifs au Canada et sur la façon dont ces problèmes peuvent compromettre l'accès des malades aux services hospitaliers.

La présente étude ne vise pas à aborder tous les problèmes et toutes les questions qui se posent aux hôpitaux de soins actifs. Nous avons plutôt l'intention d'inviter des témoins à comparaître devant le Comité pour décrire les principaux problèmes qui se posent aux hôpitaux, notamment:

- l'existence, la fréquence et la gravité des listes d'attente pour les interventions diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales;
- les effets des coûts croissants de la technologie médicale sur les hôpitaux et leur incidence sur l'accessibilité des services;
- l'incidence d'une population vieillissante sur les dépenses des hôpitaux et sur la disponibilité des services de soins actifs;
- la pénurie de personnel dans les hôpitaux et son incidence sur l'accessibilité des services hospitaliers.

On a demandé à des représentants d'associations nationales dans le domaine des services de santé, ainsi que de provinces et de territoires, de comparaître comme témoins devant le Comité. Aucune province ni territoire n'a accepté l'invitation. Toutefois, la Saskatchewan a présenté un mémoire écrit et a offert d'envoyer au besoin son conseiller médical à titre de témoin.

Un fonctionnaire des services de santé d'une autre province a répondu ce qui suit:

L'ensemble de la question du réseau canadien des soins de santé, tant du point de vue de la prestation des services que de celui du financement global, a été le sujet de discussions bilatérales continues entre les ministres provinciaux de la Santé et des Finances et leurs collègues fédéraux. Les deux questions gagnent à être encore débattues de cette manière.

La Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et le Yukon ont été les seules à répondre au questionnaire rédigé par le Comité. On trouvera à l'Annexe 1 la liste des témoins qui se sont présentés devant le Comité.

Le Comité a accepté l'invitation de la Société canadienne de cardiologie de visiter l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, où les membres ont eu l'occasion de voir un service hospitalier hautement spécialisé et d'entendre un exposé sur les problèmes des unités de soins cardiaques au Canada.

Pour aider le Comité à examiner les problèmes d'une population vieillissante, le Secrétaire de l'Étude démographique, le Dr E.M. Murphy de Santé et Bien-être social Canada, a présenté les résultats de son étude qui décrit les tendances démographiques qui sont en voie de façonner l'avenir du Canada.

CHAPITRE 2: Y A-T-IL UNE CRISE?

Il est difficile de mesurer avec justesse l'accessibilité des services de soins actifs. Pour avoir une idée de l'ampleur de la question, le Comité a examiné les aspects suivants: enquêtes sur l'opinion publique, comptes rendus dans les médias, listes d'attente signalées, disparités régionales et rapports des provinces. Il s'est aussi rendu dans une unité de soins cardiaques.

Enquêtes sur l'opinion publique

Les Canadiens se montrent en général satisfaits de leur réseau de soins de santé et ils estiment que l'accès à des services de santé adéquats est un droit. Des sondages récents indiquent toutefois un changement d'attitude.

Dans un sondage fait en Ontario à la fin de 1989, 48 p. 100 des personnes interrogées ne pensent pas qu'elles auraient rapidement accès à des moyens de haute technologie si elles en avaient besoin.⁴

Un sondage Decima au printemps de 1988 indique que les Canadiens reconnaissent que les gouvernements ne seront peut-être pas capables de maintenir les normes élevées actuelles avec le financement présentement disponible.⁵ La majorité des personnes interrogées estime que l'inefficacité et le gaspillage dans les hôpitaux et les installations de soins de santé contribuent à l'accroissement des dépenses en matière de santé.

En outre, ce sondage a révélé que près de la moitié des Canadiens affirment qu'ils seraient d'accord si on limitait l'accès aux traitements hautement spécialisés en ne les offrant que dans un ou deux hôpitaux de la région.⁶ En Colombie-Britannique, en Ontario et dans les grandes villes, la majorité s'oppose à cette mesure, puisqu'on y voit une réduction possible des services. La mesure serait toutefois largement appuyée au Québec, dans les Prairies et dans les localités rurales.

Comptes rendus dans les médias

Dans les médias, on parle des traitements retardés, des longues listes d'attente, des fermetures de lits et de la pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

«Heart patients may be sent to the U.S.», [The Ottawa Citizen, 14 janvier 1990]; «Les urgences des hôpitaux sont de nouveau engorgées», [La Presse, Montréal, 9 novembre 1989]; «Heart patients face numbers crunch», [Calgary Herald, 30 avril 1989]; «Limited funds stymie elective surgery», [Halifax Chronicle Herald, 30 janvier 1989]; «Bed shortages blamed for patient line ups», [Winnipeg Free Press, 13 janvier 1989]; «Emergency rooms still strained beyond limits, doctors complain», [Montreal Gazette, 7 décembre 1988]; «Boy's death awaiting surgery to be probed», [Globe and Mail, 31 janvier 1990].

Ces articles reflètent-ils fidèlement la situation réelle? Les opinions varient à ce sujet.

Listes d'attente

Les témoins ont signalé leurs inquiétudes au sujet des listes d'attente dans les hôpitaux. Le Dr Ferguson, directeur de l'Extra-Mural Hospital, au Nouveau-Brunswick, a mentionné que les hôpitaux de soins actifs de Saint John, de Fredericton et de Moncton, ont des listes d'attente d'environ 2 000 personnes ou une période d'attente de deux mois.⁷ Cependant, M. Fyke, de la Greater Victoria Hospital Society, a fait observer que les listes d'attente ne sont pas une bonne unité de mesure puisqu'elles varient énormément.⁸

L'Association médicale canadienne (AMC) a fait observer qu'il est difficile de recueillir et d'analyser des données exactes sur les listes d'attente des hôpitaux parce qu'elles dépendent de nombreux facteurs, notamment l'organisation du réseau faisant l'objet de l'enquête, les politiques de gestion de l'hôpital, les modalités de pratique des médecins, les ressources humaines et techniques disponibles et la composition de la population faisant l'objet de l'enquête.⁹

Toutefois, l'AMC favorise l'examen systématique des listes d'attente dans une région pour faire en sorte que les personnes ne figurent que sur une seule liste et pour s'assurer qu'elles n'ont pas été traitées ou que leur état de santé n'a pas évolué.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a aussi signalé la nécessité de vérifier les listes d'attente pour tenir compte des personnes qui figurent sur plus d'une liste de façon à minimiser les délais d'admission à l'hôpital.¹⁰

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan signale une diminution de 38 p. 100 des listes d'attente depuis 1987, dont une réduction de 18 p. 100 dans l'année qui vient de s'écouler. Le changement est attribué à des politiques de gestion dynamiques.¹¹

Disparités régionales

Des témoins ont fait état des listes d'attente très longues dans les grandes villes du Canada. M. Marcoux, du Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain, a déclaré:

Du 1^{er} octobre au 15 novembre 1989, des données recueillies quotidiennement par le Conseil régional de Montréal auprès des 26 hôpitaux opérant un service d'urgence montrent que le taux d'occupation des civières se situe à 127 p. 100 dans notre région. Le taux d'occupation atteint 140 p. 100, si l'on considère seulement les 15 salles d'urgence les plus occupées de Montréal.¹²

M. Gamble, du Hospital Council of Metropolitan Toronto, a mentionné que Toronto a mis au point un registre central des ressources, avec des terminaux dans 23 hôpitaux de soins actifs, pour fournir des données sur le taux d'occupation, lesquelles sont mises à jour cinq fois par jour.¹³ Le registre a pour but de faire le suivi des listes d'attente.

Dans sa réponse au questionnaire, le Yukon a fait la remarque suivante:

L'accès aux services locaux n'a pas connu de changements importants. Toutefois, l'accès aux centres de soins de troisième recours de Vancouver et d'Edmonton s'est détérioré comme le montre les listes d'attente croissantes.¹⁴

La population s'inquiète d'autant plus que, en février 1990, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a annoncé avoir pris des dispositions pour envoyer jusqu'à 200 cardiaques aux hôpitaux de l'État de Washington pour y subir une intervention chirurgicale urgente.

Rapports des provinces

Depuis 1983, les provinces ont mis sur pied un nombre croissant de commissions et de groupes d'étude sur la santé (voir l'Annexe 2). Ces études ont été instituées principalement pour les raisons suivantes: coûts croissants, problèmes liés aux ressources humaines, questions touchant l'organisation des soins de santé et questions relatives à l'assurance de la qualité et à l'évaluation de la technologie médicale.

Il n'y a pas lieu de résumer ici ces rapports, mais nous en rappelons certaines recommandations concernant la réduction des coûts, le financement et le rapport coût-efficacité: réduction du nombre de lits de soins actifs et gel des immobilisations par les hôpitaux; gel du budget des hôpitaux, des salaires et des honoraires; initiatives budgétaires globales; augmentation du nombre de consultations externes et de réseaux d'appui locaux et à domicile; et questions touchant les ressources humaines.

Bon nombre de provinces ont également abordé la question d'une réorientation globale du réseau de soins de santé. Sur le plan de l'organisation, des recommandations portent sur la nécessité d'une planification rationnelle par opposition à la rivalité entre les institutions, sur le meilleur usage des lits d'hôpitaux et sur la mise en place mieux raisonnée de la technologie médicale coûteuse. Sur le plan de la gestion, les recommandations mettent l'accent sur l'utilisation de la recherche quantitative car, parce qu'on s'y prend mal pour recueillir et utiliser les données au sujet de l'état de santé des malades, la qualité de la gestion et de la planification dans les hôpitaux est moindre.

Accessibilité aux services hospitaliers spécialisés

On s'est récemment beaucoup préoccupé des retards dans le traitement des maladies cardiaques dans de nombreux hôpitaux de soins actifs au Canada. C'est une inquiétude qui a attiré beaucoup d'attention de la part des médias. Voici ce que dit la Société canadienne de cardiologie (la Société):

Les soins cardiologiques au Canada ont été gravement compromis par le coût croissant de la technologie médicale et par la demande sans cesse plus élevée d'accès à cette technologie ... On prévoit également que les techniques améliorées de diagnostic permettront de déceler plus tôt les maladies du coeur pour lesquelles une intervention peut se révéler bénéfique.¹⁵

La Société a entrepris une étude systématique de 46 des plus grandes institutions de soins cardiologiques au Canada pour se préparer à notre étude. Des 33 centres qui ont contribué à l'étude, 20 ont signalé des problèmes importants quant à l'accessibilité.

Le taux d'occupation dans tous les centres de cardiologie au Canada est très élevé, allant de 84 p. 100 en Alberta à 96 p. 100 au Québec. Au 11 janvier 1990, il y avait 4 000 personnes sur les listes d'attente électives en vue d'une chirurgie à coeur ouvert. Les listes d'attente pour

cathétérisme cardiaque, angioplastie et chirurgie à coeur ouvert étaient respectivement d'une moyenne de huit, cinq et 16 semaines.

La Société conclut qu'il y a pénurie de lits pour soins cardiaques et que la période d'attente est excessive.

Le Comité estime que les études systématiques sont valables pour évaluer l'accessibilité aux services hospitaliers et encourage un suivi serré des listes d'attente.

Le Comité conclut qu'il y a un manifestement dans les hôpitaux de soins actifs des problèmes qui menacent l'accessibilité des services de ces hôpitaux, en particulier dans les grandes villes. Le Comité estime qu'il est nécessaire de «tirer la sonnette d'alarme» pour prévenir une crise généralisée. Il s'agit de questions urgentes, qui doivent être traitées sans retard par les gouvernements et les groupes intéressés du système des soins de santé.

CHAPITRE 3: PROPOSITIONS D'INITIATIVES FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE PRESTATION DES SERVICES HOSPITALIERS

La *Loi constitutionnelle de 1867* stipule à l'article 92(7) que «L'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux...» est une responsabilité exclusivement provinciale. En vertu du régime d'assurance-hospitalisation instauré par le gouvernement fédéral, toutes les provinces assurent des services hospitaliers à leurs citoyens. Même si la santé est un rôle attribué aux provinces, le gouvernement fédéral assure un financement conformément à la *Loi sur le financement des programmes établis, 1977* à la condition que les services de soins de santé soient conformes aux stipulations fédérales décrites dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans son étude, le Comité se rend bien compte que le gouvernement fédéral a un rôle limité dans la prestation des services hospitaliers. Nous maintenons toutefois que le gouvernement fédéral peut aider considérablement les provinces, en particulier sous forme de collaboration, pour permettre aux provinces de continuer à offrir des services de qualité. Le gouvernement fédéral doit maintenir une présence vigoureuse pour garantir le respect des objectifs nationaux du programme. Ainsi, dans la suite du présent chapitre, le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne des initiatives pour la prestation des services hospitaliers, ainsi que des initiatives en matière de politiques, au chapitre 4 plus loin.

Planification des ressources humaines

Pour offrir des services hospitaliers de soins actifs de qualité, il faut pouvoir compter sur un nombre suffisant de dispensateurs de soins. Les témoins ont fait observer qu'il est essentiel de bien planifier les ressources humaines pour la prestation de services hospitaliers accessibles. Beaucoup de recommandations ont été formulées à cet égard, mais peu ont été mises en oeuvre. Cette inaction semble attribuable à un manque de coordination des initiatives à l'échelon provincial et au peu de leadership à l'échelon fédéral.

Environ 8 p. 100 de la population active canadienne travaille directement ou indirectement dans le réseau de soins de santé. Le secteur hospitalier est à forte prédominance de main-d'oeuvre, les salaires comptant pour plus de 70 p. 100 des budgets de fonctionnement.

Le personnel infirmier est le groupe professionnel le plus nombreux dans notre réseau de soins de santé et la rémunération de ce groupe compte pour environ 30 p. 100 des dépenses totales des hôpitaux.

En dépit de la croissance constante du nombre d'infirmières et d'infirmiers en exercice, la pénurie persiste et on prévoit qu'elle augmentera dans les années à venir si des mesures immédiates ne sont pas prises. La pénurie s'est fait sentir tant dans les régions géographiques éloignées que dans les secteurs de spécialités. La situation est critique pendant les quarts de nuit et

de fin de semaine, de même que durant les période de congé, ainsi que dans les grands centres — Montréal, Toronto et Vancouver.

La Société canadienne de cardiologie fait remarquer que la pénurie de personnel infirmier est une des causes des retards dans les interventions chirurgicales. Les fermetures de lits à Montréal sont attribuables à la pénurie de personnel infirmier.¹⁶ En septembre 1989, on signalait en Colombie-Britannique 353 postes vacants d'infirmières ou d'infirmiers.¹⁷ À Toronto, le nombre de postes vacants chez le personnel infirmier est deux fois plus élevé que dans le reste de l'Ontario.¹⁸ Le Health Sciences Centre de Winnipeg exprime des inquiétudes semblables: «... des personnes ayant reçu une excellente formation émigrent vers d'autres provinces et d'autres hôpitaux ... il faut examiner sérieusement le milieu de travail».¹⁹

L'AIC a fait remarquer que la demande de personnel infirmier a augmenté en réaction à des facteurs tels que la gravité accrue des maladies, les changements qui se sont produits dans les caractéristiques de la maladie et dans la façon de dispenser les soins, ainsi que les changements démographiques.

Dans l'ensemble du Canada, les heures de soins infirmiers par jour-malade ont passé de 3,3 heures au début des années 1960 à plus de 5 heures à la fin de années 1970; les heures de soins infirmiers par intervention chirurgicales sont passées de moins de 9 heures à 11,5 heures; les heures de soins infirmiers par accouchement dans les départements d'obstétrique sont passées de 11 à 21 heures.²⁰

L'un des principaux facteurs qui entraînent la démission du personnel infirmier, c'est, selon des témoins, l'insatisfaction au travail. Voici les doléances de l'AIC:

Dans les milieux hospitaliers, les facteurs de mécontentement les plus fréquemment cités sont: la pénurie de personnel pour assurer des soins de qualité, les tâches étrangères à la profession, le manque de participation à la prise de décision, le manque d'occasions de formation et l'horaire de travail rigide. Au nombre des facteurs sources d'insatisfaction, mentionnons aussi les salaires et avantages, les occasions de mobilité dans la carrière, le respect de la part des collègues infirmiers et des autres professions, la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers au bien-être du malade et les possibilités limitées de pratiquer à titre de professionnel.²¹

et

... Il existe aussi une autre situation aberrante: après une certaine heure, l'infirmière ou l'infirmier peut tout à coup devoir accomplir toutes sortes de tâches qu'elle ou qu'il n'a pu accomplir avant ce moment. La ligne de démarcation se situe au moment où les personnes qui accomplissent habituellement ces tâches rentrent à la maison et refusent de travailler, ou ne travaillent pas pendant ces heures. On trouve encore dans de nombreux hôpitaux des infirmières qui jouent le rôle de pharmaciennes dans la soirée.²²

La pénurie de personnel infirmier, causée en partie par l'insatisfaction au sein de la profession, nuit à l'accessibilité aux services hospitaliers. Infirmières et infirmiers ont eux-mêmes proposé des solutions comme les suivantes:

1. Mettre en oeuvre les recommandations découlant des rapports provinciaux et touchant le moral et les conditions de travail du personnel infirmier sur des questions comme élaborer des stratégies pour retenir le personnel; assouplir les horaires; élargir le rôle du personnel

infirmier; mettre au point des systèmes acceptables de mesure de la charge de travail du personnel infirmier; avant de créer ou d'élargir des programmes, faire une analyse d'impact pour en déterminer les effets sur les services infirmiers; favoriser davantage le partage de postes ou d'autres options pour réduire la semaine de travail.

2. Créer des réseaux de soins infirmiers différents dans des milieux hospitaliers et communautaires. Par exemple, dans une étude réalisée aux États-Unis, on a constaté que, en ayant recours à une infirmière spécialiste pour soigner les bébés dont le poids est très peu élevé à la naissance, on pouvait renvoyer le bébé plus tôt et économiser ainsi 18 000 \$ US par bébé.²³
3. Mettre au point des instruments de mesure de la charge de travail du personnel infirmier en tenant compte de la pratique et des besoins des malades.
4. Mettre sur pied des projets visant à illustrer et à évaluer les changements dans les pratiques de gestion des hôpitaux. Par exemple, on pourrait utiliser comme prototype un projet de soins infirmiers primaires récemment annoncé à Terre-Neuve:

Le projet vise à montrer qu'on peut améliorer de façon mesurable l'état de santé des collectivités à Terre-Neuve en offrant des services de soins de santé primaires gérés et fournis largement par du personnel infirmier.²⁴

Le Comité recommande au gouvernement fédéral d'établir un Conseil national de planification des ressources humaines en matière de santé, qui assurera orientation et leadership dans la mise en oeuvre de solutions pour régler le problème des pénuries de personnel infirmier. Cet organisme doit travailler en collaboration avec les provinces et les associations professionnelles.

Outre la pénurie de personnel infirmier, il y a aussi dans la plupart des provinces une pénurie de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'orthophonistes. Dans un rapport fédéral-provincial sur le personnel de réadaptation [juin 1988], on signalait qu'il y avait une grave pénurie dans tous ces groupes.²⁵ On prévoyait pour 1991 une pénurie de 8,2 p. 100, de 16,3 p. 100 et de 11,6 p. 100 respectivement.

Parmi les recommandations présentées, mentionnons les suivantes: augmenter le contingentement d'inscriptions aux programmes de formation en réadaptation; minimiser les obstacles à l'immigration pour les travailleurs et travailleuses qualifiés; faciliter le retour dans la profession; améliorer le niveau de satisfaction au travail; et examiner des façons différentes d'offrir les services de réadaptation.

Il y a aussi pénurie de techniciens médicaux spécialisés. Par exemple, c'est à cause d'une grave pénurie de techniciens en radiologie qu'on a dû restreindre en septembre 1989 le nombre de traitements pour les cancéreux à l'hôpital Princess Margaret de Toronto.²⁶

Le Comité reconnaît l'importance primordiale des médecins dans les hôpitaux de soins actifs et leur influence sur la question de l'accessibilité, mais il s'agit là d'un problème vaste et complexe que le Comité ne croit pas pouvoir en tenir compte dans le cadre du présent rapport.

Les témoins ont fait observer que la planification des ressources humaines est nécessaire pour régler le problème de l'accessibilité. Voici ce que dit M. Gamble:

Il nous faut mieux planifier la main-d'oeuvre. Pour mettre au point de nouveaux modèles de services de soins de santé, dont des services appropriés de soins actifs en institution dans l'avenir, il faudra compter sur un nombre suffisant de dispensateurs de soins de santé ayant la formation nécessaire.²⁷

Le professeur Angus (département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Queen's) a fait observer:

L'État doit régler globalement la question de la planification coordonnée de la main-d'oeuvre. À l'heure actuelle, les décisions concernant le contingentement et la formation des professionnels de la santé sont prises surtout par les établissements d'enseignement et les ministères provinciaux de l'éducation.²⁸

Le Comité conclut que la pénurie de personnel infirmier et d'autres groupes professionnels disponibles a restreint l'accessibilité des hôpitaux de soins actifs. Le Comité réitère sa recommandation d'établir un Conseil national de planification des ressources humaines en matière de santé, qui assurera orientation et leadership dans la mise en oeuvre de solutions aux problèmes de planification de la main-d'oeuvre en milieu hospitalier. Cet organisme doit travailler en collaboration avec les provinces et les associations professionnelles.

Accessibilité des lits de soins actifs et vieillissement de la population

Le vieillissement de la population canadienne et ses conséquences sur le réseau des soins de santé a fait l'objet de beaucoup de travaux de recherche et d'analyse. Comme ce sont les personnes âgées de plus de 65 ans qui ont davantage recours au réseau de soins de santé, on peut se demander si la structure du réseau convient à ce genre de besoins et si nous sommes en mesure de financer les services de santé et hospitaliers pour ces personnes.

À l'heure actuelle, environ 11 p. 100 de la population canadienne est âgée de 65 ans ou plus. Comme on peut le voir au tableau 1, cette proportion devrait augmenter à environ 13 p. 100 en l'an 2001 et à plus de 20 p. 100 d'ici l'an 2026. D'après les taux actuels de fécondité et d'immigration, le pourcentage de la population de plus de 65 ans plafonnerait après l'an 2026, comme l'indique le D^r Murphy.²⁹

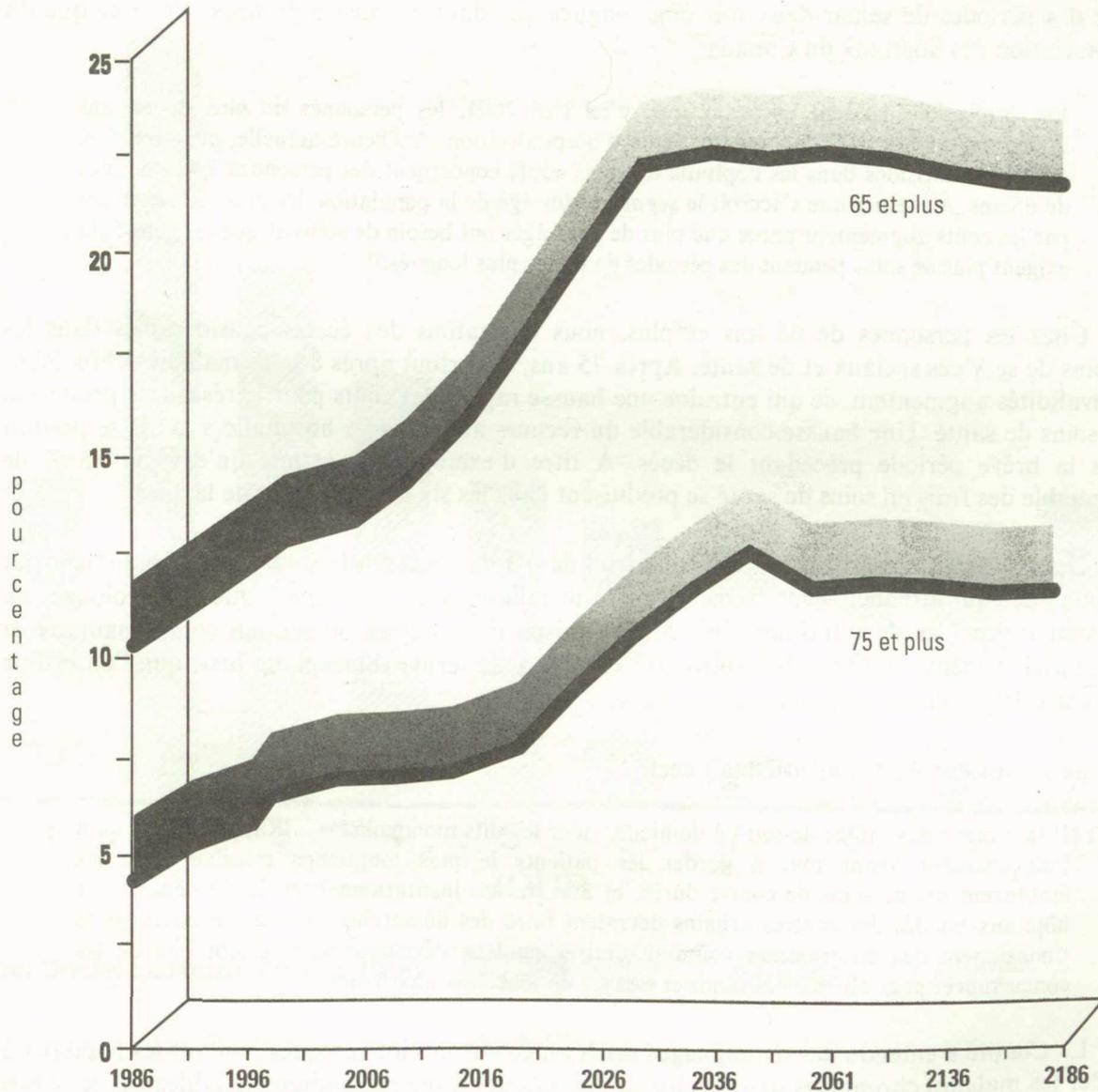
Dans une étude parue en 1984, Woods Gordon prévoyait que, si on continue à offrir des soins de santé comme à l'heure actuelle, on devrait faire face à une croissance annuelle supplémentaire moyenne des dépenses de 1,4 p. 100 d'ici l'an 2021, à cause de la croissance et du vieillissement de la population. L'étude mentionnait aussi qu'il nous faudrait disposer en 2021 de 118 000 lits d'hôpitaux et de 276 000 lits de soins de longue durée de plus.³⁰

Un témoin a attiré l'attention du Comité sur une publication du gouvernement fédéral, laquelle affirme ce qui suit:

... à moins que des solutions de rechange ne soient adoptées, le seul facteur du vieillissement de la population entraînerait lui-même l'occupation, en l'an 2031, de tous les lits d'hôpitaux par des personnes âgées de plus de 65 ans. Statistique Canada a récemment rappelé cette prévision en indiquant que, d'ici l'an 2036, le Canada aura besoin de 100 millions de jours/lits par année comparativement à 41,5 millions en 1984, et que 90 p. 100 de cette augmentation sera attribuable aux personnes âgées.³¹

Tableau 1

Les aînés des personnes âgées



Pourcentage de la population de 65 ans et plus et 75 ans et plus

La forte proportion de personnes âgées habitant les grandes villes vient compliquer davantage les problèmes de certains hôpitaux. M. Marcoux affirme:

La part de la population âgée de Montréal est passée de 10,8 p. 100 en 1981 à 12 p. 100 en 1986 ... on estime qu'elle atteindra 17,2 p. 100 en 1996.³²

Il n'y a pas de doute que les personnes âgées de 65 ans et plus utilisent une part disproportionnée des services de soins actifs. Même si elles ne représentent que 11 p. 100 de la population actuelle, les personnes âgées utilisent plus de jours/patients dans les hôpitaux généraux avec des périodes de séjour deux fois plus longues que dans les autres groupes. Voici ce que dit l'Association des hôpitaux du Canada:

Les projections laissent entrevoir que, d'ici l'an 2001, les personnes de plus de 65 ans utiliseront 51,8 p. 100 des jours/patients d'hospitalisation. À l'heure actuelle, plus de 25 p. 100 des admissions dans les hôpitaux de soins actifs concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. À mesure que s'accroît le segment plus âgé de la population, les pressions exercées par les coûts augmentent parce que plus de gens âgés ont besoin de soins et que les gens âgés exigent plus de soins pendant des périodes de temps plus longues.³³

Chez les personnes de 65 ans et plus, nous constatons des écarts considérables dans les besoins de services sociaux et de santé. Après 75 ans, et surtout après 85, les maladies chroniques et invalidités augmentent, ce qui entraîne une hausse rapide des coûts pour le réseau de prestation des soins de santé. Une hausse considérable du recours aux services hospitaliers actifs se produit dans la brève période précédant le décès. À titre d'exemple, on estime qu'environ 75 % de l'ensemble des frais en soins de santé se produisent dans les six derniers mois de la vie.³⁴

Les hôpitaux se plaignent du fait que trop de lits de soins actifs sont occupés indûment par des malades qui attendent leur transfert à des installations de soins chroniques ou prolongés ou qui sont incapables de retourner chez eux en raison de systèmes de soutien communautaire et résidentiel inadéquats. On utilise souvent à ce propos le terme «blocage de lits», que l'on estime être entre 10 p. cent et 20 p. cent.

Le professeur Angus mentionnait ceci:

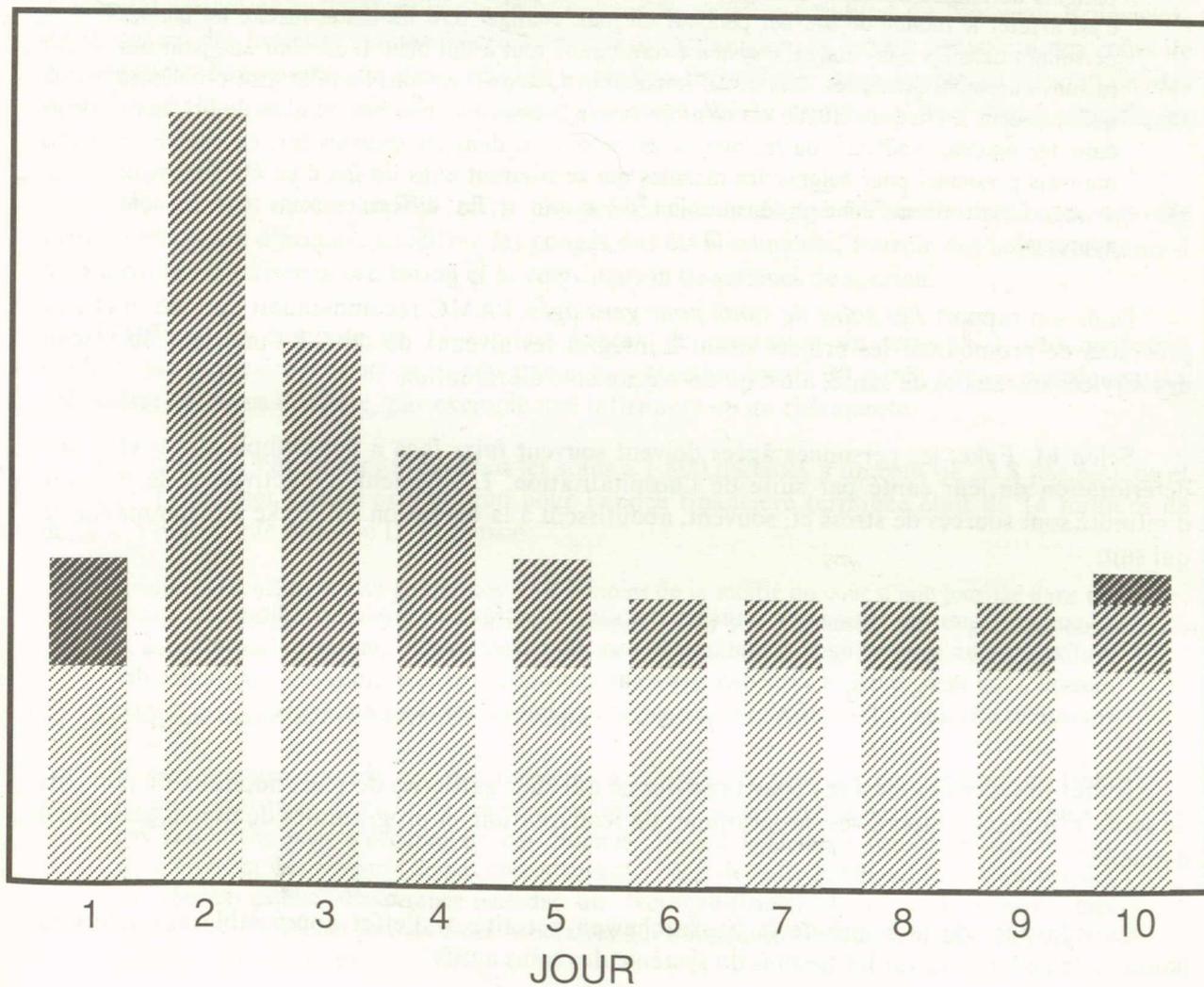
Il faut offrir davantage de soins à domicile, vider les «lits monopolisés» ... Rappelez-vous qu'il faut chercher avant tout à garder les patients le plus longtemps possible hors des établissements de soins de courte durée, et non pas les institutionnaliser dès le départ. Les hôpitaux bondés des centres urbains devraient faire des démarches en vue d'encourager le financement des programmes communautaires ou leur développement, plutôt que de les concurrencer pour obtenir des fonds et essayer de tout faire eux-mêmes.³⁵

Le Comité a entendu des témoignages sur les mécanismes intrinsèques incitant les hôpitaux à garder les malades chroniques dans les lits de soins actifs. Comme l'indique le tableau 2, les coûts par jour-patient diminuent généralement après les quatre premiers jours d'hospitalisation. Ainsi, les séjours prolongés des aînés à l'hôpital nécessiteront probablement moins de ressources. Les lits que prennent les malades qui suivent des traitements plus actifs entraîneront une hausse des dépenses de l'hôpital. La nature fixe des budgets de fonctionnement des hôpitaux est une véritable incitation à maintenir un certain pourcentage de malades «à faible coût», surtout dans un contexte d'austérité financière.

Tableau 2

VENTILATION DU COÛT QUOTIDIEN PAR PATIENT

UTILISATION DE L'ENSEMBLE DES RESSOURCES



Source: Daniel LeTouzé, janvier 1990



ADMISSION/
CONGÉ



THÉRAPEUTIQUE/
DIAGNOSTIQUE



HÉBERGEMENT

Les témoins ont rappelé au Comité que, pour trouver des solutions à nombre des problèmes des hôpitaux de soins actifs, il faudra répondre aux besoins non satisfaits du système de soins prolongés. M^{me} Clemenhagen, présidente de l'AHC, disait ceci:

... si vous prenez les chiffres pour n'importe quel établissement de soins actifs, vous constaterez que de 30 % à 35 % des personnes qui s'y trouvent vont être ou sont déjà des patients de longue durée ... Quelqu'un a dit tout récemment que ce que nous devrions faire, c'est arrêter le monde de tourner pendant un jour, changer tous les lits et mettre les bonnes personnes dans les bons lits, et le système serait alors tout à fait bien. Il est clair que pour des raisons purement pratiques, cela serait impossible. Quoiqu'il en soit, l'un des gros problèmes qui se posent à l'heure actuelle est celui de savoir si nous avons le bon nombre de lits, mais dans les mauvais endroits, ou les mauvaises personnes, dans les mauvais lits, ou encore, le mauvais personnel pour soigner les malades qui se trouvent dans les lits d'un établissement donné. Cela revient donc à la question de savoir si les différents soins donnés sont appropriés.³⁶

Dans son rapport *Les soins de santé pour gens âgés*, l'AMC recommandait au fédéral et aux provinces de promouvoir les projets visant à intégrer les niveaux de soins à l'intérieur du réseau des services sociaux et de santé, ainsi qu'un mécanisme d'évaluation.

Selon M. Fyke, les personnes âgées doivent souvent faire face à des complications et à une détérioration de leur santé par suite de l'hospitalisation. L'isolement, l'inactivité et le manque d'intimité sont sources de stress et, souvent, aboutissent à la confusion. M. Fyke a recommandé ce qui suit:

... que certaines des ressources actuelles qui sont affectées aux services traditionnels soient réaffectées aux services communautaires et aux infrastructures du soutien qui est offert à la maison ... on peut réussir à dispenser des soins appropriés par une utilisation appropriée des ressources affectées à la santé plutôt que par une augmentation des soins actifs.³⁷

Il faut prendre des mesures pour favoriser ce qui suit: garderies de jour, hôpitaux de jour, lits de soins infirmiers temporaires, programmes de réadaptation, et programmes de psychogériatrie à domicile.³⁸

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a traité de l'effet appréciable des solutions issues de la collectivité sur les besoins du système des soins actifs.

En accordant de l'importance aux services communautaires comme solution de rechange de préférence à l'hospitalisation, il est possible de réduire les pressions qui s'exercent sur les systèmes de soins actifs et de longue durée pour leur faire augmenter leur capacité institutionnelle de prestation de soins.³⁹

La Saskatchewan a fait remarquer que la mise en place de son programme de soins à domicile en 1986, par exemple, avait permis de réduire la nécessité d'institutionnalisation ou de la retarder considérablement pour environ 20 000 personnes âgées et invalides de la province.

Voici ce que disait l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social:

Le gouvernement fédéral a manifestement un rôle à jouer dans l'étude de la désinstitutionnalisation; il doit veiller à ce que la collectivité dispose des services de soutien nécessaires pour que les gens puissent mieux survivre.⁴⁰

L'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick (l'Hôpital) est un exemple de programme innovateur donnant la préférence aux solutions issues de la collectivité au lieu des soins en établissement, à l'endroit des personnes âgées, handicapées ou atteintes d'une maladie mortelle. L'Hôpital a été créé en 1981 en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics* du Nouveau-Brunswick, en réponse à des facteurs comme la croissance de la population, la hausse constante des coûts de construction, l'augmentation des coûts de la haute technologie hospitalière et l'évolution des profils pathologiques, passant des maladies aiguës de courte durée aux pathologies chroniques dégénératives.

Voici les buts de cet hôpital: offrir une solution de rechange à l'hospitalisation et retarder l'entrée en centre d'accueil, accélérer les congés des établissements, fournir des soins constants à long terme et favoriser la prestation et la coordination de services de soutien.

L'Hôpital se compose de 14 services locaux de prestation de services. L'administration centrale est située à Fredericton, tandis que chaque section locale est gérée par un coordonnateur spécialiste des soins de santé, par exemple une infirmière ou un thérapeute.

Dès janvier 1990, l'Hôpital assurait les soins à 1 800 malades à un coût de 34 \$ par malade et par jour. Le budget total d'exploitation pour l'année financière terminée était de 14 millions de dollars. Voici ce que disait le D^r Ferguson:

... nous nous efforçons de garder nos frais à moins de la moitié du coût d'une journée dans un centre d'hébergement, ou d'une journée à l'hôpital ... Si nous dépensons 150 \$ par jour pour nous occuper d'un malade dont l'hospitalisation coûterait 400 \$, c'est toute une aubaine.⁴¹

L'Hôpital maintient des rapports spéciaux avec les médecins.

Il peut sembler absurde que des médecins demandent le privilège de s'occuper de leurs propres patients au domicile de ces derniers, mais cela signifie qu'ils peuvent avoir recours à nos ressources pour s'occuper de ces patients. Ils ont également l'avantage de recevoir régulièrement des rapports de nos spécialistes sur l'état de leurs patients ... Les responsables du régime public d'assurance-maladie au Nouveau-Brunswick se sont montrés très compréhensifs. Ils ont introduit des honoraires qui s'appliquent uniquement aux patients des hôpitaux extra-muraux.⁴²

Quelle est l'incidence de l'Hôpital extra-mural sur le coût des hôpitaux de soins actifs? Bien que le programme soit coûteux à court terme, il allège le fardeau des hôpitaux de soins actifs.

Nous augmentons la capacité d'accueil de patients, ce qui augmente les frais ... Toute autre méthode pour augmenter la capacité d'accueil des patients dans le système hospitalier entraînerait des dépenses de construction, d'équipement et d'entretien de nouveaux lits.⁴³

Ainsi que le mentionnait le D^r Ferguson:

Le gouvernement a déclaré clairement ... que nous ne servirions pas à supprimer des lits ... que l'Hôpital extra-mural servirait à optimiser l'utilisation des lits existants ... et ainsi à réduire le nombre de nouveaux lits qui aurait été requis.⁴⁴

Les relations avec les hôpitaux de soins actifs du Nouveau-Brunswick sont excellentes. L'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick a adopté une résolution pressant le gouvernement de parachever en priorité la mise en place du modèle de l'Hôpital à l'échelle de la province.⁴⁵

Le Comité appuie les initiatives comme celles du Nouveau-Brunswick, car elles favorisent une répartition plus adéquate des ressources entre les secteurs institutionnel et communautaire. **Le Comité recommande que le gouvernement fédéral accorde une priorité au financement de projets qui intègrent des solutions parallèles pour la prestation des soins de santé. Le Comité encourage le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à créer un fonds pour innovations en matière de santé d'au moins un million de dollars par année sur une période de cinq ans, afin de favoriser et d'évaluer des projets pilotes portant sur d'autres méthodes de prestation des soins de santé.**

Enfin, les témoins ont fait remarquer l'effet potentiel du projet de taxe sur les produits et services (TPS) sur la prestation de services communautaires et de soutien à domicile à l'intention des personnes âgées. Plusieurs associations nationales du domaine de la santé ont traité de l'effet de la TPS sur les réseaux de soins de santé, dans leur exposé au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, à l'automne de 1989. À l'époque, elles avaient rappelé au gouvernement que cet instrument fiscal fédéral risquait de miner la situation financière des hôpitaux, des foyers et centres d'accueil, ainsi que des réseaux de soutien communautaire.

Le ministère des Finances a fait savoir que le secteur hospitalier n'aura pas à subir de fardeau fiscal supplémentaire par suite de la TPS, car les hôpitaux recevront un rabais sur les taxes versées à l'égard des services. Cependant, puisque les hôpitaux offrent du matériel taxable et certains articles exonérés de taxe (services de soins de santé), ils estiment qu'ils devront inévitablement assumer un fardeau financier et administratif supplémentaire.

Les foyers pour personnes âgées et autres organismes offrant des soins de santé tomberont sous l'empire de la TPS et ne seront pas admissibles aux dégrèvements offerts aux hôpitaux publics. Les services de soins infirmiers privés offerts à ces établissements et à la maison seront exonérés de la taxe, mais la TPS peut, dans certains cas, jouer contre la désinstitutionnalisation. À titre d'exemple, les personnes ayant besoin de services spéciaux autres que les soins infirmiers nécessaires pour demeurer dans la collectivité (à l'exception de la popote roulante, qui est exonérée de taxe) devront payer la TPS.

En réponse à une question sur l'effet de la TPS, l'AIIC a formulé la remarque suivante:

... à moins que la définition de l'assiette fiscale ne s'étende à de nouveaux programmes innovateurs non associés à l'hôpital dans sa définition actuelle, l'hôpital regroupera tout ce qui existe, parce que c'est la seule façon d'obtenir la plus large assiette fiscale.

... Vous aurez un système fiscal qui sera beaucoup moins avantageux pour les centres et les établissements de santé communautaire qui ne répondent pas à la définition d'hôpital.⁴⁶

Ainsi, les membres du Comité expriment des réserves sur les avantages de cette forme de taxation, qui pourrait affecter les services parallèles de soins de santé.

Gestion de l'utilisation des ressources

La gestion de l'utilisation s'entend du mécanisme proactif conjoint administratif-médical par lequel l'hôpital veille constamment à maintenir et à améliorer la qualité des soins par une utilisation efficace des ressources.⁴⁷ Les contraintes de coûts et la rareté des fonds imposent aux administrateurs d'hôpitaux et aux organismes subventionnaires des pressions de plus en plus grandes les obligeant à examiner les rapports de cause à effet entre la prestation des services hospitaliers et les résultats subséquents.

En novembre 1989, le ministère de la Santé (Ontario) a organisé une conférence, à Toronto, sur l'assurance-qualité et l'efficacité dans les soins de santé. En prenant la parole à cette conférence qu'il présidait, Jonathan Lomas a mentionné que l'objectif premier des soins de santé et hospitaliers devait être d'améliorer ou de maintenir la santé de la population. Le deuxième objectif devait être de tendre vers la compétence technique, l'accessibilité des services, l'efficacité des établissements et la satisfaction des malades.

D'après les études réalisées, de 10 p. cent à 20 p. cent des interventions dans le réseau des soins de santé sont inutiles et inadéquates. La clé d'une gestion efficace de l'utilisation est d'identifier ce 10 p. cent à 20 p. cent et de l'éliminer. À titre d'exemple, voici ce qu'on pouvait lire dans le rapport de juillet 1989 remis par la Commission sur certains programmes de soins de santé du Nouveau-Brunswick:

On s'est trop préoccupé de fournir aux services de santé des ressources telles que le personnel, les immeubles et l'équipement et on n'a pas accordé assez d'attention aux conséquences et aux résultats.⁴⁸

L'honorable Perrin Beatty disait ceci:

Les experts et les politiciens conviennent de plus en plus que le problème ne réside pas dans le montant des fonds consacrés à son système, mais dans la validité des soins que nous finançons ... Il apparaît de plus en plus que tous les traitements ne conviennent peut-être pas également...⁴⁹

M. Fyke faisait remarquer que l'utilisation inadéquate résultait, d'après les constatations, de pratiques non efficaces chez les médecins, de modalités hospitalières inefficaces et d'un manque de services parallèles.⁵⁰

M. Gamble disait ceci: «... il faut s'assurer que les services sont offerts dans les endroits où ils sont le plus appropriés relativement aux besoins de la population desservie».⁵¹

Voici les stratégies visant une utilisation adéquate de technologie que préconisait R.N. Battista et invoquées par l'AMC et l'AICC:

Inclure les frais d'équipement dans le budget de l'hôpital; encourager les services hospitaliers de soins actifs à partager l'équipement coûteux; allouer les nouvelles technologies coûteuses à des établissements spécifiés; réorganiser la prestation des soins actifs de manière à encourager l'adoption de technologies économiques et faire participer les médecins plus directement aux processus budgétaires de l'institution.⁵²

Les questions liées à l'utilisation ne sauraient être négligées, par exemple: la compression des systèmes hospitaliers; la réorientation accélérée vers les soins en consultation externe; la hausse

constante des attentes de la population, ainsi que le souci de mesurer les résultats des soins. Pour répondre à ces problèmes, des initiatives ont été prises afin de préparer des indicateurs de qualité axés sur les résultats. L'AHC a dit avoir, en même temps que l'AMC, l'AIIC, l'Association canadienne des soins à long terme et l'Association de normalisation, recommandé au Conseil canadien d'agrément des établissements de santé de préparer et de valider des indicateurs de qualité axés sur les résultats, à l'égard des secteurs de soins à risque, à volume élevés et susceptibles de problèmes.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a recommandé que le fédéral débloque des fonds pour accroître les efforts dans le domaine de l'assurance-qualité, par la gestion de l'utilisation des services de soins de santé.⁵³

Le Comité suppose que le partage de l'information est essentiel à la mise en application d'évaluations complètes et systématiques des résultats des services hospitaliers. Le Comité recommande au gouvernement fédéral de coparrainer, en collaboration avec les gouvernements des provinces, la tenue de conférences sur la gestion de l'utilisation.

Évaluation de la technologie médicale

La hausse récente dans l'utilisation de la technologie médicale a créé un ensemble de problèmes déontologiques, juridiques et financiers. Même si certaines technologies ont réduit le coût des soins de santé par des traitements préventifs, rapides et efficaces, d'autres l'ont augmenté considérablement.

Les centres de soins actifs s'inquiètent de plus en plus de la hausse des coûts d'immobilisation et d'exploitation des nouvelles technologies. Dans l'étude nationale menée par Coopers and Lybrand, près de 40 p. cent des 320 administrateurs interrogés ont dit que la technologie médicale n'en vaut pas la peine, par rapport à ce qu'elle coûte, car elle n'améliore pas les résultats pour les malades. Les auteurs du rapport prévoient la nécessité d'un plus grand nombre d'analyses de rentabilité.⁵⁴

Le coût des technologies médicales au Canada n'a pas fait l'objet d'études adéquates. Une équipe de chercheurs de l'Université McMaster a souligné la nécessité de mécanismes systématiques d'évaluation et d'essai de la technologie médicale, eu égard aux constatations suivantes: les technologies sont souvent acceptées pour généralisation, sans évaluation; les technologies évaluées et acceptées à la suite d'une évaluation sont souvent utilisées pour des pathologies dépassant celles couvertes par l'évaluation; enfin, on trouve des cas où l'utilisation de certaines technologies n'est pas rentable, parce qu'il existe une technologie toute aussi efficace et moins coûteuse et qu'on n'utilise pas.⁵⁵

La situation se complique davantage en raison des influences qui émanent de la concurrence menée par les technologies, par exemple: les consommateurs s'attendent que la technologie médicale moderne sera disponible, accessible et utilisée par leurs médecins; les médecins se soucient d'offrir des soins de qualité tout en réduisant la possibilité de poursuites dues à des erreurs de diagnostic et de traitement; de plus, les hôpitaux et les gouvernements s'inquiètent des coûts d'immobilisation et d'exploitation des technologies nouvelles.⁵⁶

Il existe peu d'incitatifs, dans le système, à l'égard d'une diffusion ou d'une utilisation adéquates de la technologie médicale.

Sans supposer quelque malice que ce soit, il semble juste de dire que les intérêts directs des fabricants, des administrateurs d'hôpital, des médecins et des consommateurs [tant individuellement que collectivement] renforcent tous les tendances vers l'expansion de la technologie.⁵⁷

D^r Deber du département d'administration de la santé, Université de Toronto, suggère que toute intervention de la technologie médicale laissant entrevoir plus d'avantages sans hausse des coûts doit être adoptée; tout sacrifice sur le plan des avantages sans quelque avantage au niveau des coûts doit être refusé.⁵⁸ Si les coûts et les avantages de deux solutions sont identiques, le choix est un coup de dé sans conséquence grave, sauf pour les fournisseurs. Ainsi, les choix difficiles sont les suivantes: que faut-il payer pour tant d'avantages supplémentaires et quoi sacrifier sur le plan des avantages pour telle ou telle économie sur le plan des coûts? D'après le D^r Deber, il existe un besoin particulier de mesures incitatives, dans ces choix difficiles.

L'AHC disait ceci:

Chaque avance technologique entraîne des répercussions au niveau des coûts — tant des coûts d'achat directs que des coûts d'utilisation. Du point de vue méthodologique, il est difficile d'évaluer l'à-propos de la diffusion et de l'utilisation de la technologie, mais c'est là une chose qu'il faut absolument faire. L'effet important des coûts de la technologie de la santé, «de pointe» ou non, surtout de la technologie dont les bienfaits sont incertains, exige d'être abordé de façon conservatrice quant à sa diffusion et ce, en se fondant sur les résultats d'une évaluation et d'un examen indépendants. Le mouvement actuel vers les conseils d'évaluation de la technologie, tant à l'échelle provinciale que nationale, est très positif.⁵⁹

La Saskatchewan a fait savoir qu'elle a créé un fonds de la technologie médicale afin d'aider les hôpitaux à acquérir des technologies médicales coûteuses; elle a mentionné la création d'un bureau national de coordination pour l'évaluation de la technologie.⁶⁰ Le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique se sont récemment dotés d'organismes d'évaluation de la technologie médicale.

Un effort national dans ce domaine a abouti à la création du Bureau national de coordination de l'évaluation des technologies de soins de santé, société autonome dirigée par un conseil de représentants des ministères fédéral et provinciaux de la santé. Le budget annuel sera partagé par les provinces et le fédéral. Le Bureau sera situé à Ottawa. Le mandat du Bureau figure à l'annexe 3.

À ce propos, l'AMC disait en substance ceci:

... le nouveau Bureau national de coordination de l'évaluation des technologies de soins de santé contribuera à fournir aux autorités et autres décisionnaires une information de base et un cadre de référence utiles pour promouvoir l'utilisation des technologies diagnostiques et thérapeutiques tant nouvelles qu'anciennes.⁶¹

Le Comité se réjouit de la création du Bureau national de coordination de l'évaluation des technologies de soins de santé, car c'est une innovation importante. Le Comité donne son appui aux grandes lignes définissant les fonctions et objectifs du Bureau, mais formule des réserves sur l'adéquation de son budget annuel [500 000 \$].

CHAPITRE 4: PROPOSITIONS D'INITIATIVES FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE POLITIQUES

Sur le plan des politiques, les initiatives fédérales sont limitées par la juridiction de la prestation des soins de santé. Cependant, il existe un ensemble de stratégies auxquelles le gouvernement fédéral peut recourir pour stimuler l'accessibilité aux services hospitaliers. Nous verrons, sous diverses en-têtes (financement, leadership et dispositions législatives) les recommandations qui visent la mise en application de ces stratégies.

Financement

a) *Financement des programmes établis*

Le «pouvoir de dépenser» du Parlement fédéral n'est nulle part exprimé explicitement dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, mais il est implicite au pouvoir de percevoir des impôts (art. 91[3]), de légiférer à l'égard de la «propriété publique» (article 91[1A]) et d'affecter des fonds fédéraux (article 106). La *Loi sur le financement des programmes établis de 1977* (la Loi) établit l'autorité du gouvernement fédéral en matière de transferts de fonds aux provinces à l'appui de trois programmes à frais partagés: l'assurance hospitalisation, l'assurance-maladie et l'enseignement postsecondaire.

En 1982, avec l'adoption du projet de Loi C-97, la Loi était désormais désignée comme étant la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé* (Loi du FPÉ).

La Loi du FPÉ, telle que modifiée en 1982, prévoit un niveau préétabli d'aide financière fédérale aux provinces. Le montant est établi d'après le taux de changement du produit national brut (PNB). Actuellement, toutes les provinces reçoivent des paiements de transferts égaux per capita combinant des versements comptants et des points d'impôt.

Les programmes fédéraux de réduction du déficit ont freiné la croissance des paiements de transferts fédéraux. En 1986, le projet de loi C-96, *Loi modifiant la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*, a ramené le taux de croissance d'environ 7 p. cent à 5 p. cent pour la période se terminant en 1991. Ce changement, d'après les estimations, devrait se traduire par une diminution de plus de 4 milliards de dollars entre 1986 et 1991.

Dans le budget d'avril 1989, le gouvernement a annoncé une autre baisse de 1 p. cent du taux de croissance des transferts FPÉ. On prévoyait que les dépenses fédérales diminueraient de 200 millions de dollars la première année et encore davantage les années suivantes.

Le 20 février 1990, M. Michael Wilson, ministre des Finances, a annoncé un gel de deux ans des paiements de transfert du FPÉ aux provinces, au niveau courant de 755 \$ par personne. De

plus, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique verront la croissance annuelle de leurs programmes sociaux en vertu du régime d'assistance publique du Canada limitée à 5 p. cent pendant deux ans. Le gouvernement fédéral estime que ce gel permettra une économie de 870 millions de dollars la première année et de 1,7 milliard de dollars l'année suivante. Après 1992-1993, le gouvernement à l'intention de limiter la croissance du FPÉ au taux de croissance du PNB moins 3 p. cent.⁶²

Les témoins ont exprimé leurs préoccupations à cet égard. On craint notamment que l'annonce faite le 1^{er} avril 1989 d'une autre diminution de 1 p. cent des paiements de transfert crée d'autres difficultés aux provinces et, en définitive, aux hôpitaux de soins actifs [tableau 3].

Le ministère de la Santé (Saskatchewan) écrivait ceci:

La composante santé des paiements de transfert du FPÉ ne s'est pas maintenue au niveau des dépenses de santé provinciales, imposant ainsi une demande sans cesse croissante sur l'allocation des ressources provinciales.⁶³

Le ministère de la Santé (Colombie-Britannique) a précisé qu'il aurait reçu un montant supplémentaire de 268 millions de dollars si les paiements de transfert avaient suivi la courbe des dépenses de la province.⁶⁴

Voici ce qu'exprimait l'AHC:

La perte cumulative déjà subie par les provinces de 1986-1987 à 1989-1990 par suite de la réduction de 2 % de la croissance du FPÉ est de 2,6 milliards de dollars. La perte cumulative des provinces projetées sur la période allant de 1990-1991 à 1995-1996 en raison de la réduction combinée de 3 % dans la croissance des paiements de transfert s'élève à 19,4 milliards de dollars. La perte cumulative totale des provinces entre 1986-1987 et 1995-1996 totalise 22 milliards de dollars ... La situation actuelle concernant le FPÉ en est une de croissance zéro ... La conclusion logique à tirer de la réaffectation progressive des responsabilités du gouvernement fédéral vers les provinces est que le fédéral se retire de son rôle dans le domaine de la santé.⁶⁵

Des témoins ont souligné l'importance d'une présence fédérale forte dans le financement des soins de santé et le maintien d'objectifs nationaux à cet égard. Voici ce que disait le D^r Horne, de la planification et du développement de gestion du Health Sciences Centre (Winnipeg):

Le gouvernement fédéral cofinance le système et le rôle qu'il a joué historiquement a provoqué ce que Malcolm Taylor a appelé «l'effet gouvernail» sur le système des soins de santé ... L'argent du gouvernement fédéral est, en un sens, le ciment qui tient le système ensemble, et je pense que c'est quelque chose qui devrait être maintenu. Il est probable qu'il y aura de plus en plus de critiques au sujet de la tentative du gouvernement fédéral de gérer le déficit en réduisant le régime de croissance des paiements de transfert aux provinces pour la santé et l'éducation.⁶⁶

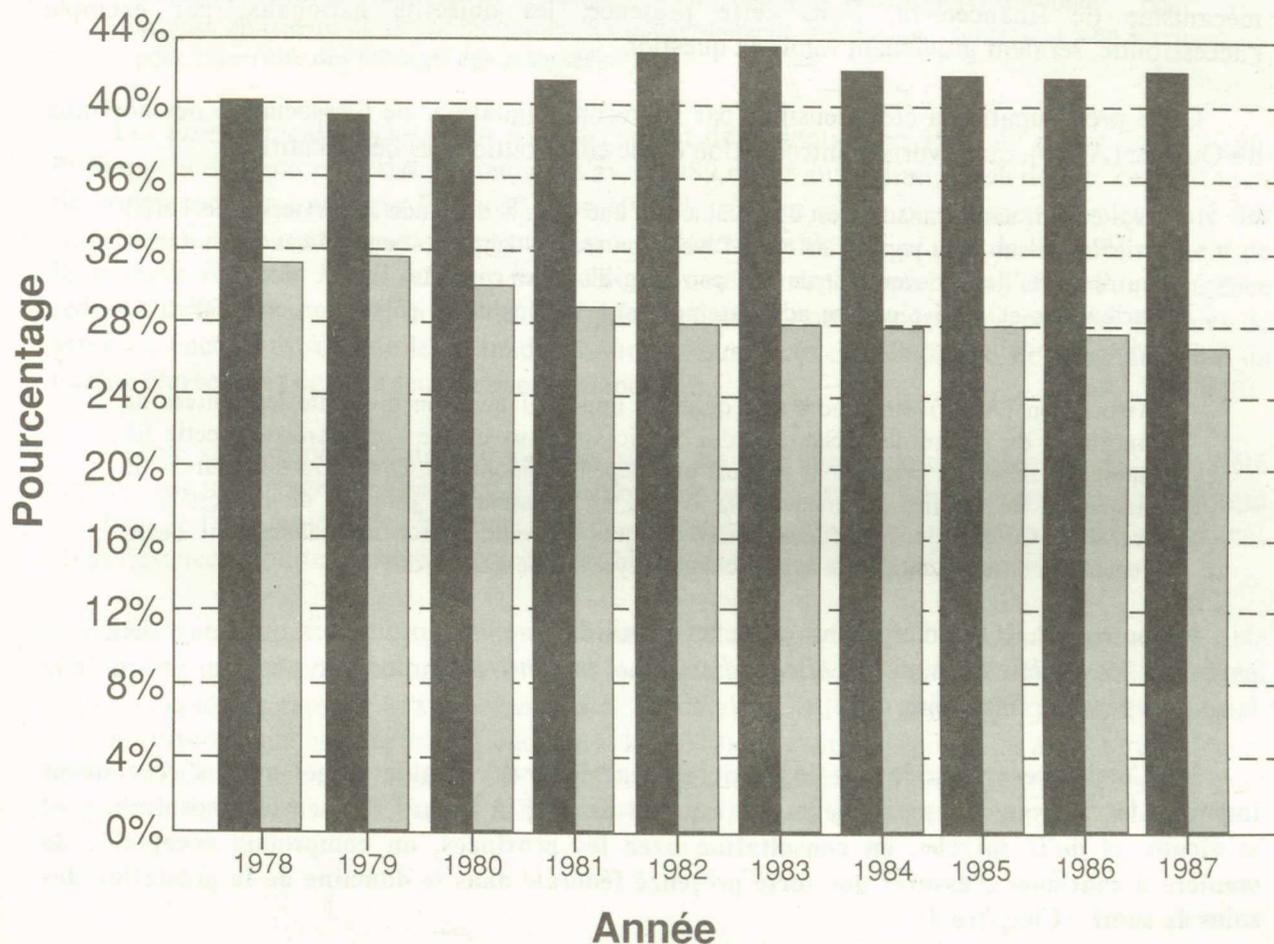
Le professeur Contandriopoulos, département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, déclarait ceci:

... Si le financement décroît et que les contraintes législatives deviennent trop importantes, il me semble que nous risquons fortement de voir les provinces prendre une autonomie plus grande par rapport aux quatre grands principes.⁶⁷

Tableau 3

Dépenses fédérales et provinciales en soins de santé

comme pourcentage des dépenses globales dans le domaine de la santé



Source: Association des hôpitaux du Canada, Déclaration de principe, Les répercussions des changements apportés au FPÉ dans le budget fédéral 1989, juillet 1989

Nota: Document à diffusion interne - non publié



M. Fyke a fait remarquer:

Je crois que le gouvernement fédéral doit continuer les paiements de transfert aux gouvernements provinciaux à un niveau qui maintient l'équité et la justice dans l'ensemble du Canada et qui permet aux provinces de maintenir l'ensemble des dépenses de santé au niveau actuel du PNB.⁶⁸

Les témoignages rappellent l'importance d'une forte présence fédérale maintenue par son mécanisme de financement. Sans cette présence, les objectifs nationaux, par exemple l'accessibilité, seraient gravement remis en question.

Cette préoccupation a été intensifiée par les recommandations de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), qui favorise l'introduction d'une contribution des bénéficiaires.

Le système de santé canadien est donc coincé. D'une part, la demande de services, sous l'effet du vieillissement de la population et de l'évolution technologique, est en croissance constante. D'autre part, les gouvernements ne peuvent, dans le contexte actuel, accroître leurs contributions et ainsi répondre adéquatement aux besoins de la population en matière de services hospitaliers.

L'Association (AHQ) est donc d'avis qu'il est impératif que l'on diversifie les sources de financement du réseau de la Santé et des Services sociaux et que l'on accroisse à cette fin l'apport des dépenses privées par rapport aux dépenses publiques. Diversifier les sources de financement ne signifie aucunement la remise en question du principe de l'accessibilité universelle. Ce principe est fondamental et toute nouvelle source de financement devra nécessairement tenir compte de la capacité de payer des bénéficiaires.⁶⁹

En outre, l'AHQ a mentionné plusieurs types de services hospitaliers qui pourraient être payés par les bénéficiaires, si la *Loi canadienne sur la santé* était modifiée pour permettre de le faire sans pénalité financière.

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral réévalue le gel qu'il a récemment imposé à la croissance des paiements de transfert du FPÉ à l'égard des services hospitaliers et médicaux et qu'il cherche, en consultation avec les provinces, un compromis acceptable de manière à continuer d'assurer une forte présence fédérale dans le domaine de la prestation des soins de santé. (Chapitre 4)

Bien que les témoins aient manifesté leur appui aux objectifs de la *Loi canadienne sur la santé* et rappelé l'importance du rôle du gouvernement fédéral dans le financement du système national des soins de santé, ils ont exprimé leurs inquiétudes au sujet des compressions des paiements de transfert et du système de subventions de financement global du FPÉ du fédéral aux provinces. À ce sujet, le D^r Horne disait ceci:

... Avec le passage au financement global dans le cadre du FPÉ, on se rend compte de plus en plus que le levier fédéral est nettement plus court et moins efficace que jamais auparavant et il risque même de devenir totalement inefficace ...⁷⁰

Avec le financement global, les provinces ont juridiquement le droit de décider de façon discrétionnaire d'affecter les paiements de transfert FPÉ à une autre fin. Ainsi, toute économie qui pourrait découler de la réduction d'un service resterait à la province et pourrait être réaffectée à d'autres projets de celle-ci. Puisque d'autres provinces subissent de fortes pressions en matière

d'utilisation de leurs recettes fiscales limitées, on craint de plus en plus qu'elles agissent de façon discrétionnaire et minent le caractère national du système.

L'AIIIC a déclaré ceci:

Si le gouvernement fédéral voulait financer sa politique La santé pour tous — plan d'ensemble pour la promotion de la santé — ... s'il envisageait de transférer des fonds ... pour la mise en oeuvre de ces programmes, les gouvernements provinciaux pourraient s'en servir pour construire des ports ou des cales sèches.⁷¹

Les amendements à la *Loi du FPÉ* découlant de l'adoption en 1986 du projet de loi C-96, ainsi que la décision prise dans le budget d'avril 1989 d'une autre diminution de 1 p. cent du taux de croissance des transferts FPÉ ont pour effet de réduire ou de comprimer le volet santé des transferts FPÉ. La compression des transferts de fonds semble une preuve de l'affaiblissement de la présence fédérale. Pareil scénario nous oblige à nous demander quel sera l'effet d'une présence fédérale diminuée sur l'utilisation du FPÉ pour maintenir notre programme national de soins de santé ou encore, est-ce que les Canadiens auront tous accès à un système de soins de santé de qualité élevée, sans égard à leurs moyens financiers?

Même si la responsabilité des soins de santé est attribuée aux provinces, le système a été façonné par un engagement national à l'excellence et par des objectifs nationaux. Les objectifs qui touchent le financement des hôpitaux et des soins médicaux sont et ont toujours été clairement identifiés: accessibilité, universalité, transférabilité, intégralité et administration publique.

Notre étude était centrée sur l'accessibilité. C'est un objectif qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre pleinement en raison de circonstances factuelles, par exemple l'éloignement géographique par rapport aux établissements. Nous avons entendu des témoignages inquiétants, faisant ressortir une menace potentielle liée à des décisions politiques plutôt qu'à des circonstances réelles. À titre d'exemple, l'AHQ favorise l'introduction de frais d'utilisation parce qu'elle croit nécessaire de diversifier les sources de financement du système de services sociaux et de santé.

L'AIIIC a déclaré ceci:

Nous nous inquiétons en outre de la nature de la force de la fédération ... Si nous n'avons pas une présence nationale forte et des normes nationales fortes, y aura-t-il vraiment plus de «nantis» que de «démunis» et ne favoriserons-nous pas le système à deux niveaux?⁷²

Le Comité estime que l'attention doit être ciblée sur deux risques possibles menaçant notre politique nationale de soins de santé, à savoir le financement global sans condition et les difficultés législatives freinant la formulation et l'application d'objectifs nationaux. **Le Comité recommande d'identifier clairement les secteurs pertinents de programme où le fédéral verse des paiements de transfert FPÉ pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation, tout en reconnaissant les contraintes de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Le Comité recommande en outre de ne pas mettre en péril par des amendements constitutionnels les objectifs nationaux, par exemple l'accessibilité.**

b) *Financement d'immobilisations*

Quand il s'agit des hôpitaux, le financement des immobilisations désigne l'argent dont on peut disposer pour acquérir des bâtiments et de l'équipement. On parle souvent de fonds de construction ou d'équipement.

Des témoins ont fait état de la nécessité de relever les niveaux de financement des immobilisations pour de nombreux hôpitaux canadiens de soins actifs. Dans les grandes régions urbaines, la situation semble urgente.

M. Marcoux faisait observer ceci:

Une étude récente (au Québec) situe à 175 millions de dollars la facture annuelle qui permettrait le maintien des équipements de toute nature. Actuellement, les budgets accordés au remplacement ne sont que de 25 millions de dollars, tout au plus 14 % du montant requis ... Présentement, le système survit grâce à la part des fondations des centres hospitaliers.

et

Les utilisateurs n'ont plus entièrement confiance dans cet équipement et estiment que de 25 % à 40 % de cela devrait être remplacé dès que possible ... Le taux actuel de remplacement correspond à une durée de vie de 40 ans ... la durée moyenne de l'équipement est de 10 ans tout au plus.⁷³

L'AHC s'est reportée à une étude réalisée il y a six ans:

Le pays aurait besoin de 24 milliards de dollars au cours des dix années à venir, simplement pour maintenir ses installations hospitalières. Cela voudrait dire une dépense de 2,42 milliards de dollars par année. Or, en 1981, la dépense réelle à ce chapitre a été de 1,66 milliard de dollars et, en 1982, de 1,7 milliard de dollars. L'AHC estime qu'il y a un manque d'au moins 770 millions de dollars chaque année dans le maintien des installations hospitalières existantes, avant même d'avoir envisagé leur modernisation et leur expansion.⁷⁴

Le président du comité des hôpitaux de l'Association médicale du Canada a fait remarquer que son hôpital s'est fait attribuer un million de dollars pour équipement médical l'an prochain, tandis que la somme requise pour remplacer l'équipement nécessaire était estimé à 18 millions de dollars.

M. Gamble a fait état d'un manque à gagner d'environ 250 millions de dollars pour les besoins d'immobilisations.

Cet écart énorme entre les besoins d'immobilisations identifiés par le secteur et ce qu'offre le gouvernement de la province pousse les hôpitaux de Toronto à se livrer une âpre concurrence et à lancer de grandes campagnes de levée de fonds. Dans le Toronto métropolitain, nous avons à n'importe quel moment des campagnes de souscription d'une valeur d'environ 600 millions de dollars pour les projets d'immobilisation des hôpitaux.⁷⁵

Le Comité reconnaît qu'il faut s'attaquer aux lacunes signalées dans les budgets d'immobilisation des hôpitaux de nombreuses régions du Canada, notamment par l'intermédiaire du Conseil consultatif national sur les soins de santé, dont le Comité préconise la création, pour faire en sorte que les bâtiments et l'équipement demeurent en bon état pour offrir des soins de qualité.

c) *Subventions de recherche*

Au niveau fédéral, les subventions de recherche sur les questions concernant la prestation des services de santé sont principalement accordées par l'entremise du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) de Santé nationale et Bien-être social, du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG), du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et du Conseil de recherches médicales (CRM).

Le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Perrin Beatty, a fait remarquer qu'une des façons tout indiquées pour le gouvernement fédéral de s'engager dans le domaine de la prestation des services hospitaliers est de subventionner leurs recherches. Il a précisé que le PNRDS consacre des montants considérables aux questions de prestation des soins de santé.⁷⁶

Toutefois, l'examen des subventions accordées aux projets de recherche en 1988-1989 dans le cadre du PNRDS révèle que seulement 5,3 p. cent de l'ensemble des subventions de 26,5 millions de dollars est affecté aux questions de prestation des soins hospitaliers. Aucune subvention n'a été accordée en 1988-1989 par le CRSNG dans le domaine de la gestion hospitalière, malgré un budget de recherche annuel global de 240 millions de dollars. Enfin, le CRM n'a pas d'antécédent de subvention de la recherche dans ce domaine. De même, on a constaté que les subventions accordées par le Conseil de recherches en sciences humaines revenaient à presque rien, en regard d'un budget de 84 millions de dollars.

Plusieurs témoins ont traité des avantages éventuels d'une augmentation des subventions de recherche dans le domaine de la prestation des services hospitaliers. Le professeur Contandriopoulos a déclaré ceci:

J'ajouterai ... l'importance du rôle que le gouvernement fédéral devrait continuer à jouer ... dans tous les domaines de la recherche. Il doit le faire en particulier dans cette recherche sur les relations entre le bien-être, le développement économique, la santé et le système de soins.⁷⁷

L'AIIC faisait remarquer:

La valeur de la recherche dans le secteur des soins infirmiers, sur les deux plans, fondamental et appliqué, doit être reconnue comme un besoin essentiel, si l'on veut améliorer la qualité des soins et utiliser judicieusement les ressources ... Pendant dix ans, nous avons exercé des pressions, de concert avec l'Association canadienne des collègues universitaires de soins infirmiers, pour obtenir des subventions accrues de recherche et de formation à la recherche dans le cadre de la structure fédérale en place.⁷⁸

Comme nous l'avons décrit précédemment, la recherche souffre de lacunes dans les domaines de la gestion de l'utilisation et de la technologie médicale. Il existe, sur le plan national, un besoin croissant de mesurer la valeur des résultats obtenus sur le plan de la santé. Si le gouvernement fédéral subventionnait des recherches en ce sens, elles constitueraient une contribution importante à la prestation efficiente des soins de santé.

Le Comité recommande que les organismes subventionnaires fédéraux, par exemple le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, accordent la priorité au financement de recherches sur les questions de prestation des services hospitaliers.

II: Leadership national

a) *Promotion de la santé*

Bien que virtuellement tous les témoins reconnaissent largement l'existence de rapports étroits entre les facteurs sociaux, économiques et culturels dans leur influence sur l'état de santé, ils ne s'entendent pas sur le rôle que les hôpitaux devraient jouer dans les initiatives de promotion de la santé. Le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé et le bien-être social a déclaré ceci (Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada):

... que les hôpitaux devraient être considérés comme faisant partie des agents de promotion de la santé au Canada et qu'il y aurait lieu d'offrir aux établissements des mesures d'incitation afin de les aider à dispenser des services de promotion de la santé.⁷⁹

M. Fyke a mentionné ceci:

Les hôpitaux et les soins actifs qu'ils offrent ne sont qu'une partie de notre programme de soins de santé, admiré partout dans le monde. Le Canada s'est concentré sur le traitement de la maladie, plutôt que sur les conséquences de la santé. L'attention à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie, les conseils sur les modes de vie, la politique publique en matière de santé et l'appui assuré par la collectivité et à la maison offrent un plus grand potentiel pour agir sur la santé des Canadiens qu'un objectif qui se limite au traitement de la maladie.⁸⁰

De même, l'AIIC affirmait ceci:

Bien qu'il soit important de s'occuper des problèmes du système de la maladie au moyen d'innovations, il est également important de recentrer les systèmes sur un meilleur équilibre entre les soins de la maladie, la réadaptation, la prévention et la promotion.⁸¹

Voici ce que disait le ministre fédéral de la Santé:

La constitution attribue effectivement au gouvernement fédéral un rôle dans la promotion de la santé ...⁸²

Le Comité est d'avis qu'un plus grand engagement national s'impose pour éduquer le public en matière de santé. Le Comité recommande au gouvernement fédéral d'affecter des fonds à des projets pilotes novateurs dans le domaine de la promotion de la santé.

b) *Objectifs nationaux en matière de santé*

Dans le contexte d'une politique nationale de la santé et d'un ensemble d'objectifs nationaux de santé, il faut adopter une méthode rationnelle de répartition des ressources. Ainsi que l'affirmait l'AHC:

Les objectifs de santé visent les améliorations spécifiques de l'état de santé de la population et peuvent également inclure des objectifs précis pour certains secteurs, tel celui des établissements. L'Association des hôpitaux du Canada croit qu'il est possible d'établir des objectifs nationaux de santé précis et mesurables et de mettre en oeuvre une politique articulée autour de ces objectifs. Elle déplore l'absence de mécanismes établis au niveau national pour déterminer les objectifs de santé et en mesurer la réalisation. À maintes et

maintes reprises, l'AHC a pressé Santé et Bien-être social Canada de prendre les devants, en collaboration avec les autres paliers de gouvernement et les associations des soins de santé, pour définir des objectifs de santé précis et mesurables pour les Canadiens ...⁸³

Le D^r Horne faisait remarquer ceci:

L'exercice qui consiste à fixer des objectifs ... permettra de définir les limites de l'intervention ou, du moins, les limites de l'amélioration de la santé de la population et de celle des enfants ... Cet exercice mettra également en perspective ce qui peut être raisonnablement attendu de l'utilisation d'un plus grand nombre de lits d'hôpitaux, de plus de technologie et d'un personnel infirmier et médical plus nombreux.⁸⁴

Certaines provinces ont inclus la détermination des objectifs de santé dans leur processus de planification stratégique, pour améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation des soins de santé de leur province. À titre d'exemple, le *Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario* de 1987 préconisait les objectifs suivants: parvenir à l'équité dans les soins de santé; permettre à la population de l'Ontario d'atteindre son potentiel de santé; augmenter son espérance de santé et offrir des services et créer des politiques publiques favorables à la santé. De plus, l'Ontario préconisait ceci: un processus de gestion qui oriente les ressources vers la réalisation des objectifs en matière de santé; la coordination et la collaboration des organismes qui s'occupent de la santé et l'usage approprié de la technologie.⁸⁵

Compte tenu de l'importance accordée par les divers groupes à la nécessité d'élaborer des objectifs nationaux en matière de santé, le Comité recommande que le gouvernement fédéral accorde la priorité à l'établissement d'objectifs nationaux définis clairement et intégrés aux politiques en matière de santé.

c) *Initiatives pour améliorer la gestion des hôpitaux*

La gestion des services hospitaliers de soins actifs relève de la compétence des autorités locales, des administrateurs d'hôpitaux et des gouvernements provinciaux. Le rôle du gouvernement fédéral se limite à des initiatives de coopération nationale pour aider les provinces à relever le défi de la gestion hospitalière.

Il existe deux initiatives de coopération nationale dans ce domaine, à savoir le Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux (PNAPH) et le Projet de systèmes d'information de la gestion (SIG), qui ont fusionné le 1^{er} avril 1990. Il s'agit de systèmes d'information qui offrent des outils de gestion pour mesurer la productivité et le rendement des hôpitaux.

Le PNAPH est un programme conjoint à frais partagés entre le fédéral et les provinces; c'est un programme professionnel dirigé par le sous-comité fédéral-provincial pour l'amélioration de la productivité. Exécuté en collaboration avec les provinces, les établissements de santé, les professionnels de la santé et les associations nationales du domaine, le programme englobe plus d'une vingtaine de systèmes de mesure de la charge de travail qui fournissent une approche uniforme sur le plan national pour quantifier les extrants des ressources humaines en milieu hospitalier.

De même, le projet SIG est une initiative nationale de coopération de la part des gouvernements et des associations provinciales d'hôpitaux et de professionnels de la santé, sous l'autorité du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissements. Le projet a produit des lignes directrices SIG, soit 19 manuels qui fournissent des normes détaillées pour l'enregistrement de l'information de gestion. Ces lignes directrices aident les hôpitaux à mettre au point des systèmes d'information de gestion capables de prévoir plus efficacement, de contrôler les coûts et d'utiliser les ressources au maximum de leur potentiel. Le défi des hôpitaux sera d'utiliser vraiment cette information pour prendre des décisions de gestion.

Des témoins ont mentionné la nécessité de changements à nombre de niveaux du système et de la mise en place de mesures incitatives pour garantir une gestion hospitalière efficace.

Le professeur Angus a déclaré ceci:

La structure de «stimulants» de la plupart des mécanismes actuels de remboursement du système de soins de santé encourage, de façon perverse, l'utilisation de ressources plus nombreuses et plus coûteuses. Nous avons d'une part un système de volume ou de paiement à l'acte et, d'autre part, les dépenses globalisées des hôpitaux. Nous avons donc un élément destiné à croître et un élément qui doit rester au même niveau ou qui doit diminuer; les deux sont inconciliables.⁸⁶

L'AHC a précisé à ce propos:

Dans un contexte qui permet l'expérimentation, les incitatifs peuvent donner lieu à une meilleure utilisation des ressources limitées. Pour être utiles, les incitatifs doivent être cohérents. La réalité actuelle promouvoit [sic] l'efficacité dans les documents de principe, et par la suite, pénalise presque les établissements bien administrés pour leurs excédents; cet état de chose doit céder le pas à une politique qui récompense sans exception les organisations de grande performance et qui cerne les sphères où les établissements marginaux doivent s'améliorer. La gestion doit relever le défi de rechercher les «efficacités». Celles-ci freinent la montée en flèche des coûts, assurant ainsi la disponibilité des ressources pour la future prestation des services. Dans un système de santé financé par les fonds publics comme celui du Canada, les gouvernements sont en mesure d'offrir des incitatifs logiques pour amener la gestion à rechercher les «efficacités».⁸⁷

On prévoit que les Canadiens envisageront de plus en plus les solutions parallèles, en matière de gestion, par exemple le fusionnement d'établissements, dans leur recherche de moyens rentables et efficaces de prestation des services.

M. Fyke a décrit une démarche parallèle de prestation de soins hospitaliers dans laquelle deux hôpitaux de soins actifs ont fusionné pour créer la Greater Victoria Hospital Society [GVHS], afin d'offrir une gestion hospitalière plus rentable et plus efficace. Les résultats de cette expérience offrent de précieux renseignements sur la gestion.

La Greater Victoria Hospital Society [GVHS] a été constituée en société en 1984 et est l'un des plus vastes réseaux multihospitaliers du Canada. On y offre des services de soins actifs, de moyenne durée, de longue durée et de réadaptation. Environ 1 050 lits sont ainsi répartis en six endroits. Avant la fusion, les deux hôpitaux fonctionnaient dans un contexte de concurrence et d'opposition favorisant le doublement inutile des services et l'absence de coopération.

Les annulations fréquentes d'interventions chirurgicales combinées aux patients alités dans les couloirs, dans les solariums, les salles de traitement et les placards de lingerie et, en plus, les patients qui attendaient dans la salle d'urgence entre 24 et 48 heures avant d'obtenir un lit dans une chambre, tout symbolisait les problèmes de qualité dans les soins de santé que ces hôpitaux offraient ... L'humeur était à la crise dans les soins de santé de Victoria, ce qui a amené le gouvernement à prendre une décision courageuse, celle de fusionner les deux hôpitaux sous une seule autorité.

La fusion fut une mesure cruciale, mais elle n'était pas nécessairement la solution aux problèmes d'accessibilité. La fusion a créé un climat qui a permis de recruter du personnel hautement compétent et de mettre à l'essai de nouvelles approches originales. En même temps que la fusion, nous, à la GVHS, avons essayé d'établir un climat de collaboration avec le gouvernement, avec la collectivité et avec nos médecins, pour régler les problèmes au lieu de jeter le blâme sur les différentes parties.⁸⁸

L'une des premières mesures de la GVHS fut d'identifier les raisons de l'utilisation non pertinente de ses établissements et de mettre au point un programme de gestion d'utilisation de qualité, centré sur le patient et sur la détermination de la gravité de sa maladie.

On incorporait le modèle élaboré aux États-Unis par Interqual, pour effectuer des comparaisons concurrentes des caractéristiques cliniques des malades en fonction d'un ensemble défini de critères. Le second volet consiste à faire une évaluation rétrospective pour comparer les résultats aux normes et aux critères de soins établis pour les pairs. L'examen rétrospectif permet d'effectuer un contrôle des résultats cliniques et d'utilisation, de sorte que les examinateurs chargés de l'assurance-qualité dans le personnel médical et les médecins eux-mêmes étaient à même de comparer les résultats des cas aux normes et critères de soins établis pour les malades dont la cote de gravité était analogue, en tenant compte du classement par groupements liés au diagnostic, par procédures médicales, par départements ou par individus.⁸⁹

L'un des objectifs importants du programme fut d'identifier des problèmes tels que l'absence de solution de rechange aux soins actifs dans le cadre du système des soins de santé. Il a fallu une coopération poussée entre l'hôpital, les organismes communautaires de soins de santé et le ministère de la Santé.

Il devint évident qu'une approche souple dans la répartition du budget était nécessaire pour transférer des ressources d'un secteur de l'établissement au système sous-développé de soins communautaires et de soutien à domicile.⁹⁰

Parmi les diverses initiatives prises depuis 1988 pour aider les gens à demeurer chez eux, il faut mentionner: le Quick Response Team [équipe d'infirmières et de physiothérapeutes qui se rendent au domicile des malades pour évaluer leur état et les soigner]; l'expansion des services de soutien à domicile; le programme de physiothérapie communautaire, ainsi que des initiatives pour écourter le séjour à l'hôpital et filtrer plus rigoureusement le placement dans les services de soins prolongés.

En 1988, la GVHS, en collaboration avec le ministère de la Santé et le district de la région de la capitale, a créé le projet de santé Victoria, comme moyen de faire face aux problèmes des taux élevés d'institutionnalisation chez les personnes âgées.

Bien que le nombre de personnes de santé délicate âgées de plus de 70 ans qui habitent le district de la région de la capitale ait augmenté régulièrement d'environ 1 200 par année, le nombre de ces personnes qui ont besoin de l'institutionnalisation est actuellement en baisse. Il y a eu déclin marqué dans le nombre de personnes âgées qui occupaient sans motif valable les lits d'hôpitaux de soins actifs, et les listes d'attente pour le placement dans des centres d'hébergement ont atteint leur point le plus bas depuis des années. Au cours des 18 derniers mois, le nombre d'individus ayant besoin de soins en établissement a diminué de 30 %, passant de 1 051 à 739 ...

Si nous avions maintenu les profils d'utilisation de 1983, nous aurions actuellement besoin d'environ 90 lits supplémentaires de soins actifs et d'à peu près 360 autres lits de soins de longue durée dans la région de Victoria ... Nous sommes d'avis qu'il ne sera pas nécessaire de construire un nouvel hôpital ou d'autres établissements, ni d'accroître le nombre de lits à Victoria d'ici l'an 2000 ... un objectif a été fixé, celui de réduire le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans qui se trouvent dans les établissements, en le faisant passer de 6,5 % à 5,8 % ... d'ici l'an 2000.⁹¹

Le Comité est d'avis que l'exemple de la GVHS est une source importante d'information de gestion, qui devrait être partagée par les provinces. **Le Comité recommande au gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux ainsi que les associations et les établissements intéressés, de planifier une série de conférences traitant des questions de gestion hospitalière et, en particulier, des problèmes de coordination entre hôpitaux et facilitant l'échange d'information entre les intervenants.**

d) *Conseil consultatif national des soins de santé*

Diverses organisations ont traité de la nécessité de créer un organisme consultatif national indépendant en matière de santé, qui agirait comme centre de coordination et de recherche. Compte tenu des graves problèmes auxquels font face les hôpitaux et que nous venons de décrire, cet organisme pourrait être fort efficace pour prévenir une crise généralisée dans le système des soins de santé. Cet organisme, d'après les intervenants, ne devrait pas être entravé par les limites de compétence dans l'exercice de son mandat et devrait informer le gouvernement fédéral et les provinces de ses constatations et leur proposer des orientations en matière d'élaboration de lignes de conduite nationales des soins de santé.

L'AIIC a recommandé la création d'un conseil canadien indépendant de la santé pour conseiller le gouvernement sur les questions relatives aux soins de santé, à l'échelle nationale.⁹² De même, l'AHC dans son mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé nationale et le bien-être social, avait rappelé qu'il avait préconisé la formation d'un organisme comme celui-là depuis 1979.

Le Conseil canadien de la santé, tel qu'envisagé par l'AHC, ne serait pas un autre palier de bureaucratie; il serait conçu sur un modèle d'organisation analogue au Conseil économique du Canada, à l'Institut Hudson et l'Institut de recherches politiques. Le budget du conseil proviendrait de fonds publics et privés.⁹³

En 1986, le Comité national spécial sur le Conseil canadien de la santé formulait la proposition suivante:

Pendant de nombreuses années, un certain nombre d'organismes se sont inquiétés du peu de cohérence, et encore, des efforts déployés au Canada pour élaborer un ensemble général de priorités et de buts en matière de santé et de stratégies et objectifs globaux pour atteindre ces buts. C'est ce qui a suscité la proposition visant la création d'un conseil de la santé responsable d'effectuer des recherches sur les politiques, de faire des études et de publier ces constatations, d'évaluer les programmes, de lancer des recherches et de créer une vaste base de données.⁹⁴

Le Groupe de travail de 1984 sur l'attribution des ressources en soins de santé préconisait lui aussi la création d'un conseil national de la santé:

... offrir aux fournisseurs et aux consommateurs un accès direct au mécanisme politique. Le mandat du conseil serait d'identifier les problèmes clés en matière de santé, de visualiser les horizons nouveaux, de résoudre les litiges de compétence entre fournisseurs, de servir de chien de garde du Conseil fédéral-provincial des ministres de la santé et d'être le gardien global de l'intégrité du système des soins de santé.⁹⁵

Le Comité estime que ce conseil pourrait jouer un rôle précieux dans le domaine de la recherche et étudier nombre de questions importantes, notamment: gestion hospitalière innovatrice; financement des immobilisations; gestion de l'utilisation et mesures incitatives touchant la distribution adéquate des ressources entre les établissements et les collectivités.

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en consultation avec les gouvernements provinciaux, entame des discussions pour procéder à l'établissement d'un Conseil consultatif national des soins de santé. L'organisme favoriserait la recherche et remplirait une fonction de coordination pour aider les provinces à régler les nombreuses questions soulevées par la prestation efficiente de services de soins de santé de qualité.

III: Dispositions législatives

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la prestation des services de soins de santé est la responsabilité des provinces, tandis que l'établissement et l'application d'objectifs sont la responsabilité du gouvernement fédéral, comme le prévoit la *Loi canadienne sur la santé*, à l'article 3:

La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

Le financement du régime est prévu en vertu de la *Loi sur le financement des programmes établis* (FPÉ). L'admissibilité aux paiements de transfert FPÉ est régie par l'article 7 de la *Loi canadienne sur la santé*.

... le versement à une province, pour un exercice ... est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire aux conditions d'octroi ... quant à

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

L'accessibilité est définie au paragraphe 12(1) de la Loi:

La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé:

- a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;
- b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou un autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;
- c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;
- d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

La définition de l'accessibilité au paragraphe 12(1) se limite à la suppression des obstacles financiers. L'article 3 porte sur les obstacles d'ordre financier «ou autre» sans définir ces «obstacles d'un autre ordre». Bien que le Comité reconnaisse l'importance d'éliminer les obstacles financiers, cela ne touche qu'un des aspects et ainsi, limite nécessairement le contrôle général de l'accessibilité à cette seule dimension.

Voici ce que disait le D^r Horne:

En général, on considère que le principe d'accès raisonnable porte essentiellement sur les conditions financières et non sur les difficultés géographiques ou autres d'accès aux soins de santé.⁹⁶

Le professeur Angus a déclaré ceci:

Je ne pense pas que qui que ce soit ait défini l'«accès satisfaisant». Sans avoir une idée de ce que cela signifie, il est très difficile d'exercer un contrôle, d'appliquer des règlements ou d'assurer un suivi dans un domaine où l'on ne respecte pas la notion d'accès satisfaisant ... Je pense que c'est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile de contrôler efficacement l'application de la Loi canadienne sur la santé.⁹⁷

Le contrôle des conditions d'application de la Loi est exercé de diverses manières par la Direction de l'assurance-santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui, conformément à l'article 23 de la Loi fait rapport au Parlement:

Au plus tard le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les 15 jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Ce sommaire des rapports des provinces qui est présenté chaque année au Parlement a pour titre: Loi canadienne sur la santé — Rapport annuel.

La Direction de l'assurance-santé contrôle la surfacturation et les pratiques en matière de frais exigés des usagers, examine les mesures législatives provinciales pour s'assurer que les règlements provinciaux répondent aux critères du programme, reçoit les rapports annuels des régimes provinciaux d'assurance-maladie et des commissions des hôpitaux et surveille les médias

et la correspondance avec la population afin d'obtenir des indices sur la façon dont on satisfait aux critères du programme. Le Rapport annuel ne fait pas état publiquement de ce mode de contrôle.

Il n'existe actuellement pas de lignes directrices précises ni de mécanismes systématiques au-delà de ce que nous venons de mentionner, en matière de contrôle fédéral de l'application des critères prévus à la Loi. L'examen des rapports annuels de ces quelques dernières années permet de constater de vastes écarts entre provinces dans les rapports sur l'accessibilité. Pour illustrer le manque d'uniformité dans la façon d'évaluer l'accessibilité, nous reproduisons à l'annexe 4 le passage du Rapport annuel 1988-1989 relatif aux rapports des provinces sur l'«accès satisfaisant».

Même si toutes les provinces signalent l'élimination de tous les obstacles d'ordre financier comme la surfacturation et les frais aux usagers, nous constatons des écarts entre provinces sur d'autres mesures telles que les listes d'attente, les disparités géographiques dans la prestation des services, le nombre de lits d'hôpitaux et le nombre de professionnels des soins de santé.

L'examen des réponses au questionnaire du Comité révèle que les cinq provinces et territoires qui ont répondu disposent de systèmes de contrôle des périodes et des listes d'attente. Pour quelle raison le gouvernement fédéral ne divulguait-il pas cette information au Parlement? À l'exception du Yukon, il n'est question au rapport d'aucun essai pour mesurer ou évaluer l'accessibilité des services hospitaliers.

Le Comité conclut que l'expression «accès satisfaisant» telle que décrite à la *Loi canadienne sur la santé* a été limitée par une interprétation qui ne tient compte que des obstacles financiers. Le Comité recommande que les futures modifications définissent l'expression de façon plus globale. Le Comité recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social élabore des lignes directrices qui exigent des provinces des rapports détaillés concernant les objectifs nationaux de soins de santé et qui prévoient l'obligation de déterminer et de réduire au minimum les périodes d'attente excessives dans le cas des interventions diagnostiques et de la prestation des soins actifs.

CHAPITRE 5: CONCLUSION

Au cours des témoignages, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entendu certains des plus importants groupes de fournisseurs de soins de santé, ainsi que les témoignages d'experts sur la question de la prestation de ces soins dans les hôpitaux de soins actifs du Canada. Les témoignages et les arguments ont été présentés tout au long du présent document. Le Comité a conclu que, si nous voulons éviter une crise nationale majeure sur le plan de l'accessibilité des services de santé, surtout dans les centres urbains surpeuplés, des mesures s'imposent sans tarder. Nous avons ciblé notre attention sur ce que le gouvernement fédéral peut faire pour éviter cette crise.

Les problèmes qui se posent aux hôpitaux canadiens de soins actifs et aux fournisseurs de services sont complexes et les solutions ne sont pas «tranchées au couteau». Les provinces ont déjà accordé une grande priorité à ces questions. Les limitations au niveau des ressources et la part croissante des budgets des provinces consacrée aux dépenses de santé ont conduit presque toutes les provinces à entreprendre des études d'envergure dont nous traitons aux présentes.

La question qui se pose aux Canadiens est celle-ci: de quelle façon pouvons-nous fournir des soins de santé adéquats à tous les Canadiens? Comme d'aucuns l'ont dit: «Avons-nous les moyens de maintenir le système idéal que nous avons mis en place?»

Le Comité conclut que les dépenses de santé continueront d'augmenter par suite du perfectionnement rapide et constant de la technologie médicale, de l'évolution de la structure démographique et de la demande croissante de soins de santé adéquats, mais qu'il existe des moyens pour réduire l'augmentation des coûts tout en assurant encore d'excellents soins de santé.

Des témoins ont illustré les inefficacités, qui ont diverses causes, dans les services hospitaliers de soins actifs. Les témoignages et exemples offerts aux présentes font voir que beaucoup de centres de soins actifs de notre pays ont apporté des solutions administratives originales à ces problèmes. Pour répondre à notre mandat, nous croyons possible de stimuler et de faciliter les innovations, tout en cherchant les secteurs où l'augmentation des ressources financières pourrait rapporter le plus au système.

Le système des soins de santé regroupe de nombreux intervenants, chacun dépositaire de la responsabilité de rendre le système plus efficace et mieux adapté. Ces intervenants, ce sont tous les paliers de gouvernement, les organismes nationaux et provinciaux du secteur de la santé, les spécialistes des soins de santé, tous ceux pour qui ces enjeux sont des priorités. Les recommandations formulées aux présentes sont conçues pour faciliter la collaboration entre les intervenants, tout en précisant le rôle principal que peut assumer le gouvernement fédéral.

Tous les témoins ont dit qu'une forte présence fédérale est essentielle dans le système des soins de santé, pour protéger les objectifs nationaux, notamment celle de l'accessibilité. Les récentes coupures apportées à la croissance des contributions du gouvernement fédéral aux soins de santé ont notablement affaibli la présence de ce dernier et mis en danger l'avenir de notre système national de soins de santé. Nous commençons maintenant à percevoir les pressions de

certains groupes, par exemple l'Association des hôpitaux du Québec, pour obtenir du secteur privé les fonds qui sont nécessaires. Ceci peut marquer le début d'une tendance qui pourrait jouer à l'encontre des buts fixés à l'origine dans la *Loi canadienne sur la santé*.

En raison de l'urgence des problèmes qui se posent au système des soins de santé et du temps qu'il faut pour parvenir au niveau de connaissance et de collaboration nécessaires pour prévenir une crise de l'accessibilité, le Comité recommande qu'aux prochaines réunions des ministres de la Santé, on élabore une stratégie originale de financement des soins de santé et de sauvegarde des objectifs nationaux.

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Comité conclut qu'il y a un manifestement dans les hôpitaux de soins actifs des problèmes qui menacent l'accessibilité des services de ces hôpitaux, en particulier dans les grandes villes. Le Comité estime qu'il est nécessaire de «tirer la sonnette d'alarme» pour prévenir une crise généralisée. Il s'agit de questions urgentes, qui doivent être traitées sans retard par les gouvernements et les groupes intéressés du système des soins de santé. (Chapitre 2)

Le Comité recommande au gouvernement fédéral d'établir un Conseil national de planification des ressources humaines en matière de santé, qui assurera orientation et leadership dans la mise en oeuvre de solutions pour régler le problème des pénuries de personnel infirmier. Cet organisme doit travailler en collaboration avec les provinces et les associations professionnelles. (Chapitre 3)

Le Comité conclut que la pénurie de personnel infirmier et d'autres groupes professionnels disponibles a restreint l'accessibilité des hôpitaux de soins actifs. Le Comité réitère sa recommandation d'établir un Conseil national de planification des ressources humaines en matière de santé, qui assurera orientation et leadership dans la mise en oeuvre de solutions aux problèmes de planification de la main-d'oeuvre en milieu hospitalier. Cet organisme doit travailler en collaboration avec les provinces et les associations professionnelles. (Chapitre 3)

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral accorde une priorité au financement de projets qui intègrent des solutions parallèles pour la prestation des soins de santé. Le Comité encourage le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à créer un fonds pour innovations en matière de santé d'au moins un million de dollars par année sur une période de cinq ans, afin de favoriser et d'évaluer des projets pilotes portant sur d'autres méthodes de prestation des soins de santé. (Chapitre 3)

Le Comité suppose que le partage de l'information est essentiel à la mise en application d'évaluations complètes et systématiques des résultats des services hospitaliers. Le Comité recommande au gouvernement fédéral de coparrainer, en collaboration avec les gouvernements des provinces, la tenue de conférences sur la gestion de l'utilisation. (Chapitre 3)

Le Comité se réjouit de la création du Bureau national de coordination de l'évaluation des technologies de soins de santé, car c'est une innovation importante. Le Comité donne son appui aux grandes lignes définissant les fonctions et objectifs du Bureau, mais formule des réserves sur l'adéquation de son budget annuel [500 000 \$]. (Chapitre 3)

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral réévalue le gel qu'il a récemment imposé à la croissance des paiements de transfert du FPÉ à l'égard des services hospitaliers et médicaux et qu'il cherche, en consultation avec les provinces, un compromis acceptable de manière à continuer d'assurer une forte présence fédérale dans le domaine de la prestation des soins de santé. (Chapitre 4)

Le Comité recommande d'identifier clairement les secteurs pertinents de programme où le fédéral verse des paiements de transfert FPÉ pour l'assurance-maladie et l'assurance-

hospitalisation, tout en reconnaissant les contraintes de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Le Comité recommande en outre de ne pas mettre en péril par des amendements constitutionnels les objectifs nationaux, par exemple l'accessibilité. (Chapitre 4)

Le Comité reconnaît qu'il faut s'attaquer aux lacunes signalées dans les budgets d'immobilisation des hôpitaux de nombreuses régions du Canada, notamment par l'intermédiaire du Conseil consultatif national sur les soins de santé, dont le Comité préconise la création, pour faire en sorte que les bâtiments et l'équipement demeurent en bon état pour offrir des soins de qualité. (Chapitre 4)

Le Comité recommande que les organismes subventionnaires fédéraux, par exemple le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, accordent la priorité au financement de recherches sur les questions de prestation des services hospitaliers. (Chapitre 4)

Le Comité est d'avis qu'un plus grand engagement national s'impose pour éduquer le public en matière de santé. Le Comité recommande au gouvernement fédéral d'affecter des fonds à des projets pilotes novateurs dans le domaine de la promotion de la santé. (Chapitre 4)

Compte tenu de l'importance accordée par les divers groupes à la nécessité d'élaborer des objectifs nationaux en matière de santé, le Comité recommande que le gouvernement fédéral accorde la priorité à l'établissement d'objectifs nationaux définis clairement et intégrés aux politiques en matière de santé. (Chapitre 4)

Le Comité recommande au gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux ainsi que les associations et les établissements intéressés, de planifier une série de conférences traitant des questions de gestion hospitalière et, en particulier, des problèmes de coordination entre hôpitaux, et facilitant l'échange d'information entre les intervenants. (Chapitre 4)

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en consultation avec les gouvernements provinciaux, entame des discussions pour procéder à l'établissement d'un Conseil consultatif national des soins de santé. L'organisme favoriserait la recherche et remplirait une fonction de coordination pour aider les provinces à régler les nombreuses questions soulevées par la prestation efficiente de services de soins de santé de qualité. (Chapitre 4)

Le Comité conclut que l'expression «accès satisfaisant» telle que décrite à la *Loi canadienne sur la santé* a été limitée par une interprétation qui ne tient compte que des obstacles financiers. Le Comité recommande que les futures modifications définissent l'expression de façon plus globale. Le Comité recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social élabore des lignes directrices qui exigent des provinces des rapports détaillés concernant les objectifs nationaux de soins de santé et qui prévoient l'obligation de déterminer et de réduire au minimum les périodes d'attente excessives dans le cas des interventions diagnostiques et de la prestation des soins actifs. (Chapitre 4)

En raison de l'urgence des problèmes qui se posent au système des soins de santé et du temps qu'il faut pour parvenir au niveau de connaissance et de collaboration nécessaires pour prévenir une crise de l'accessibilité, le Comité recommande qu'aux prochaines réunions des ministres de

la Santé, on élabore une stratégie originale de financement des soins de santé et de sauvegarde des objectifs nationaux. (Chapitre 5)

ANNEXE I

TEMPOUNGOINT
COMPARU DE ...

Figure
Table

Table with multiple columns and rows, containing faint text and numbers. The text is mostly illegible due to fading and low contrast.

ANNEXE 1

TÉMOINS QUI ONT COMPARU DEVANT LE COMITÉ

Fascicule numéro	Date	Témoïn
8	28 novembre 1989	<p>L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.</p> <p><i>Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:</i></p> <p>Dr Peter Glynn, sous-ministre adjoint, direction générale des services et de la promotion de la santé; Mme Marie Fortier, directeur général, direction des services de la santé.</p> <p><i>De l'Université d'Ottawa:</i></p> <p>Professeur Pran Manga, faculté d'administration.</p>
9	5 décembre 1989	<p><i>De l'Université Queen's:</i></p> <p>Professeur Douglas Angus, département de santé communautaire et d'épidémiologie.</p> <p><i>Du Conseil d'évaluation des technologies de la santé:</i></p> <p>Dr. Maurice McGregor, président.</p>
10	19 décembre 1989	<p><i>Du «Hospital Council of Metropolitan Toronto»:</i></p> <p>M. Paul Gamble, directeur exécutif.</p> <p><i>De l'Université de Montréal:</i></p> <p>Professeur André-Pierre Contandriopoulos, directeur, groupe de recherche interdisciplinaire en santé, département d'administration de la santé.</p>

Fascicule numéro	Date	Témoign
12	16 janvier 1990	<p data-bbox="551 282 1324 352">Du <i>Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain</i>:</p> <p data-bbox="551 393 1047 433">M. Gérard Marcoux, directeur général.</p> <p data-bbox="551 463 1078 504">Du «<i>Health Sciences Centre</i>» (Winnipeg):</p> <p data-bbox="551 534 1262 604">Dr John Horne, vice-président principal, planification et développement de gestion.</p> <p data-bbox="551 635 1101 675">De l'<i>Association des hôpitaux du Canada</i>:</p> <p data-bbox="551 705 1201 776">Mme Elma Heideman, présidente désignée, conseil d'administration;</p> <p data-bbox="551 776 1047 816">Mme Carol Clemenhagen, présidente.</p> <p data-bbox="551 846 924 887">De l'<i>Université de Toronto</i>:</p> <p data-bbox="551 917 1293 987">Professeur Raisa Deber, département d'administration de la santé.</p> <p data-bbox="551 1018 1101 1058">De l'<i>Association des hôpitaux de Québec</i>:</p> <p data-bbox="551 1088 1293 1270">M. Henri Favre, président; M. Jacques Nadeau, vice-président exécutif; Dr Jacques Brunet, premier vice-président; M. Léandre Nadeau, vice-président, systèmes de gestion; M. Jean-Marie Lance, économiste.</p>
13	23 janvier 1990	<p data-bbox="585 1300 1155 1340">Du «<i>New Brunswick Extra-Mural Hospital</i>»:</p> <p data-bbox="585 1370 1093 1411">Dr Gordon Ferguson, directeur exécutif.</p> <p data-bbox="585 1441 1078 1481">De l'<i>Association médicale canadienne</i>:</p> <p data-bbox="585 1512 1370 1764">Dr Hugh Scully, président, conseil des affaires économiques; Dr Colin McMillan, président, comité des affaires politiques; Dr Léo-Paul Landry, secrétaire général; Dr Lionel Reese, président, comité des hôpitaux; M. Orvill Adams, directeur, service des affaires économiques; M. Douglas Geekie, directeur, communications et relations gouvernementales.</p> <p data-bbox="585 1794 1139 1834">De la «<i>Greater Victoria Hospital Society</i>»:</p> <p data-bbox="585 1864 1216 1905">M. Kenneth Fyke, président et directeur général.</p>

**Fascicule
numéro Date**

Témoign

14 30 janvier 1990

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Dr Judith Ritchie, présidente;
Mme Judith Oulton, directrice exécutive;
M. Michel Simard, chef des relations publiques et
gouvernementales.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Dr Michael Murphy, sous-ministre adjoint, secrétaire, Étude
de l'évolution démographique et son incidence sur la
politique économique et sociale;
Mme Krystyna Rudko, directrice, relations externes, Étude
de l'évolution démographique et son incidence sur la
politique économique et sociale.

Du Centre de recherches pour le développement international:

Dr Daniel Le Touzé, scientifique principal, division des sciences
de la santé.

Le Comité a rencontré, le 23 janvier 1990, à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, les
représentants suivants de la Société canadienne de cardiologie:

Dr Wilbert Keon, président;
Dr Eldon Smith, vice-président;
Dr Lyall-Higginson, secrétaire;
Dr John Cairns, membre du conseil.

I, _____, do hereby certify that _____

_____ is/are _____

_____ and _____

_____ of _____

ANNEXE 2

COMMISSIONS PROVINCIALES DES SOINS DE SANTÉ ET GROUPE DE TRAVAIL AU CANADA DEPUIS 1983-1984

Terre-Neuve

Royal Commission on Hospital and Nursing Home Costs, avril 1983 à février 1984.

A Green Paper on Our Health Care System Expenditures and Funding, janvier 1988, sans mandat précisé.

Advisory Committee on Nursing Workforce, juin 1987, sans mandat précisé.

Nouveau-Brunswick

Commission sur certains programmes de soins de santé, janvier à juin 1989.

Nursing Resources Advisory Committee, mandat non précisé.

Nouvelle-Écosse

The Nova Scotia Royal Commission on Health Care, mandat non précisé.

Québec

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, janvier 1986 à décembre 1987.

Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, avril 1989.

Ontario

Groupe consultatif pour la promotion de la santé, octobre 1984 à octobre 1987.

Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, novembre 1986 à juin 1987.

Groupe d'étude de l'Ontario sur les objectifs de santé, novembre 1986 à août 1987.

Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé, mandat non précisé.

Joint Review Committee, juin à juillet 1988.

Task Force on the Use and Provision of Medical Services, mandat non précisé.

Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, novembre 1982, mandat non précisé.

Groupe de travail sur la profession de sage-femme en Ontario, janvier 1986, mandat non précisé.

Manitoba

Health Advisory Network Steering Committee, depuis décembre 1988.

Saskatchewan

Saskatchewan Commission on Directions in Health Care, juin 1988 à mars 1990.

Alberta

Advisory Committee on the Utilization of Medical Services, septembre 1987 à septembre 1989.

Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, décembre 1988 à décembre 1989.

ANNEXE 3

MANDAT DU BUREAU DE COORDINATION DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE SOINS DE SANTÉ

Objet

Faciliter l'échange d'information, la mise en commun des ressources et la coordination de l'évaluation des technologies de soins de santé, conformément aux priorités établies par la Conférence fédérale-provinciale des sous-ministres de la Santé. Les technologies visées sont les procédés, les instruments, le matériel et les médicaments utilisés pour préserver, rétablir et promouvoir la santé.

Fonctions particulières

1. *Coordination*

Faciliter la prise de décisions touchant l'introduction des nouvelles technologies et l'utilisation des technologies connues et inciter les gouvernements à conjuguer leurs efforts. À cette fin, il doit:

- établir et administrer un centre d'information renfermant des documents techniques et de la documentation pertinente pour l'établissement des politiques;
- fournir des renseignements à intervalles réguliers et sur demande aux fonctionnaires provinciaux, surtout à ceux qui s'occupent de l'évaluation des technologies;
- faciliter les initiatives conjointes et coordonnées et l'échange d'information sur l'évaluation des technologies de soins de santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

2. *Anticipation*

Établir un mécanisme permettant de se préparer à l'émergence de technologies nouvelles. À cette fin, il doit:

- établir des liens avec des organismes canadiens et internationaux se livrant à des travaux de recherche, de développement et d'évaluation;
- se tenir au courant des faits nouveaux à l'étranger;

- faire un survol de la littérature mondiale;
- résumer l'information et la présenter dans un langage simple et facile à lire;
- fournir des rapports réguliers aux sous-ministres et à d'autres fonctionnaires fédéraux et provinciaux.

3. *Connaissances*

Faciliter les travaux liés à l'évaluation des technologies de soins de santé. À cette fin, il doit:

- travailler en étroite collaboration avec les organismes fédéraux et provinciaux et autres organismes pertinents;
- fixer l'ordre des priorités de recherche sur l'évaluation des technologies de soins de santé en collaboration avec les organismes qui financent la recherche;
- promouvoir et coordonner le financement de l'évaluation des technologies de soins de santé — nouvelles ou connues — dont l'ordre de priorité a été fixé;
- promouvoir le développement et l'utilisation de techniques d'évaluation.

Organisation et fonctionnement

Le Bureau relèvera d'un Conseil formé d'un représentant de chaque province et de chaque territoire et d'un représentant du gouvernement fédéral. Les membres du Conseil doivent être des hauts fonctionnaires qui connaissent bien la gestion des technologies de la santé et qui travaillent dans ce domaine. Le président, dont le mandat sera de deux ans, sera choisi parmi les représentants provinciaux.

On invitera des experts ou des représentants d'organisations s'occupant de technologies à participer aux travaux, s'il y a lieu.

Rapport

Le Bureau doit remettre un rapport annuel à la Conférence des sous-ministres. Le sous-ministre chargé d'assurer la liaison doit venir de la même province que le président. Un rapport provisoire doit être déposé en décembre 1989; celui-ci doit renfermer notamment un plan de travail et les priorités que propose le Bureau.

Fonctionnement

- Les coûts liés au fonctionnement du Bureau doivent être assumés conjointement par le gouvernement fédéral (30 %) et les gouvernements provinciaux (70 %).
- Au départ, le Bureau comptera cinq employés au maximum, y compris le chef.
- Le budget initial comprendra 250 000 \$ pour la rémunération et 250 000 \$ pour les frais de fonctionnement.

Évaluation

L'évaluation du Bureau sera mesurée dans trois ans par un organisme indépendant qui rendra compte aux sous-ministres. L'évaluation portera notamment sur l'importance de l'aide matérielle fournie aux gouvernements pour l'adoption et l'utilisation de technologies de soins de santé.

ANNEXE 4

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ: RAPPORTS ANNUELS

Terre-Neuve:

Accès raisonnable

Il n'y a aucun frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation pour les médecins dans la province. Le nombre de lits dotés en personnel et utilisés en salle commune se chiffre à 2 462 et il y a eu 632 519 jours d'hospitalisation durant l'année financière. Au total, 973 lits en chambres privées ou semi-privées ont donné lieu à 106 582 jours d'hospitalisation.

Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et améliorer le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1988-1989, le régime de soins médicaux a payé 415 738 \$ en vertu du *Guaranteed Incentive Program*, qui comprenait un contrat passé avec les médecins de la région frontalière Labrador-Blanc-Sablon.

Île-du-Prince-Édouard:

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de facturation par les médecins dans la province.

En 1988-1989, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 694 lits. Il y a eu 25 828 patients admis durant l'année financière et 201 757 jours d'hospitalisation.

Nouvelle-Écosse:

Accès raisonnable

Aucun frais modérateurs ou de surfacturation ne sont exigés en vertu des deux régimes.

Plus de 90 p. cent de la population habite à moins de 30 minutes de l'un des 50 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires d'Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés à toute la population.

La province ne restreint ni ne limite en aucune façon le nombre de médecins qui peuvent réclamer des honoraires du régime. Les primes sont offertes afin d'encourager les médecins à pratiquer leur profession dans les régions éloignées de la province.

Nouveau-Brunswick:

Accès raisonnable

Les personnes ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit de recevoir les services assurés.

Les statistiques des hôpitaux pour 1988-1989 sont les suivantes: nombre de jours-patients — 1 832 423 (à l'exclusion des nouveaux-nés); nombre d'admissions — 125 607; nombre de congés — 126 323 et nombre de consultations pour des soins d'urgence — 1 125 346.

Au cours de l'exercice 1988-1989, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont dispensé 4 646 262 services médicaux en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province en ont dispensés 83 078, pour un total de 4 729 340.

Québec:

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Il n'y a aucun frais de surfacturation par les médecins dans la province. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial mais le Québec permet deux autres options, soit: celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale, et celle des médecins non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie, sauf en cas de services d'urgence.

En 1988-1989, il y avait 126 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 33 461 lits. Il y a eu près de 750 000 patients admis dans des hôpitaux à court terme et près de 10 650 000 jours d'hospitalisation pour l'année financière 1988-1989.

Ontario:

Accès raisonnable

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises à l'hôpital par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs imposés aux malades atteints de maladies chroniques et qui séjournent de façon plus ou moins permanente dans un hôpital sont autorisées. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas d'une personne dans le besoin.

En 1988-1989, on comptait 195 hôpitaux de soins actifs dans la province, pour un total de 44 536 lits, dans des sections de soins chroniques, de soins généraux et de réadaptation spéciale. Le nombre de patients admis au cours de l'année financière s'élevait à 1 299 220, ce qui représente 13 383 342 journées d'hospitalisation au total.

Manitoba:

Accès raisonnable

Tous les assurés ont droit à tous les services médicaux et hospitaliers assurés auquel sont assorties des contributions fédérales.

Le Manitoba affirme offrir un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est des lits d'hôpitaux disponibles, y compris les lits des hôpitaux d'enseignement. En 1988-1989, il y avait 99 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 5 539 lits. Le nombre de patients admis durant l'année financière et le total des jours d'hospitalisation ne seront disponibles qu'en décembre 1989. Le total des congés accordés était de 182 648 et le nombre de jours séparés s'élevait à 1 829 724.

Le Manitoba déclare en outre présenter un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de résidents par médecin. Des mesures d'incitation sont présentement appliquées afin d'attirer des spécialistes dans les régions rurales ou vers certaines spécialités où il y a pénurie de personnel qualifié; le Comité permanent de la main-d'oeuvre médicale continue d'étudier la situation.

Saskatchewan:

Accès raisonnable

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

En 1988-1989, la province comptait 134 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 7 377 lits. Le nombre de patients admis au cours de l'année financière totalisait 225 943 et le nombre de jours d'hospitalisation se chiffrait à 1 699 732. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucun frais modérateurs. La province compte plus de 1 166 médecins en pratique. Depuis août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite.

Alberta:*Accès raisonnable*

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, l'Alberta comptait en 1987-1988 125 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et 46 hôpitaux auxiliaires dans toute la province. Ces hôpitaux ont une capacité de 12 246 lits pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et 5 166 lits auxiliaires. Le nombre total de lits pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de lits auxiliaires (17 412) donnent un rapport de 7,3 lits par 1 000 résidents. Un per diem de 14 \$ (10 \$ avant le 1^{er} janvier 1987) est exigé dans les hôpitaux auxiliaires en ce qui a trait à l'hébergement en salle commune après un délai initial de 60 jours. Cette pratique est compatible avec les exigences énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé dans toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse. Afin d'assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services. Le nombre de médecins qui pratiquent en Alberta est passé de 3 829 à 3 905 entre les mois de mars 1988 et mars 1989, soit une augmentation de 1,98 p. cent. Le nombre de services médicaux offerts dans la province est passé de 26 874 732 en 1988 à 27 276 842 en 1989, ce qui représente une augmentation de 1,5 p. cent.

Colombie-Britannique:*Accès raisonnable*

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux. En 1988-1989, la province comptait 93 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë (11 396 lits); cinq hôpitaux de réadaptation (428 lits); et deux hôpitaux fédéraux (19 lits) utilisés par des résidents. La province acquitte le per diem pour les lits utilisés. Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 11 843. En outre, on comptait 15 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge.

Le nombre de patients admis à des hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et à des hôpitaux de réadaptation au cours de l'année financière s'élevait à 436 751 et le nombre de jours-patients à 3 443 459.

La province offre également l'accès aux services de soins médicaux pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1988-1989, 76 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de réadaptation (5 721 lits) et 16 hôpitaux spécialisés en soins prolongés (1 936 lits) offraient ces soins. Le nombre total de lits disponibles se chiffrait à 7 657.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins au cours de l'année financière s'élevait à 6 432. Le nombre de services de jours-patients s'élevait à 2 687 937.

Yukon:*Accès raisonnable*

Aucun frais modérateur ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu de l'*Hospital Plan*. Il n'y a aucune pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande, surtout dans les régions éloignées où les hôpitaux de district ont parfois un taux d'occupation aussi bas que 20 p. cent.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins-spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme universel d'assurance-voiture pour traitements médicaux sans franchise.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du *Health Care Insurance Plan*.

Le Yukon juge qu'il a trop de médecins, dentistes et chirurgiens-dentistes. Le rapport médecin-population se situe à près de 1:500.

Territoires du Nord-Ouest:*Accès raisonnable*

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont libre accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires. En 1988-1989, les Territoires du Nord-Ouest comptaient six hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 302 lits.

NOTES

- ¹ Débats du Sénat, vol. 133, n° 3, 5 avril 1989, page 27.
- ² Ibid., vol. 133, n° 8, 2 mai 1989.
- ³ Les sénateurs Pierre De Bané, Stanley Haidasz, E.W. Barootes et Lorne Bonnell ont tous formulé au Sénat des observations favorables au sujet de l'étude envisagée. Voir les Débats du Sénat, vol 133, n° 8, pages 12 et 21.
- ⁴ Environics Research Group Ltd., étude commandée par l'Ontario Hospital Association, automne 1989.
- ⁵ Decima Quarterly Report, printemps 1988, page 33.
- ⁶ Ibid., page 39.
- ⁷ Fascicule 13, p. 13:23.
- ⁸ M. Ken Fyke, mémoire soumis au Comité, page 10.
- ⁹ L'Association médicale canadienne, mémoire soumis au Comité, page 8.
- ¹⁰ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 6.
- ¹¹ Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, mémoire soumis au Comité, page 7.
- ¹² Fascicule 12, page 12:8.
- ¹³ Fascicule 10, page 10:32.
- ¹⁴ Le Yukon, questionnaire, question n° 1.
- ¹⁵ Société canadienne de cardiologie, mémoire soumis au Comité, page 1.
- ¹⁶ M. Gérard Marcoux, mémoire soumis au Comité, page 4.
- ¹⁷ Colombie-Britannique, questionnaire, question n° 8(A).
- ¹⁸ M. Paul Gamble, Hospital Council of Metropolitan Toronto, mémoire soumis au Comité, page 4.
- ¹⁹ Délibérations, Fascicule 12, page 12:33.
- ²⁰ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 21.
- ²¹ Ibid., page 16.
- ²² Délibérations, Fascicule 14, page 14:12.
- ²³ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 7.
- ²⁴ Délibérations, Fascicule 14, page 14:8.
- ²⁵ The Federal-Provincial Report on Rehabilitation Personnel, par le Federal-Provincial Advisory Committee on Health Human Resources, juin 1988, page ii
- ²⁶ «Cancer patients face wait for treatment», *The Globe and Mail*, 13 septembre 1989.
- ²⁷ Délibérations, Fascicule 10, page 10:31.
- ²⁸ Délibérations, Fascicule 9, page 9:10.
- ²⁹ *Esquisse du Canada de demain* : Rapport de l'étude démographique. (décembre 1989)
- ³⁰ Woods Gordon, Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System in Canada, for the Task Force on the Allocation of Health Care Resources, août 1984.
- ³¹ Dr Gordon Gerguson, mémoire soumis au Comité, page 1.
- ³² M. Gérard Marcoux, mémoire soumis au Comité, page 7.
- ³³ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, page 8.
- ³⁴ Conseil économique du Canada, *Troisième âge et soins de santé: Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé*, mai 1986, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, pages 76-77.
- ³⁵ Délibérations, Fascicule 9, page 9:11.
- ³⁶ Délibérations, Fascicule 12, page 12:64.
- ³⁷ M. Ken Fyke, mémoire soumis au Comité, page 5.
- ³⁸ M. Gérard Marcoux, mémoire soumis au Comité, page 10.
- ³⁹ Ministère de la Santé de la Saskatchewan, mémoire soumis au Comité, page 3.
- ⁴⁰ Délibérations, Fascicule 8, page 8:17.
- ⁴¹ Délibérations, Fascicule 13, page 13:15.
- ⁴² Délibérations, Fascicule 13, page 13:12.
- ⁴³ Dr Gordon Gerguson, mémoire soumis au Comité, page 8.
- ⁴⁴ Ibid., page 5.

- ⁴⁵ Ibid., page 6.
- ⁴⁶ Délibérations, Fascicule 14, page 14:9.
- ⁴⁷ Catherine Cornell, «Utilization Management: Your Hospital's Key to Survival», Scarborough General Hospital, le 16 mai 1990.
- ⁴⁸ Nouveau-Brunswick, *Rapport de la Commission sur certains programmes de soins de santé*, juillet 1989, pge 44.
- ⁴⁹ Délibérations, Fascicule 8, page 8:13.
- ⁵⁰ Délibérations, Fascicule 13, page 13:44.
- ⁵¹ Délibérations, Fascicule 10, page 10:31.
- ⁵² R.N. Battista, «La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé», *Le développement de la technologie*, Québec, gouvernement du Québec, 1987, page 31.
- ⁵³ Ministère de la Santé de la Saskatchewan, mémoire soumis au Comité, page 5.
- ⁵⁴ Coopers and Lybrand Consulting Group, *Looking to the Future: Health Trends in Canada*, 1989, page 8.
- ⁵⁵ D. Feeney et. al., eds: *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy*, l'Institut de recherches politiques, Montréal, 1986, page 225.
- ⁵⁶ L'Association médicale canadienne, *Mémoire au Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé, le bien-être et les affaires sociales*, Ottawa, le 21 juin 1988, page 8.
- ⁵⁷ *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy*, op. cit., page 17.
- ⁵⁸ Dr Raisa Deber, mémoire soumis au Comité, page 3.
- ⁵⁹ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, page 7.
- ⁶⁰ Ministère de la Santé de la Saskatchewan, mémoire soumis au Comité, page 4.
- ⁶¹ L'Association médicale canadienne, mémoire soumis au Comité, page 7.
- ⁶² The Financial Post, 21 février 1990, page 26.
- ⁶³ Saskatchewan, questionnaire, question n° 2.
- ⁶⁴ Colombie-Britannique, questionnaire, question n° 2.
- ⁶⁵ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, page 65.
- ⁶⁶ Délibérations, Fascicule 2, page 12:29.
- ⁶⁷ Délibérations, Fascicule 10 page 10:49.
- ⁶⁸ M. Ken Fyke, mémoire soumis au Comité, page 2.
- ⁶⁹ L'Association des hôpitaux du Québec, mémoire soumis au Comité, page 25.
- ⁷⁰ Délibérations, Fascicule 12, page 12:29.
- ⁷¹ Délibérations, Fascicule 14, page 14:17.
- ⁷² Ibid.
- ⁷³ Délibérations, Fascicule 2, page 12:13.
- ⁷⁴ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, page 6.
- ⁷⁵ Délibérations, Fascicule 10, page 10:25.
- ⁷⁶ Délibérations, Fascicule 8, page 8:16.
- ⁷⁷ Délibérations, Fascicule 10, page 10:49.
- ⁷⁸ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 18.
- ⁷⁹ Délibérations du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes, Fascicule 54, septembre 1988, page 54:47.
- ⁸⁰ M. Ken Fyke, mémoire soumis au Comité, page 4.
- ⁸¹ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 8.
- ⁸² Délibérations, Fascicule 8, page 8:12.
- ⁸³ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, le 16 janvier 1990, page 11.
- ⁸⁴ Délibérations, Fascicule 12, page 12:33.
- ⁸⁵ Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, novembre 1986 à juin 1987.
- ⁸⁶ Délibérations, Fascicule 9, page 9:8.
- ⁸⁷ L'Association des hôpitaux du Canada, mémoire soumis au Comité, page 10.
- ⁸⁸ M. Ken Fyke, mémoire soumis au Comité, page 12.
- ⁸⁹ Ibid., page 15.
- ⁹⁰ Ibid., page 15.
- ⁹¹ Ibid., pages 19, 20.
- ⁹² L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire soumis au Comité, page 20.

- ⁹³ L'Association des hôpitaux du Canada, «Submission to the Minister of National Health and Welfare on Bill C-3, The Canada Health Act», janvier 1984.
- ⁹⁴ Projet—A Proposal for a Canadian Health Council [1986], source: l'Association des hôpitaux du Canada, mai 1990.
- ⁹⁵ *La santé: une nécessaire réorientation*, Groupe de travail sur l'attribution des ressources de soins de santé, 1984, page 88.
- ⁹⁶ Délibérations, Fascicule 12, page 12:29.
- ⁹⁷ Délibérations, Fascicule 9, page 9:16.

