



CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

**LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ
AU CANADA
ET SON FINANCEMENT :
DES CHOIX DIFFICILES**

**PREMIER RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE**
(Comité reconstitué)

**Bob Porter, député
Président**

JUIN 1991

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le mardi 21 mai 1991

Le mercredi 22 mai 1991

Le jeudi 23 mai 1991

Le mardi 28 mai 1991

Le mardi 4 juin 1991

Le mercredi 5 juin 1991

Le mercredi 12 juin 1991

Président: Bob Porter

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Tuesday, May 21, 1991

Wednesday, May 22, 1991

Thursday, May 23, 1991

Tuesday, May 28, 1991

Tuesday, June 4, 1991

Wednesday, June 5, 1991

Wednesday, June 12, 1991

Chairman: Bob Porter

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing
Committee on

Santé et du Bien-être

Health and Welfare,

social, des Affaires

Social Affairs, Seniors

social, des Affaires

âge et de la Condition

fémminine

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : DES CHOIX DIFFICILES

CONCERNANT

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le
vendredi 17 mai 1991, étude du projet de rapport sur le
régime de soins de santé au Canada et son financement

RESPECTING

Pursuant to the special Order adopted by the House on
Friday, May 17, 1991, consideration of the Draft Report
on the health care system in Canada and its financing

Y COMPRIS

Le premier rapport

**PREMIER RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE**

(Comité reconstitué)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Thirtieth session of the twenty-fifth Legislature,
1991

**Bob Porter, député
Président**

JUIN 1991

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le mardi 21 mai 1991
Le mercredi 22 mai 1991
Le jeudi 23 mai 1991
Le mardi 28 mai 1991
Le mardi 4 juin 1991
Le mercredi 5 juin 1991
Le mercredi 12 juin 1991

Président: Bob Porter

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Tuesday, May 21, 1991
Wednesday, May 22, 1991
Thursday, May 23, 1991
Tuesday, May 28, 1991
Tuesday, June 4, 1991
Wednesday, June 5, 1991
Wednesday, June 12, 1991

Chairman: Bob Porter

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

CONCERNANT:

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, étude du projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement

Y COMPRIS:

Le premier rapport à la Chambre

RESPECTING:

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, consideration of the Draft Report on the health care system in Canada and its funding

INCLUDING:

The First Report to the House

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Membres suppléants

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Attachées de recherche

Odette Madore
Joan Vance
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Comité

Clairette Bourque

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Acting Members

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Researchers

Odette Madore
Joan Vance
Research Branch of the
Library of Parliament

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS | v |
| ORDRES DE RENVOI | ix |
| MANDAT | xi |
| INTRODUCTION | xiii |
| CHAPITRE 1 – LES DÉPENSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU CANADA | 1 |
| A. LES DÉPENSES NATIONALES | 1 |
| B. LES DÉPENSES PROVINCIALES | 7 |
| C. LE CONTRÔLE DES COÛTS | 9 |
| CHAPITRE 2 – LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ | 11 |
| A. LE CADRE CONSTITUTIONNEL | 11 |
| B. LA LÉGISLATION FÉDÉRALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ | 13 |
| C. ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE FÉDÉRALE DANS LE CADRE DU FPE | 17 |
| D. QU'EST-CE QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PEUT OU DEVRAIT FAIRE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ? | 21 |
| CHAPITRE 3 – LA PLANIFICATION ET LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ | 27 |
| A. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE | 28 |
| B. LE SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ | 30 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 1. | Les avantages et les inconvénients du système de santé canadien | 31 |
| 2. | Les solutions proposées aux problèmes de financement des soins de santé au Canada | 32 |
| | a. Réaffectation des fonds publics | 32 |
| | b. Privatisation de certains aspects du système de soins de santé | 33 |
| | c. Modification du mode de rémunération des médecins | 35 |
| | d. Accroissement de l'effort de recherche appliquée | 37 |
| CHAPITRE 4 – LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION | | 39 |
| A. | LES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES | 39 |
| B. | LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ | 40 |
| C. | LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ | 41 |
| D. | LES PERSONNES ÂGÉES, LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ ET LES BESOINS FUTURS | 49 |
| CHAPITRE 5 – L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ | | 51 |
| A. | LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE | 52 |
| B. | LES SERVICES COMMUNAUTAIRES, DE SOINS À DOMICILE, DE SOUTIEN SOCIAL ET DE PRÉVENTION | 55 |
| C. | LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES DE SANTÉ | 57 |
| D. | LES GROUPES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX | 58 |
| | 1. Les pauvres | 59 |
| | 2. Les enfants et les adolescents | 60 |
| | 3. Les femmes | 62 |
| | 4. Les peuples autochtones | 63 |
| | 5. Les immigrants et les minorités culturelles | 66 |
| E. | LA MALADIE MENTALE | 68 |
| F. | LE SYNDROME D'IMMUNO-DÉFICIENCE ACQUISE (SIDA) | 71 |

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE 6 – LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ | 75 |
| A. LES MÉDECINS | 75 |
| B. LES RESSOURCES INFIRMIÈRES | 77 |
| C. LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ MENTALE | 78 |
| D. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ | 78 |
| E. LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES | 80 |
| CHAPITRE 7 – LA RECHERCHE | 83 |
| CONCLUSION | 89 |
| LISTE DES RECOMMANDATIONS | 91 |
| GLOSSAIRE | 97 |
| ANNEXE A – LISTE DES TÉMOINS | 101 |
| ANNEXE B – LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN MÉMOIRE | 107 |
| ANNEXE C – LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN DOCUMENT AUTRE QU'UN MÉMOIRE | 109 |
| ANNEXE D – SOMMAIRE DES ÉTUDES PROVINCIALES | 111 |
| A. Le mandat des commissions d'enquête provinciales et des groupes de travail | 111 |
| B. Sommaire des rapports provinciaux | 112 |
| ANNEXE E – CALCUL DES CONTRIBUTIONS VERSÉES AUX PROVINCES AU TITRE DE LA SANTÉ EN VERTU DU FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS | 117 |
| A. Calcul des transferts au titre du FPE | 117 |

| | | |
|---|--|------------|
| B. | Transferts au comptant et transferts en points d'impôt | 119 |
| i) | Réduction de l'impôt fédéral sur le revenu : | 119 |
| ii) | Contribution au comptant : | 119 |
| ANNEXE F – RAPPORT MINORITAIRE | | 123 |
| DEMANDE D'UNE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT | | 127 |
| PROCÈS-VERBAUX | | 129 |
| | | |
| CONCLUSION | | |
| LISTE DES RECOMMANDATIONS | | |
| GLOSSAIRE | | |
| ANNEXE A – LISTE DES TÉMOINS | | |
| ANNEXE B – LISTE DES PARTIULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN MÉMOIRE | | |
| ANNEXE C – LISTE DES PARTIULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN DOCUMENT AU TITRE D'UN MÉMOIRE | | |
| ANNEXE D – SOMMAIRE DES ÉTUDES PROVINCIALES DE SANTÉ | | |
| ANNEXE E – CALCUL DES CONTRIBUTIONS VERSÉES AUX PROVINCES AU TITRE DE LA SANTÉ EN VERTU DU FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS | | |
| A. Calcul des transferts au titre du FPE | | |

REMERCIEMENTS

En novembre 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a entrepris des audiences sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Le Comité a sollicité la présentation de mémoires et a entendu plus d'une cinquantaine de personnes et d'organisations. Ceux et celles qui ont participé aux audiences en acceptant de partager leurs connaissances et leurs vues sur les aspects variés et complexes du régime canadien de soins de santé ont rendu un service précieux aux responsables de l'étude.

Le Comité tient à exprimer sa sincère reconnaissance à la greffière du Comité, Clairette Bourque, qui a organisé les réunions, aidé au travail de traduction et coordonné la comparution des témoins.

Le présent rapport n'aurait pu voir le jour sans l'aide compétente des attachées de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Par leur soutien et leur expérience, Joan Vance et Odette Madore ont rendu d'incalculables services au Comité dans la préparation de son rapport. En outre, l'aide de Maureen Baker a été des plus utiles pendant la première moitié de l'étude. Raisa Deber, de l'Université de Toronto, a également apporté son soutien à titre de consultante.

Les membres du Comité sont également reconnaissants au personnel de soutien de la Direction des comités et au Bureau de la traduction du Secrétariat d'État pour leur travail pendant cette étude.

En terminant, le président remercie sincèrement les membres du Comité de leur collaboration durant les audiences et de leur détermination à mener à bon port la publication du présent rapport.

ORDRES DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du vendredi 17 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine en existence le dernier jour de la deuxième session de la législature actuelle soit reconstitué à la seule fin de terminer son rapport sur le régime canadien de soins de santé et son financement, ledit comité reconstitué étant une entité séparée et distincte du comité permanent du même nom dont il est question à l'article 104 du Règlement;

Que, aux fins de ce rapport, le comité en place soit autorisé à continuer de s'appliquer à l'étude des questions relatives au bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine;

Que les témoignages et les documents déposés au cours de la deuxième session de la législature actuelle soient réputés avoir été renvoyés au comité;

Que toutes les motions et tous les projets adoptés par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine durant la deuxième session de la législature actuelle et nécessaires à l'achèvement du rapport en cours soient réputés avoir été adoptés par le Comité durant la session actuelle; et

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Que le comité ainsi constitué dépose son rapport à la Chambre au plus tard le 1^{er} juin 1991 et que, à l'expiration de ce délai, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine cesse d'exister.

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement de la Chambre des communes, votre Comité a étudié le régime de soins de santé au Canada et son financement. Il a adopté le présent rapport qui se lit comme suit :

ROBERT MARLEAU

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du mercredi 29 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que, suite à l'ordre adopté par la Chambre, le vendredi 17 mai 1991, concernant le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, le Comité soit autorisé à présenter son rapport au plus tard le vendredi 21 juin 1991.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

ORDRES DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du vendredi 17 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine en existence le dernier jour de la deuxième session de la législature actuelle soit reconstitué à la seule fin de terminer son rapport sur le régime canadien de soins de santé et son financement, ledit comité reconstitué étant une entité séparée et distincte du comité permanent du même nom dont il est question à l'article 104 du Règlement;

Que, aux fins du présent ordre, les articles du Règlement qui concernent le comité en place à la fin de la deuxième session de la législature actuelle continuent de s'appliquer;

Que les témoignages recueillis par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine au cours de la deuxième session de la législature actuelle soient réputés avoir été renvoyés au comité;

Que toutes les motions et tous les ordres adoptés par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine durant la deuxième session de la législature actuelle et nécessaires à l'achèvement du rapport en cours soient réputés avoir été adoptés par le Comité durant la session actuelle; et

Que le comité ainsi constitué dépose son rapport à la Chambre au plus tard le 1^{er} juin 1991 et que, à la présentation de ce rapport, le Comité cesse d'exister.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du mercredi 29 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que, suite à l'ordre adopté par la Chambre, le vendredi 17 mai 1991, concernant le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, le Comité soit autorisé à présenter son rapport au plus tard le vendredi 21 juin 1991.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

MANDAT (ADOPTÉ PAR LE COMITÉ LE 19 OCTOBRE 1989)

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : ASPECTS À L'ÉTUDE

1. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET SON INCIDENCE SUR LE RÉSEAU DE SOINS DE SANTÉ

Aujourd'hui seulement 11 p. 100 de la population canadienne est âgée de 65 ans et plus, mais ce pourcentage doit atteindre environ 27 p. 100 d'ici l'an 2031. Différentes études indiquent que les personnes âgées, surtout les plus âgées, ont tendance à utiliser une proportion plus importante des ressources en soins de santé que les jeunes adultes. Toutefois, les chercheurs ne s'entendent pas sur l'importance que la morbidité prendra dans l'avenir. Les personnes âgées de demain peuvent être en meilleure santé que celles d'aujourd'hui grâce à des soins de santé plus accessibles, au progrès de la technologie médicale et à un mode de vie plus sain. En revanche, ils peuvent vivre dans un état d'incapacité et de maladie plus longtemps si l'espérance de vie augmente.

- Les méthodes de financement actuelles nous incitent-elles à trouver des solutions de rechange moins coûteuses à l'institutionnalisation des personnes âgées ayant un état de santé fragile et des malades chroniques?
- Comment pouvons-nous planifier les services futurs en soins de santé des personnes âgées en extrapolant les tendances actuelles?

2. L'ACCESSIBILITÉ DE DIVERS TYPES DE SERVICES DE SANTÉ DANS TOUTES LES RÉGIONS ET À TOUTES LES CATÉGORIES DE PERSONNES

- Comment peut-on s'assurer qu'un niveau adéquat de services de santé est disponible dans les régions rurales et éloignées?

- Comment peut-on rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux pauvres, aux autochtones, aux immigrants et aux minorités culturelles?
- Comment s'assurer que les services de santé soient accessibles aux enfants et aux jeunes et qu'un niveau approprié réponde à leurs besoins spécifiques?
- Jusqu'à quel point les pauvres, les immigrants et les groupes autochtones sont-ils affectés par l'érosion de certaines procédures des services assurés dans certaines provinces?
- Quel est le rôle des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans l'amélioration de l'état de santé des groupes désavantagés?
- Étant donné l'absence de distinction nette entre la promotion de la santé et les interventions sociales (comme des logements améliorés, des logements et des moyens de transport spécialement adaptés aux personnes âgées et handicapées, des conseils sur la nutrition et le travail social), les centres de santé locaux et les centres de services communautaires peuvent-ils faire le lien entre les soins curatifs, la promotion de la santé et les programmes sociaux?

3. LES RESSOURCES HUMAINES DES SOINS DE SANTÉ OU L'OFFRE, L'UTILISATION ET LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS ET DES AUTRES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

- Quel est le lien entre, d'une part, la disponibilité et la répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé) et, d'autre part, la qualité et la gestion efficace des coûts de la prestation des soins de santé?
- Quel est, dans le réseau de soins de santé, le rôle des professionnels autres que les médecins, comme les sages-femmes, les chiropraticiens, les psychologues, les infirmières de première ligne, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les masso-thérapeutes? Les Canadiens devraient-ils pouvoir bénéficier d'un accès direct dans le cadre de l'assurance-maladie? Ces professionnels devraient-ils être autorisés à décider si un malade a besoin de services non médicaux, comme les soins à domicile?

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : DES CHOIX DIFFICILES

INTRODUCTION

Le but de la présente étude est de déterminer si les arrangements fiscaux actuels assurent un financement adéquat, suffisamment stable et flexible pour maintenir un régime de soins pouvant répondre aux besoins des Canadiens. Dans ce rapport, le Comité examine différentes solutions aux difficultés de financement, tout en abordant des problèmes bien précis portant sur les effets du vieillissement de la population sur le système de soins de santé, l'accessibilité aux services, les ressources humaines et la recherche.

Cette étude a été entreprise par le Comité de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes au cours de la dernière législature. Le Comité, présidé par le D^r Bruce Halliday, a entendu des témoins et présenté à la Chambre, le 13 septembre 1988, un rapport provisoire qui a servi de base à la présente étude.

En novembre 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a repris l'étude du régime canadien de soins de santé et de son financement. Entre novembre 1989 et janvier 1991, le Comité a reçu de nombreux mémoires et entendu un vaste éventail de témoins traitant des points forts et des faiblesses de ce régime. Entre autres témoins, le Comité a entendu le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, des hauts fonctionnaires, des analystes de la politique de la santé, des chercheurs universitaires et des représentants d'associations de professionnels de la santé et de consommateurs, ainsi que d'organismes consultatifs et de groupes de pression. Le 18 juin 1990, le Comité a présenté à la Chambre un rapport provisoire donnant un aperçu des principaux thèmes traités dans les mémoires et résumant les témoignages reçus jusqu'à la mi-avril.

Le Comité considère que la création et le maintien d'un régime de santé efficace, donnant à tous les Canadiens accès à des soins de qualité, constituent un défi de taille pour les Canadiens et leurs gouvernements. Au cours des vingt à trente dernières

années, les dépenses de la santé au Canada ont beaucoup augmenté. Une bonne partie de cette hausse était attribuable, initialement, à l'institution des régimes publics d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. Plus récemment, d'autres facteurs ont fait augmenter les coûts : le développement du système de prestation des soins, la complexité croissante de la médecine moderne et les nouvelles attentes de la clientèle, ainsi que les transformations démographiques de la société. Le Comité admet également que l'évolution de l'environnement économique et constitutionnel impose des limites à l'étude et reconnaît que le problème de financement est soumis à des choix difficiles.

CHAPITRE 1

LES DÉPENSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU CANADA

Le présent chapitre analyse certaines données concernant les dépenses nationales et provinciales dans le domaine de la santé au Canada. Les dépenses du Canada et celles d'autres pays membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) font également l'objet de comparaisons. Enfin, pour faciliter la recherche de solutions au Canada, le chapitre passe en revue certains facteurs qui, selon des études de l'OCDE, sont associés à la hausse des dépenses dans le domaine de la santé.

A. LES DÉPENSES NATIONALES¹

Le Tableau 1 montre les dépenses nationales totales reliées à la santé pour certaines années entre 1960 et 1990. Les données correspondent à des intervalles de cinq ans pour la période de 1960 à 1975, et d'un an pour la période de 1975 à 1990. Il convient de souligner que les chiffres correspondant à la période postérieure à 1987 sont des estimations².

En 1960, les dépenses de santé se chiffraient à 2,1 milliards de dollars, soit environ 120 \$ par habitant, ou 5,5 % du PNB. En 1987, ces mêmes dépenses atteignaient 48 milliards de dollars, ou 1 870 \$ par habitant et 9 % du PNB. En 1990, les dépenses nationales liées aux soins de santé devraient atteindre 60 milliards de dollars, soit 2 266 \$ par habitant et 9,2 % du PNB.

L'augmentation des dépenses nationales de santé dans les années soixante et au début des années soixante-dix est principalement attribuable à l'instauration des régimes nationaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé, que toutes les

¹ Les dépenses liées à la santé, tant au plan national que provincial, comprennent les dépenses des secteurs privé et public.

² Sauf indication contraire, les données du présent chapitre concernant les dépenses de santé proviennent de Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, septembre 1990.

provinces avaient mis en place en 1961 et en 1975 respectivement. L'augmentation des dépenses liées à la santé entre 1960 et 1987 est également due, en partie, à l'inflation. En dollars constants de 1981, ces dépenses sont passées de 7,2 à 32 milliards de dollars durant la même période.

TABLEAU 1

Dépenses totales de santé pour certaines années

| Années | (millions de \$) | (% du PNB) |
|---------------|-------------------------|-------------------|
| 1960 | 2 142 | 5,5 |
| 1965 | 3 415 | 6,0 |
| 1970 | 6 253 | 7,1 |
| 1975 | 12 267 | 7,2 |
| 1976 | 14 119 | 7,2 |
| 1977 | 15 500 | 7,2 |
| 1978 | 17 248 | 7,3 |
| 1979 | 19 412 | 7,2 |
| 1980 | 22 703 | 7,5 |
| 1981 | 26 650 | 7,7 |
| 1982 | 31 150 | 8,6 |
| 1983 | 34 511 | 8,7 |
| 1984 | 37 310 | 8,6 |
| 1985 | 40 407 | 8,7 |
| 1986 | 44 285 | 9,0 |
| 1987 | 47 935 | 9,0 |
| 1988 | 51 800 | 8,9 |
| 1989 | 56 100 | 8,9 |
| 1990 | 60 228 | 9,2 |

Les dépenses nationales totales liées à la santé sont passées de 12,2 milliards de dollars en 1975 à 47,9 milliards en 1987, soit une hausse globale de 291 %, ou 12 % par année. Durant la même période, le PNB a augmenté de 216 %, soit un peu plus de 10 % par année. Depuis 1975, le taux de croissance des dépenses nationales dans le

domaine de la santé est demeuré comparable au taux de croissance du PNB, sauf durant la période 1979-1983, généralement considérée comme une période de ralentissement économique, alors que les dépenses de santé ont connu une croissance sensiblement plus élevée que celle du PNB.

L'OCDE estime que les pays membres consacraient à la santé en moyenne 6,5 % de leur produit intérieur brut (PIB) en 1975, et 7,3 % en 1987 (Tableau 2)³.

Comparer divers systèmes nationaux de santé et leurs modes de financement pose un certain nombre de problèmes fondamentaux dont il faut tenir compte. Cela est dû à la compatibilité limitée des données et des problèmes de méthodologie liés à la comparaison de structures économiques, démographiques, culturelles et institutionnelles différentes. Les études de l'OCDE tiennent compte de ces facteurs et de ces problèmes; on reconnaît cependant qu'en dépit de ces obstacles, l'étude des systèmes de santé d'autres pays peut être instructive⁴.

Le Canada s'est situé un peu au-dessus de la moyenne de l'OCDE au chapitre des dépenses nationales de santé, soit 7,3 % de son PIB en 1975 et 8,6 % en 1987 (Tableau 2). Par comparaison avec certains pays de l'OCDE, les 8,6 % de son PIB consacrés aux soins de santé ont placé le Canada bien en avant de pays comme la Turquie (3,5 %), la Grèce (5,3 %) ou l'Espagne (6 %); et à peu près sur le même pied que la France, les Pays-Bas, l'Autriche, l'Allemagne et la Suède, mais loin derrière les États-Unis.

Le financement par le secteur public des services de santé au Canada est passé de 43 % en 1960 à 76 % en 1975 par suite de l'entrée en vigueur du système national d'assurance-santé. Depuis 1975, la participation du secteur public aux dépenses nationales liées à la santé est demeurée relativement stable (74 % en 1987). Ce pourcentage est comparable à celui d'autres pays de l'OCDE, où en moyenne près de 80 % de toutes les dépenses liées à la santé sont financées par le secteur public, sauf aux États-Unis où, en 1987, la part du secteur public était de 41 % seulement.

³ OCDE, *Les systèmes de santé : À la recherche d'efficacité*, Études de politique sociale, n° 7, Paris, 1990, p. 11.

⁴ Prière de consulter le glossaire pour l'explication de la différence entre le PNB utilisé au Tableau 1, et le PIB utilisé dans les pays de l'OCDE ainsi que dans l'examen des dépenses provinciales dans le domaine de la santé au Canada.

TABLEAU 2

Dépenses totales et dépenses publiques en pourcentage du produit intérieur brut :
pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, 1975-1987⁵

| Pays | Dépenses totales | | | | Dépenses publiques | | | |
|------------------|--------------------|------|------|------|--------------------|------|------|------|
| | 1975 | 1980 | 1985 | 1987 | 1975 | 1980 | 1985 | 1987 |
| | Pourcentage | | | | | | | |
| Australie | 5,7 | 6,5 | 7,0 | 7,1 | 3,6 | 4,0 | 5,0 | 5,1 |
| Autriche | 7,3 | 7,9 | 8,1 | 8,4 | 5,1 | 5,5 | 5,4 | 5,7 |
| Belgique | 5,8 | 6,6 | 7,2 | 7,2 | 4,6 | 5,4 | 5,5 | 5,5 |
| Canada | 7,3 | 7,4 | 8,4 | 8,6 | 5,6 | 5,6 | 6,4 | 6,5 |
| Danemark | 6,5 | 6,8 | 6,2 | 6,0 | 6,0 | 5,8 | 5,3 | 5,2 |
| Finlande | 6,3 | 6,5 | 7,2 | 7,4 | 5,0 | 5,1 | 5,7 | 5,8 |
| France | 6,8 | 7,6 | 8,6 | 8,6 | 5,2 | 6,2 | 6,9 | 6,7 |
| Allemagne | 7,8 | 7,9 | 8,2 | 8,2 | 6,2 | 6,2 | 6,4 | 6,3 |
| Grèce | 4,1 | 4,3 | 4,9 | 5,3 | 2,5 | 3,5 | 4,0 | 4,0 |
| Islande | 5,9 | 6,4 | 7,3 | 7,8 | 5,3 | 5,7 | 6,4 | 6,9 |
| Irlande | 7,7 | 8,5 | 8,0 | 7,4 | 6,4 | 7,8 | 7,1 | 6,4 |
| Italie | 5,8 | 6,8 | 6,7 | 6,9 | 5,0 | 5,6 | 5,4 | 5,4 |
| Japon | 5,5 | 6,4 | 6,6 | 6,8 | 4,0 | 4,5 | 4,8 | 5,0 |
| Luxembourg | 5,7 | 6,8 | 6,7 | 7,5 | 5,2 | 6,3 | 6,0 | 6,9 |
| Pays-Bas | 7,7 | 8,2 | 8,3 | 8,5 | 5,9 | 6,5 | 6,6 | 6,6 |
| Nouvelle-Zélande | 6,4 | 7,2 | 6,6 | 6,9 | 5,4 | 6,0 | 5,6 | 5,7 |
| Norvège | 6,7 | 6,6 | 6,4 | 7,5 | 6,4 | 6,5 | 6,1 | 7,4 |
| Portugal | 6,4 | 5,9 | 7,0 | 6,4 | 3,8 | 4,2 | 4,0 | 3,9 |
| Espagne | 5,1 | 5,9 | 6,0 | 6,0 | 3,6 | 4,4 | 4,3 | 4,3 |
| Suède | 8,0 | 9,5 | 9,4 | 9,0 | 7,2 | 8,7 | 8,6 | 8,2 |
| Suisse | 7,0 | 7,3 | 7,7 | 7,7 | 4,8 | 5,0 | 5,2 | 5,2 |
| Turquie | -- | -- | -- | 3,5 | -- | -- | -- | 1,4 |
| Royaume-Uni | 5,5 | 5,8 | 6,0 | 6,1 | 5,0 | 5,2 | 5,2 | 5,3 |
| États-Unis | 8,4 | 9,2 | 10,6 | 11,2 | 3,6 | 3,9 | 4,5 | 4,6 |
| Moyenne | 6,5 | 7,0 | 7,4 | 7,3 | 5,0 | 5,5 | 5,7 | 5,6 |

⁵ OCDE, *op. cit.*, p. 10.

Au Canada, la participation du secteur public, en pourcentage du PIB, est comparable à celle d'autres pays de l'OCDE, où depuis 20 à 30 ans, la part des dépenses publiques par rapport à l'ensemble des dépenses dans le domaine de la santé tend à augmenter. Comme l'indique le Tableau 2, les dépenses du secteur public dans le domaine de la santé au Canada représentaient 5,6 % du PIB en 1975, et 6,5 % en 1987. Les taux moyens comparables dans les pays de l'OCDE étaient de 5 % et 5,6 % en 1975 et 1987 respectivement. On remarquera que le pourcentage du PIB canadien consacré au financement public des dépenses dans le domaine de la santé était comparable à celui de nombreux autres pays, dont la France, l'Allemagne, l'Islande, les Pays-Bas et le Luxembourg. Enfin, ce pourcentage était sensiblement moins élevé qu'en Suède et en Norvège, mais nettement plus élevé qu'aux États-Unis, en Turquie, en Espagne, au Portugal et en Grèce.

L'OCDE estime cependant que le niveau des dépenses par habitant dans le domaine de la santé (1 483 \$) au Canada n'était devancé que par celui des États-Unis (2 051 \$) en 1987⁶.

Les dépenses par habitant dans le domaine de la santé au Canada, relativement plus élevées par rapport à d'autres pays de l'OCDE, sont peut-être dues à l'existence de ratios plus élevés de dépendance en raison de l'âge. Une étude de l'impact de la politique des pays de l'OCDE dans le domaine de la santé entre 1980 et l'an 2030 prédit que le seul vieillissement de la population pourrait avoir, parmi les pays de l'OCDE, des effets plus marqués au Canada, en Finlande et au Japon. L'étude mentionne également d'autres facteurs qui pourraient entraver la capacité du Canada d'accroître ses dépenses en raison du vieillissement de la population.

L'étude de l'OCDE indique que la population active supporte la majeure partie des dépenses dans le domaine de la santé, et qu'en conséquence la capacité des pays de financer l'augmentation des dépenses résultant du vieillissement de la population dépendra des changements dans le poids relatif de la population active dont témoigneront les ratios de dépendance, mais aussi des taux de participation de la population active, du taux de chômage et de la productivité. Selon l'étude de l'OCDE, le Canada est l'un des pays qui connaîtront la plus forte augmentation des ratios de dépendance selon l'âge. La demande de soins de longue durée devrait aussi augmenter considérablement en raison de l'incidence accrue des maladies chroniques, du vieillissement d'une plus grande partie de la population et de l'accroissement de la durée des services dans les pays de l'OCDE. Selon l'Organisation, c'est au Canada et aux États-Unis que les établissements résidentiels à vocation médicale sont le plus

⁶ *Idem*, p. 12.

utilisés; par ailleurs, on trouve le taux le plus élevé d'utilisation des services de soins à domicile financés par le secteur public au Royaume-Uni et en Suède, tandis que la Suisse, le Canada et l'Allemagne sont les pays où l'on y a le moins recours⁷.

Le Tableau 3 montre les dépenses nationales de santé par secteur au Canada, en 1975, 1987 et 1990. La participation fédérale aux dépenses nationales dans le domaine de la santé est passée de 30,8 % en 1975 à 29,5 % en 1987 et 27,7 % en 1990. Les dépenses des provinces et des gouvernements locaux, en pourcentage des dépenses nationales, sont demeurées relativement stables, et les dépenses du secteur privé sont passées de 23,6 % en 1975 à 25,8 % en 1987 et à 27,5 % en 1990.

Le coût des soins de santé par catégorie de dépense en 1975 et en 1987 est indiqué au Tableau 4. Les hôpitaux et autres établissements de soins ont toujours obtenu la majeure partie des budgets en ce domaine. Le Tableau 4 montre que la part des hôpitaux a chuté de 44,4 % en 1975 à 39,2 % en 1987, et que les dépenses consacrées aux soins à domicile sont passées de 0,3 % à 0,8 % pour la même période. Cela indique une tendance nouvelle à favoriser les soins communautaires et à domicile plutôt que les soins en établissement. Le gouvernement fédéral sera peut-être tenté d'encourager cette tendance, compte tenu des conclusions de l'étude de l'OCDE. La part des dépenses totales de santé affectée aux médecins et aux médicaments a connu une certaine augmentation entre 1975 et 1987, alors que les immobilisations montraient une baisse modérée. Dans les autres catégories sont englobés les services des autres professionnels de la santé, les services ambulanciers, les appareils, la santé publique, l'administration et les coûts divers. Parmi ces éléments, les soins dentaires en particulier affichent une hausse de coûts modérée.

⁷ Meyer, Jack, *The implications of Ageing Populations For Health Care Policy and Expenditures*, 1984 (document de travail interne), et *The Social Policy Implications of Ageing Populations*, OCDE, Paris, à venir.

TABLEAU 3

**Dépenses totales de santé par secteur
en 1975, 1987 et 1990**
(en pourcentage)

| Secteur | 1975 | 1987 | 1990 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Gouvernement fédéral | 30,8 | 29,5 | 27,7 |
| Gouvernements provinciaux | 43,4 | 42,6 | 43,4 |
| Gouvernements locaux | 1,1 | 1,1 | 0,6 |
| Indemnisation des accidentés du travail | 0,9 | 0,8 | 0,8 |
| Secteur privé | 23,6 | 25,8 | 27,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

TABLEAU 4

**Coût des soins de santé par catégorie de dépenses
en 1975 et 1987**
(en pourcentage)

| Catégorie | 1975 | 1987 |
|--|--------------|--------------|
| Hôpitaux | 44,4 | 39,2 |
| Autres établissements | 9,7 | 10,3 |
| Soins à domicile | 0,3 | 0,8 |
| Médecins | 15,7 | 16,0 |
| Médicaments | 8,9 | 11,6 |
| Immobilisations | 5,0 | 4,4 |
| Recherche dans le domaine de la santé | 0,8 | 0,9 |
| Toutes les autres catégories | 15,2 | 16,7 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

B. LES DÉPENSES PROVINCIALES

Dans les provinces, les coûts des soins de santé représentent en gros le tiers des budgets des gouvernements, et, au cours des dernières décennies, une part de plus en plus importante du produit intérieur brut a dû y être consacrée. En 1987, c'est

l'Île-du-Prince-Édouard qui a consacré la plus large part de son PIB à la santé, soit 12 %, alors qu'en Alberta, les dépenses en question ne représentaient que 7,7 % du PIB (Tableau 5). Les provinces du Centre et de l'Ouest ont tendance à consacrer une part moindre de leur PIB à la santé que les provinces Maritimes. Entre 1975 et 1987, la part du PIB des provinces consacrée aux dépenses de santé a augmenté dans toutes les provinces. L'augmentation atteignait environ 2 % au Nouveau-Brunswick, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique, et plus de 4 % en Saskatchewan.

On constate également que les dépenses de santé par habitant varient considérablement d'une province à l'autre; en 1987, Terre-Neuve était la province qui y consacrait le moins, soit 1 473 \$, alors qu'à l'autre extrémité, l'Ontario y affectait 1 985 \$, soit un écart de 512 \$.

La part des dépenses de santé du gouvernement fédéral par rapport à l'ensemble des dépenses publiques est passée de 40,3 % en 1975 à 38,2 % en 1990. Les transferts fédéraux aux provinces ont également diminué, passant de 27,6 % de l'ensemble des dépenses de santé nationales en 1975 à 25 % en 1990. Cette diminution est attribuable aux changements survenus dans les accords du Financement des programmes établis. D'autres modifications au Financement des programmes établis en 1990 et en 1991 vont contribuer à diminuer encore la contribution fédérale au financement des soins de santé dans les provinces.

TABLEAU 5
Part du produit intérieur brut des provinces consacrée
aux dépenses de santé en 1975 et 1987

| Province | 1975 | 1987 |
|-----------------------|------|------|
| Terre-Neuve | 10,7 | 11,7 |
| Île-du-Prince-Édouard | 12,0 | 12,2 |
| Nouvelle-Écosse | 10,1 | 11,6 |
| Nouveau-Brunswick | 8,8 | 10,8 |
| Québec | 8,0 | 8,9 |
| Ontario | 6,7 | 8,2 |
| Manitoba | 7,9 | 10,0 |
| Saskatchewan | 6,7 | 11,0 |
| Alberta | 5,5 | 7,7 |
| Colombie-Britannique | 7,1 | 8,9 |

C. LE CONTRÔLE DES COÛTS

Les études semblent indiquer que l'augmentation du coût des soins de santé est un problème majeur associé à la politique sociale dans tous les pays de l'OCDE. Cette dernière associe les facteurs suivants à la tendance à la hausse des dépenses de santé que les témoins devant le Comité ont également évoqués, sous une forme ou une autre :

1. croissance réelle des dépenses de santé supérieure à la croissance réelle du PIB jusqu'au début des années quatre-vingt, une tendance risquant d'entraîner des problèmes pour les gouvernements, si le ralentissement économique persiste;
2. concentration des dépenses de santé au profit d'une partie relativement faible de la population ayant des besoins élevés en soins médicaux, notamment les personnes âgées fragiles;
3. accroissement de l'utilisation et de l'intensité des services;
4. augmentation du nombre de lits d'hôpitaux et de médecins, d'où l'existence d'importants surplus à cet égard dans la plupart des pays;
5. différences importantes à l'intérieur des pays et entre les pays en ce qui a trait à la disponibilité et à l'utilisation des ressources, tant au plan des séjours à l'hôpital que des interventions chirurgicales, qui ne semblent pas liées aux résultats obtenus en matière de santé;
6. augmentation marquée des dépenses des hôpitaux (généralement au-delà du taux d'inflation global), qui constituent une part de plus en plus importante des dépenses de santé totales;
7. utilisation inadéquate évidente des services (p. ex., le fait d'utiliser les services d'urgence d'un hôpital pour les soins primaires), d'où une mauvaise affectation des ressources et des effets iatrogéniques indésirables (p. ex., chez les personnes âgées, une consommation inadéquate ou excessive de médicaments entraînant parfois leur hospitalisation);
8. coûts en capital et coûts de fonctionnement importants liés à l'application de certaines technologies nouvelles;
9. possibilités d'économies démontrées par l'adoption de systèmes de rémunération prospectifs, le recours aux appels d'offres, le paiement à la capitation et de nouveaux types de prestation des services;

10. programmes axés sur la promotion de la santé, l'éducation en matière de santé et les modes de vie, en tant que moyens efficaces de réduire les dépenses dans ce secteur;
11. prise de conscience accrue de la quantité de ressources consacrées à certains groupes de la population, y compris les patients en phase terminale, et importance accordée aux décisions des personnes revendiquant le droit de mourir;
12. préoccupations croissantes concernant le financement et la prestation des services de santé à long terme, l'interaction entre les systèmes de santé et de services sociaux, et l'importance d'une gestion adéquate des cas⁸.

Le Canada semble éprouver les mêmes problèmes que tous les autres pays de l'OCDE à contrôler l'augmentation des coûts tout en assurant des soins de qualité. En cette période de ralentissement de la croissance économique et d'augmentation des déficits publics, le maintien et l'amélioration des soins de santé dans l'avenir suscitent beaucoup d'inquiétudes.

D'autres pays de l'OCDE ont appliqué diverses formules visant à réduire les coûts des soins de santé. Certains ont opté pour des frais d'utilisation et des approches axées sur le marché, notamment le recours aux appels d'offres. D'autres ont adopté des politiques budgétaires globales et appliqué de nouveaux régimes de prestation des services, notamment les réseaux intégrés de soins de santé (*Health Maintenance Organizations – HMO*). D'autres encore contingentent le nombre d'étudiants dans les facultés de médecine ou ont pris des mesures pour éduquer les consommateurs sur l'utilisation adéquate des services de santé. Ailleurs, on applique une réglementation qui limite rigoureusement l'utilisation des lits et du matériel d'hôpital. L'étude effectuée en 1987 par l'OCDE souligne que les particuliers et les sociétés commencent à reconnaître la notion de limites ainsi que les choix économiques, sociaux et moraux difficiles que ces limites imposent.

Certains témoins et spécialistes notent que dans des pays ayant déjà des services de santé de qualité élevée, on constate que les investissements additionnels produisent peu d'avantages concrets. Ils expliquent que les dépenses supplémentaires dans le domaine des soins de santé ne se traduisent pas nécessairement par une amélioration de l'état de santé d'une population. En somme, le problème semble être de déterminer le niveau optimal de ressources que la société entend consacrer aux soins de santé.

⁸ OCDE, *La santé : Financement et prestations - Analyse comparée des pays de l'OCDE*, Études de politique sociale n° 4, 1987, p. 13-14.

CHAPITRE 2

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Ce chapitre présente une définition des cadres constitutionnels à l'intérieur desquels le gouvernement fédéral intervient dans le domaine de la santé. Il présente également, dans une perspective historique, une revue de la législation fédérale dans ce secteur. Ensuite, il examine l'évolution des contributions financières du gouvernement fédéral versées aux régimes provinciaux d'assurance-santé. En dernier lieu, il discute du rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer en matière de financement des soins de santé.

A. LE CADRE CONSTITUTIONNEL

De façon générale, la Constitution attribue aux provinces et aux territoires la responsabilité première de la prestation des services de santé. L'intervention du gouvernement fédéral dans ce secteur découle, pour l'essentiel, du pouvoir de dépenser que la Constitution lui confère.

En 1867, les Pères de la Confédération ne pouvaient prévoir l'ampleur que prendrait l'organisation des soins de santé au fil des ans. Cette question n'a donc pas occupé une part importante des discussions qui ont abouti à la rédaction de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*. De ce fait, dans la Constitution, on retrouve peu de dispositions traitant spécifiquement des questions de santé dans la répartition des pouvoirs législatifs entre le gouvernement central et ceux des provinces et des territoires.

Les paragraphes 91(11) et 92(7) sont les seules dispositions de la Constitution qui portent expressément sur les questions de santé. Le paragraphe 91(11) accorde au Parlement fédéral la compétence en matière de quarantaine, ainsi que pour l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine, tandis que le paragraphe 92(7) stipule que les assemblées législatives provinciales sont chargées de «l'établissement,

l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine». Dans le contexte de l'époque, cette dernière disposition était probablement destinée à englober la plupart des services de santé. La prestation des soins de santé a donc traditionnellement été reconnue comme une question essentiellement de ressort provincial.

Dans les domaines de compétence qui lui sont propres, le gouvernement fédéral a développé et maintient des services de santé pour les autochtones, la population du Yukon, les immigrants, les Forces canadiennes, les anciens combattants ainsi que pour les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le gouvernement fédéral a également invoqué le pouvoir que lui confère la Constitution au paragraphe 91(27) en matière de loi criminelle pour adopter la *Loi des aliments et drogues*, la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés* (en vigueur jusqu'en 1977).

Outre le pouvoir de légiférer accordé au Parlement du Canada dans certains domaines, la Constitution, en vertu de l'interprétation des tribunaux, confère au gouvernement fédéral le pouvoir de recourir au Fonds du revenu consolidé pour l'achat de quelque article que ce soit, à condition que le décret autorisant la dépense en question ne relève pas de la compétence provinciale. Par la suite, ce pouvoir constitutionnel de dépenser a permis au gouvernement fédéral de verser des fonds aux provinces et aux particuliers dans des secteurs où il ne possède que peu ou pas de pouvoir direct, notamment la santé et l'éducation postsecondaire.

Par conséquent, on a élaboré des mécanismes de financement selon lesquels le gouvernement fédéral participe, avec les provinces, au financement des soins de santé. Le gouvernement fédéral s'occupe également d'une vaste gamme d'activités ayant pour but de protéger les Canadiens des risques pour la santé : la sécurité et la valeur nutritive des aliments, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des appareils médicaux, la réduction et le contrôle des facteurs environnementaux ayant des répercussions sur la santé, la prévention et le contrôle de la propagation du SIDA et des maladies infectieuses, ainsi que l'impact de l'environnement socio-économique sur la personne. Dans le domaine de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral établit et met en oeuvre, en collaboration avec les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux, des programmes d'éducation et d'information dans des secteurs tels que la nutrition, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, et les soins de santé familiaux et personnels. De plus, il soutient la recherche scientifique et les activités connexes et s'occupe de la formation et du perfectionnement du personnel de recherche.

B. LA LÉGISLATION FÉDÉRALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

L'année 1948 marque le début du système actuel d'assurance-santé national. En effet, c'est l'année où le gouvernement fédéral introduit les subventions nationales à la santé. Ces subventions financent des projets tels que les enquêtes sur la santé publique (en ce qui concerne la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, l'hygiène infantile et maternelle et la promotion de la santé mentale), des enquêtes sur les services de laboratoire, de radiologie, de réadaptation et d'autres services de santé, la formation de professionnels de la santé et la construction d'hôpitaux. Plusieurs provinces obtiennent alors des subventions du gouvernement fédéral en vertu de ce programme de subventions qui a servi de stimulant au développement de notre régime national de soins de santé.

En 1957, le Parlement adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* qui autorise l'administration fédérale à assumer la moitié du coût des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation répondant à des critères minimaux d'admissibilité et de protection. Les principes fondamentaux de la loi comprennent notamment le caractère national de l'assurance et l'assurance-hospitalisation universelle et uniforme pour tous les citoyens. En 1958, les programmes d'assurance de cinq provinces (Terre-Neuve, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) deviennent admissibles à ce nouveau programme de frais partagés. Après 1961, les régimes d'assurance-hospitalisation de toutes les provinces satisfont aux normes fédérales et peuvent alors recevoir une contribution fédérale.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) procède à l'enquête la plus complète et à l'analyse la plus détaillée jamais menée au Canada sur le sujet. D'après la Commission, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* favorise le développement des services hospitaliers au détriment d'autres services. Ainsi, dans son rapport, la Commission recommande fortement que le gouvernement fédéral conclue une entente avec les provinces afin de leur accorder des subventions en fonction d'une formule fondée sur le besoin financier, de manière à aider les provinces et les territoires à mettre sur pied et à exploiter de vastes programmes universels de services personnels de santé. Elle recommande que ces programmes comportent les services suivants, les provinces et les territoires exerçant le droit de déterminer l'ordre de priorité de chacun et le moment de son entrée en vigueur : services médicaux, soins dentaires pour les enfants, les futures mères et les assistés sociaux,

médicaments sur ordonnance, services d'optométrie pour les enfants et les assistés sociaux, de prothèses et de soins à domicile⁹.

À partir du milieu des années soixante, et suite aux recommandations de la Commission Hall, la participation fédérale en matière de services de santé assurés s'accroît. En effet, en 1966, la *Loi sur les soins médicaux* est adoptée. En vertu de cette loi, le gouvernement fédéral consent à partager avec les provinces ayant un régime conforme aux principes de la loi fédérale, un montant per capita égal à 50 % des coûts des services assurés par les provinces participantes. Les principes prévus dans la loi prévoient qu'un régime provincial doit couvrir tous les services rendus par les médecins, assurer tous les résidents, être administré par une autorité publique et offrir des services transférables d'une province à l'autre. Depuis 1972, toutes les provinces disposent de leurs propres régimes d'assurance-santé qui satisfont aux normes nationales.

En 1966, le Parlement donne également suite à une autre recommandation de la Commission Hall et adopte la *Loi sur la Caisse d'aide à la santé*. Cette loi a pour objectif d'aider financièrement à l'organisation, à l'acquisition, à la construction, à la rénovation et à l'équipement des installations d'éducation et de recherche dans le domaine de la santé. Le programme d'aide, qui s'est terminé en 1978, a abouti à la création d'un certain nombre de nouvelles écoles de médecine.

Tel que mentionné plus haut, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux* prévoient que la contribution financière fédérale représente approximativement la moitié des coûts des régimes provinciaux. Ainsi, toute augmentation des dépenses provinciales entraîne une augmentation du soutien financier fédéral. Or, ce mode de financement comporte certains inconvénients tant pour les provinces que pour le gouvernement central. D'une part, il limite la marge de manoeuvre du gouvernement fédéral pour contrôler l'évolution des dépenses, et d'autre part, il restreint, aux yeux des provinces, leur flexibilité dans le développement de leurs services de santé. Pour ces raisons, les mécanismes de frais partagés sont remplacés en 1977 par des subventions globales et inconditionnelles (financement global). La *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, qui prévoit ce financement global, ne modifie pas les principes de base de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* ni ceux de la *Loi sur les soins médicaux*. Cependant, les contributions fédérales deviennent assujetties au respect, par les régimes de santé provinciaux, des principes déjà énoncés dans ces deux lois et la façon de calculer les contributions fédérales est modifiée. Comme l'a fait remarquer Malcolm Taylor dans son analyse approfondie,

⁹ Commission royale d'enquête sur la santé, *Rapport*, 1964, p. 10.

Health Insurance and Canadian Public Policy, le gouvernement fédéral continue à mettre des fonds à la disposition des provinces mais le montant est rajusté en fonction des augmentations du produit national brut (PNB) plutôt qu'en fonction des coûts des programmes de services de santé¹⁰. En vertu de la nouvelle loi, la contribution totale du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et de l'enseignement postsecondaire est calculée à partir de la moyenne des contributions fédérales de 1975-1976 indexée à un facteur de progression correspondant à une moyenne mobile de la croissance du PNB par habitant. L'Annexe E explique comment sont calculés les transferts versés en vertu du Financement des programmes établis (FPE).

Les transferts totaux versés au titre du FPE regroupent deux composantes, soit un transfert de points d'impôt et un paiement au comptant. Le transfert fiscal représente 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 point d'impôt sur le revenu des sociétés. Le Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. Environ 67,9 % du transfert total en points d'impôt est consacré à la santé. Le transfert au comptant correspond à la différence entre le montant total auquel la province a droit et la valeur du transfert fiscal.

Les transferts du FPE ont initialement compris un dédommagement accordé en raison de la fin du programme de garantie de recettes instauré lors de la réforme fiscale de 1972. Tout au long des consultations qui ont débouché sur le FPE, les provinces avaient demandé une compensation pour la cessation de cette garantie de recettes. Le gouvernement fédéral a accepté d'offrir aux provinces un point d'impôt sur le revenu des particuliers et l'équivalent en espèces d'un autre point. Ces transferts se sont ajoutés à ceux prévus dans le cadre du FPE et ont pris fin en 1979-1980. Les experts ont des opinions partagées pour ce qui est de dire si la garantie de recettes peut être considérée comme un transfert du FPE.

En 1984, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les services médicaux* sont refondues pour former la *Loi canadienne sur la santé*. La raison d'être de la *Loi canadienne sur la santé* est «d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la Loi de 1977 (FPE) à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.» En vertu de la loi, chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer à certains critères pour pouvoir bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé assurés et des services

¹⁰ Deuxième édition, McGill-Queens University Press, Kingston et Montréal, 1987, p. 487.

complémentaires de santé. Ces conditions, déjà énoncées dans les lois précédentes, sont la gestion publique (art. 8), l'intégralité (art. 9), l'universalité (art. 10), la transférabilité (art. 11), ainsi que l'accessibilité (art. 12).

La gestion publique signifie que le régime provincial doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

L'intégralité implique que le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

L'universalité prévoit que 100 % des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

Le principe de la transférabilité garantit, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, que la province d'origine assume le coût des services de santé assurés pendant un délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence, délai ne dépassant pas trois mois. La transférabilité réfère aussi à la possibilité pour les assurés temporairement absents de leur province de recevoir des services de santé dont les coûts sont pris en charge selon certaines modalités.

L'accessibilité prévoit des services assurés selon des modalités uniformes et assure aux Canadiens un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans obstacle direct ou indirect, comme la surfacturation ou des frais modérateurs. L'accessibilité prévoit en outre une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services assurés qu'ils fournissent, ainsi que le versement de montants adéquats aux hôpitaux relativement au coût des services assurés.

Les services de santé définis par la loi comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital. Quant aux services complémentaires, ils comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

La *Loi canadienne sur la santé* se distingue des deux lois antérieures en ce qu'elle prévoit des pénalités financières pour les provinces qui permettent la surfacturation ou exigent des frais modérateurs. Des changements corrélatifs sont apportés aux dispositions législatives sur le FPE.

En 1986, dans la foulée des compressions budgétaires visant à réduire le déficit fédéral, le Parlement fédéral adopte la *Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux* (C-96). Cette loi comprime la croissance des transferts fédéraux au titre du FPE. Les paiements de transfert continuent d'être liés à la croissance économique et démographique; cependant, leur taux de croissance annuel par habitant est réduit de 2 % par rapport à celui que prévoyait l'ancienne formule.

En 1991, la *Loi sur la compression des dépenses publiques* (C-69) gèle les transferts du FPE, par habitant, à leur niveau de 1989-1990 pendant deux ans. Cela signifie que les transferts du FPE vont augmenter, en 1990-1991 et 1991-1992, au même rythme que la population de chaque province. En outre, pour les exercices financiers ultérieurs, la loi impose une réduction additionnelle de 1 % du facteur d'indexation de la contribution totale. Autrement dit, à compter de 1992-1993, le taux de croissance des contributions versées en vertu du FPE sera diminué de 3 %.

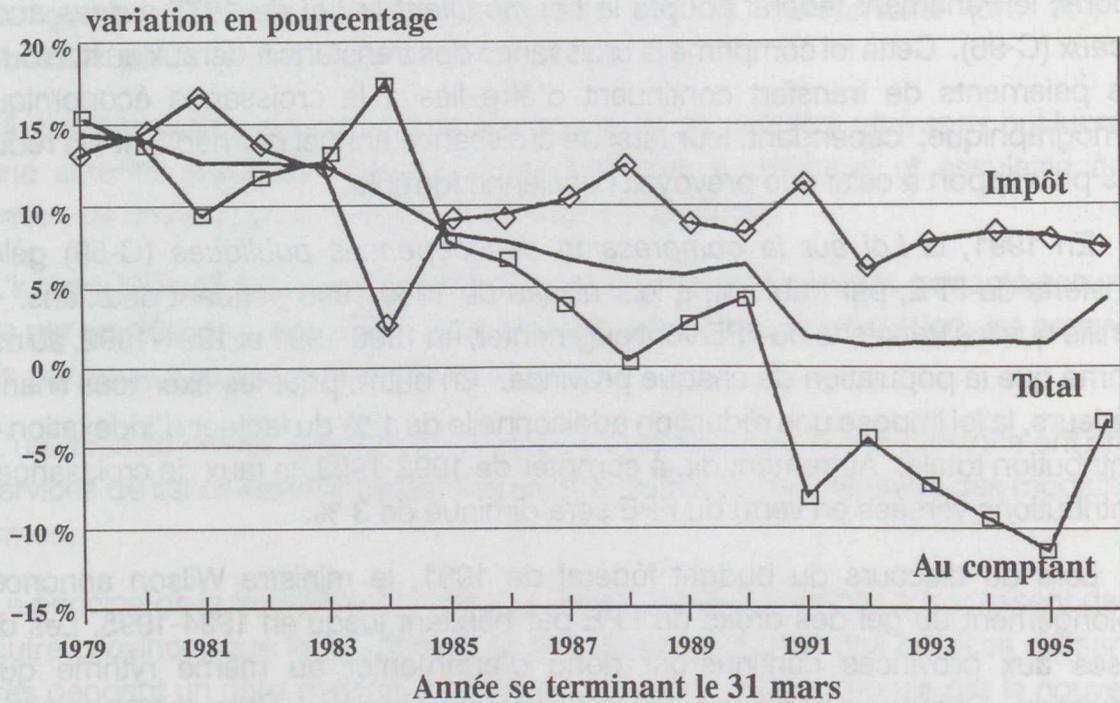
Lors du discours du budget fédéral de 1991, le ministre Wilson annonce un prolongement du gel des droits du FPE par habitant jusqu'en 1994-1995. Les droits versés aux provinces continueront donc d'augmenter au même rythme que la population. En outre, à partir de 1995-1996, la croissance des droits du FPE sera limitée au taux de croissance du PNB per capita, diminué de 3 %. La section suivante présente une analyse sommaire des changements apportés au FPE.

C. ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE FÉDÉRALE DANS LE CADRE DU FPE

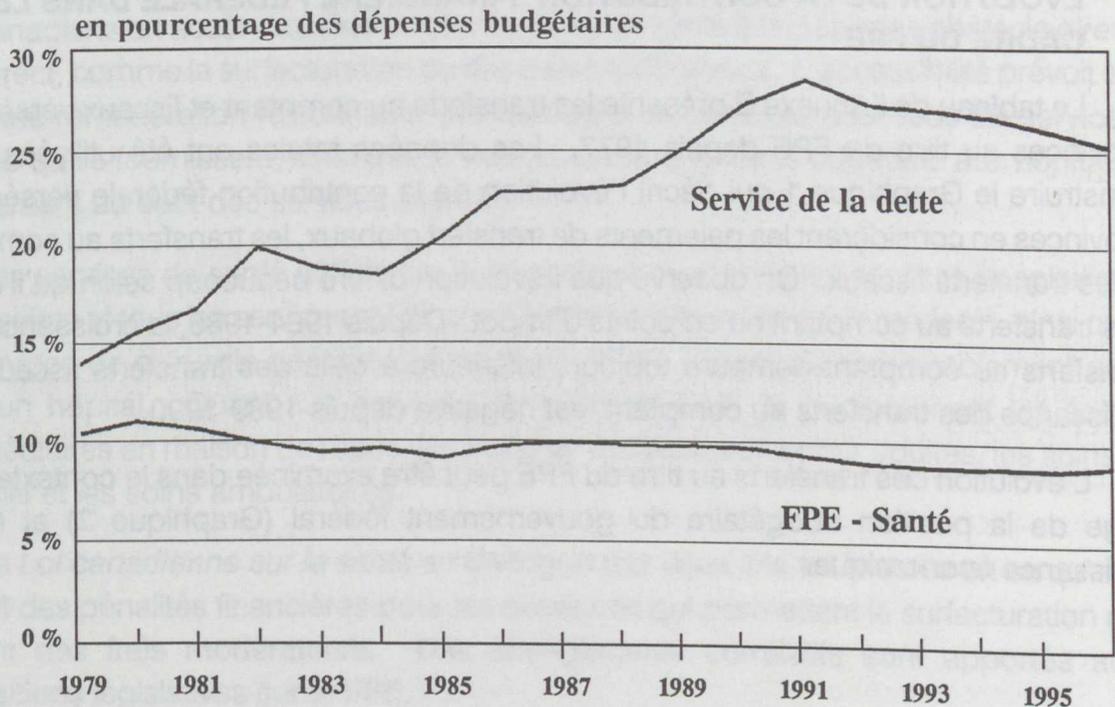
Le tableau de l'Annexe E présente les transferts au comptant et fiscaux versés aux provinces au titre du FPE depuis 1977. Les données totales ont été utilisées pour construire le Graphique 1 qui décrit l'évolution de la contribution fédérale versée aux provinces en considérant les paiements de transfert globaux, les transferts au comptant et les transferts fiscaux. On observe que l'évolution diffère beaucoup selon qu'il s'agit des transferts au comptant ou en points d'impôt. Depuis 1984-1985, la croissance des transferts au comptant demeure toujours inférieure à celle des transferts fiscaux. La croissance des transferts au comptant est négative depuis 1989-1990.

L'évolution des transferts au titre du FPE peut être examinée dans le contexte plus large de la position budgétaire du gouvernement fédéral (Graphique 2) et de la croissance économique.

GRAPHIQUE 1
Croissance annuelle des transferts
au titre du FPE - Santé



GRAPHIQUE 2
Transferts du FPE
et service de la dette



Prévisions fondées sur des estimations du ministère des Finances

Au début des années quatre-vingt, le déficit budgétaire fédéral était d'une grande ampleur, autant en termes absolus que par rapport au produit intérieur brut. En 1984-1985, le déficit s'élevait à 38 milliards de dollars, soit 8,6 % du PIB. Au cours des cinq dernières années, le déficit fédéral a diminué. En 1990-1991, il atteignait 30,5 milliards de dollars, ou 4,5 % du PIB. Cependant, les hauts taux d'intérêt et le déficit ont contribué à l'augmentation de la dette fédérale. À l'heure actuelle, la dette progresse plus vite que l'activité économique et les paiements d'intérêt sur la dette absorbent une forte proportion des recettes fédérales. En 1990-1991, plus de 28 % de toutes les dépenses budgétaires ont été consacrés au service de la dette, comparativement à 21 % en 1984-1985 et à 12 % en 1976-1977. Le gouvernement fédéral a tenté de maîtriser la dette en réduisant le déficit et en restreignant la croissance des dépenses, dont celles de la santé.

La croissance économique affecte également les transferts versés aux provinces dans le domaine de la santé. En effet, pour une année donnée, la formule d'ajustement des transferts au titre du FPE est fondée sur la croissance du PNB de la période antérieure couvrant quatre années. Comme le taux de croissance nominal du PNB a été relativement important avant la création du FPE, les transferts fédéraux ont augmenté plus rapidement que le PNB à la fin des années soixante-dix. Par la suite, entre 1980 et 1986, la croissance des transferts a été en moyenne supérieure à l'augmentation du PNB. Depuis l'exercice financier 1986-1987, le taux de croissance des transferts au titre du FPE a été ramené en deçà de celui du PNB. Si l'on tient compte des prévisions contenues dans le budget fédéral de février 1991, cette situation devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Certains témoins indiquent qu'à moyen terme les transferts au comptant versés aux provinces par le gouvernement fédéral cesseront avant la fin de la décennie, suite à la limitation de la croissance des transferts au titre du FPE. À cet égard, le D^r Michael Rachlis cite une évaluation préparée par le gouvernement du Québec et présentée dans ses documents budgétaires de 1990-1991¹¹. Le Québec connaîtra plus tôt que les autres provinces la fin des transferts au comptant, étant donné que le gouvernement fédéral lui accorde plus de points d'impôt qu'aux autres provinces. Comme la croissance de ces transferts au comptant est devenue négative, seuls les transferts en points d'impôt constitueront éventuellement la contribution fédérale. Même s'ils n'entraînent aucun versement comptant de la part du gouvernement fédéral, les transferts fiscaux vont continuer à augmenter et, de ce fait, vont constituer un coût fiscal pour le gouvernement fédéral car il en retirera des recettes fiscales moindres.

¹¹ Voir Ministère des Finances, *Budget 1990-1991 : Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Gouvernement du Québec, 26 avril 1990, Annexe E, p. 16-18.

Lors de son témoignage, le D^r Rachlis a souligné qu'une fois que cessent les contributions au comptant dans le cadre du FPE, rien dans la *Loi canadienne sur la santé* ne permet au gouvernement fédéral d'imposer le respect des critères du régime d'assurance-santé¹². Ainsi, il prévoit que le Canada pourrait éventuellement se retrouver avec dix régimes distincts de soins de santé ayant chacun une base de financement différente. Il affirme ainsi :

Les provinces auraient donc le loisir d'imposer des tickets modérateurs et de permettre l'introduction des assurances privées pour les soins hospitaliers et les soins prodigués par un médecin. Rien n'est prévu dans la Loi pour permettre au gouvernement fédéral de couper dans ses paiements de péréquation ou de récupérer les points d'impôt qu'il a transférés en 1977 aux provinces en vue de l'application des normes nationales prévues dans la *Loi canadienne sur la santé*¹³.

Le D^r Rachlis ajoute également que «Cela va achever le régime d'assurance-maladie¹⁴.»

Il est vrai que les pénalités prévues dans la *Loi canadienne sur la santé* à l'égard des provinces qui ne respectent pas les conditions se limitent aux transferts au comptant. Le paragraphe 15(1) précise en effet que si le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social estime que le régime d'assurance-santé d'une province ne satisfait pas ou plus aux conditions énumérées dans la loi, alors le gouverneur en conseil peut, par décret :

- a) soit ordonner, pour chaque manquement, que les contributions pécuniaires ou versements d'un exercice à la province soient réduits du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;
- b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité des contributions pécuniaires ou versements d'un exercice à la province.

D'autres témoins tirent cependant des conclusions différentes quant aux coupures du FPE. Ils insistent sur le fait qu'un programme n'a pas besoin d'être centralisé pour être national. Par exemple, Thomas Courchene estime que les compressions dans les paiements de transfert provoqueront une grande décentralisation des services de santé dans de nombreuses provinces. À son avis, un régime davantage décentralisé et un transfert en points d'impôt permettraient aux provinces de mieux contrôler l'avenir de leur système de santé. Il soutient également que :

¹² *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53, p. 54.

¹³ *Idem*, p. 46.

¹⁴ *Idem*, p. 45.

L'existence du régime d'assurance-maladie au Canada n'est pas le fait du programme ou de la *Loi canadienne sur la santé*; le régime d'assurance-maladie existe parce que les Canadiens le veulent. (. . .) Je trouve que vous niez le rôle des provinces si vous croyez ou avez l'impression que leur rôle dans le système est de détruire l'assurance-maladie. Ce n'est certainement pas le cas; leurs citoyens ne les laisseront jamais faire ¹⁵.

Toutefois, il convient de mentionner que le gouvernement fédéral a récemment précisé que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ne seront pas compromis en dépit d'une limitation de la croissance des transferts au titre du FPE. En effet, lors du discours sur le budget de 1991, le ministre des Finances a affirmé que «Des mesures législatives seront présentées afin que le gouvernement fédéral garde les moyens de faire observer ces principes nationaux de soins de santé»¹⁶.

D. QU'EST-CE QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PEUT OU DEVRAIT FAIRE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ?

Depuis l'instauration du «financement global» en 1977, la part de la facture totale des soins de santé assumée par le gouvernement fédéral a diminué progressivement. D'aucuns soutiennent que cette tendance aura pour effet de miner la capacité du gouvernement de maintenir les normes nationales prescrites par la *Loi canadienne sur la santé*. D'autres estiment que le système de soins de santé ne s'en portera que mieux.

Le professeur Contandriopoulos, qui, en général, se méfie de cette tendance, affirme :

Le poids et la capacité (du gouvernement fédéral) de maintenir les grands principes unificateurs, qui font du Canada une entité différente de celle des autres pays . . . sont liés au fait que le gouvernement a un rôle important dans le financement. C'est ce qui était la logique de ce financement-là. S'il se retire du financement, les systèmes provinciaux vont éclater ¹⁷.

Dans le même ordre d'idées, l'Association des hôpitaux du Canada estime que :

Les réductions apportées aux transferts de paiement aux termes du Financement des programmes établis (FPE) forcent les administrations provinciales à diminuer les budgets des services de santé et de l'éducation postsecondaire ou à hausser les impôts. Une structure nationale de financement stable et adéquat aux termes du FPE se veut une condition préalable

¹⁵ *Idem*, p. 70.

¹⁶ Ministre des Finances, *Le Budget*, déposé à la Chambre des communes le 26 février 1991, p. 21.

¹⁷ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 23, p. 8.

indispensable pour réaliser des objectifs de santé. Dans le cas de la main-d'oeuvre sanitaire, les réductions du FPE menacent à la fois le système de santé même dans lequel oeuvrent les professionnels de la santé aussi bien que le système d'éducation qui les forme¹⁸.

Par contre, le professeur Thomas Courchene brosse le tableau suivant de la situation à laquelle aboutiront les grands efforts déployés par les gouvernements provinciaux pour contrôler le coût des soins de santé :

. . . nous assistons actuellement au niveau provincial à une floraison d'expérimentations . . . en ce qui concerne les méthodes de financement, les systèmes de paiement, les systèmes d'information et de cartes magnétiques, les formules de remplacement de l'institutionnalisation, les méthodes de prestations locales, l'intégration des services de santé et de services sociaux, l'assurance, etc., etc. Du point de vue d'Ottawa, le système peut sembler se fragmenter, mais en réalité, il s'agit plutôt, d'après moi, d'une tentative désespérée de sauver le régime d'assurance-maladie. Si l'une de ces expériences donne des résultats satisfaisants sur le plan des prestations ou de l'efficacité financière, elle se propagera immédiatement à l'ensemble du système¹⁹.

D'après M. Courchene, la *Loi canadienne sur la santé* entrave les provinces dans leurs efforts en vue de freiner les coûts. À son avis, les pressions exercées sur les politiciens provinciaux pour maintenir les principes du régime public d'assurance-santé sont encore plus fortes que celles que subissent leurs homologues fédéraux.

Certaines provinces considèrent que les normes nationales fédérales les empêchent de contenir les coûts des programmes. Le gouvernement du Québec, par exemple, a annoncé dans un train de réformes qu'il demanderait la modification de la *Loi canadienne sur la santé* de manière à instaurer un impôt-services sur les programmes complémentaires d'assurance-médicaments, de services dentaires, de services optométriques et de services d'orthèse et de prothèse²⁰. Il a par ailleurs récemment décidé de ne pas introduire tout de suite cet aspect de la réforme.

Parallèlement, l'ancien ministre des Finances et des sociétés de la Colombie-Britannique, l'honorable Mel Couvelier, proposant la «désaffiliation»²¹ comme un des moyens de parvenir à une meilleure stabilité financière, tient entre autres les propos suivants :

¹⁸ Mémoire, p. 16.

¹⁹ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53, p. 69.

²⁰ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une Réforme Axée sur le Citoyen*, 7 décembre 1990, p. 88.

²¹ Rapport des ministres des Finances de l'Ouest, juillet 1990. Il est dit dans ce rapport que la désaffiliation exige un réexamen fondamental des responsabilités et des capacités du fédéral et des provinces dans le domaine des dépenses et des recettes. Le but de l'exercice serait de réduire les dépenses fédérales dans les secteurs de compétence provinciale tout en laissant aux provinces une latitude adéquate et proportionnelle en matière de fiscalité.

Le gouvernement fédéral, en imposant des normes, continue de nuire aux efforts déployés par les provinces en vue de contrôler les coûts des programmes, et ce, même pendant qu'il cherche à revenir sur ses engagements financiers envers les provinces ²².

Cette question, manifestement, divise et enflamme les opinions.

Le Comité a envisagé quatre options qui semblent s'offrir au gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. Elles représentent deux extrêmes d'une série de possibilités de même que deux approches plus modestes. Chacune de ces options comporte un vaste éventail de mesures pouvant être envisagées. Dans le texte qui suit, seulement quelques-unes sont examinées.

OPTION 1 Le gouvernement fédéral pourrait assumer l'entière responsabilité de l'administration, de la prestation et du financement des soins de santé au Canada.

Comme cette option entraînerait les changements les plus importants par rapport au statu quo, nous ne pouvons que bâtir des hypothèses à propos de l'issue d'une telle démarche. Il faudrait vraisemblablement modifier la Constitution puisque la prestation des services de santé est considérée comme une responsabilité provinciale. Il faudrait par ailleurs que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux renégocient les mécanismes de financement des soins de santé et concluent des ententes à cet égard.

L'option 1 permettrait de coordonner et d'uniformiser l'administration, la prestation et le financement des soins de santé dans l'ensemble du Canada, faciliterait l'application de normes nationales par le gouvernement fédéral et accroîtrait l'imputabilité financière. Cette démarche n'irait pas nécessairement à l'encontre des constatations des études provinciales qui recommandent une plus grande décentralisation du régime de soins de santé, puisque des structures régionales peuvent combiner la responsabilité, le financement et la planification à un niveau central à l'administration et la prestation de soins au niveau local.

OPTION 2 Le gouvernement fédéral pourrait conserver un rôle prépondérant à l'égard du régime national de santé, notamment un rôle prépondérant en matière de financement lui permettant de faire respecter les conditions d'octroi et de versement que chaque régime provincial d'assurance-santé doit respecter pour recevoir une pleine contribution pécuniaire.

²² L'honorable Mel Couvelier, *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federalism and Fiscal Discipline*, 10 septembre 1990, p. 3-4.

Le gouvernement fédéral pourrait conserver l'aspect financement de son rôle traditionnel, comme certains témoins l'ont recommandé, en rétablissant la formule initiale de financement global en vertu du FPE, selon laquelle le calcul des contributions au comptant versées aux provinces tient compte de la taille de la population et de la croissance du PNB.

À défaut d'une augmentation des contributions au comptant, le gouvernement fédéral pourrait, comme l'a indiqué le ministre des Finances Michael Wilson dans son discours du budget de février 1991, se donner une loi pour garder les moyens de faire observer les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*²³. On ignore pour l'instant quelle en serait la teneur exacte.

Le gouvernement fédéral pourrait modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour offrir aux provinces davantage d'options relativement au financement et à la prestation des soins de santé. On a déjà discuté des frais modérateurs dans cette perspective. À cet égard, l'Examen des services de santé (1979-1980) et le Groupe de travail de la Chambre des communes (1981), dont les recommandations ont préparé le chemin pour la *Loi canadienne sur la santé*, ont tous deux conclu que le «coût à l'utilisateur» compromettrait le principe de l'accès raisonnable²⁴. Le Comité tient à réaffirmer les principes de la *Loi canadienne sur la santé* relatifs aux frais modérateurs et à la surfacturation.

OPTION 3 Le gouvernement fédéral peut négocier avec les provinces son rôle dans le domaine des soins de santé.

L'option 3 exigerait l'élaboration d'une politique nationale en matière de santé. Cette politique devrait inclure le partage des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les bases du financement en vertu du FPE et les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

OPTION 4 Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient assumer l'entière responsabilité de l'administration, de la prestation et de leurs propres services de santé. Les options 3 et 4 ne s'excluent pas mutuellement et, conséquemment, l'option 4 peut être aussi perçue comme l'un des choix possibles en vertu de l'option 3.

En vertu de l'option 3 ou de l'option 4, on pourrait confier aux provinces la responsabilité du financement et de la prestation des soins de santé, s'accompagnant de la latitude fiscale nécessaire; le gouvernement fédéral conserverait ses responsabilités actuelles pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention

²³ *Débats de la Chambre des communes*, 26 février 1991, p. 17695.

²⁴ E.M. Hall, *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1980. Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, *Le fédéralisme fiscal au Canada*, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1981.

de la maladie, de la condition physique et du sport amateur, ainsi que des services fournis aux Indiens, aux immigrants et aux fonctionnaires fédéraux. Le gouvernement fédéral pourrait aussi continuer de jouer un rôle en éducation, en recherche, et dans l'élaboration d'un système national d'information et d'objectifs nationaux.

Les options 1, 2 et 3 seraient compatibles avec l'élaboration d'une politique nationale incorporant des objectifs nationaux précis dans le domaine des soins de santé. Dans un système décentralisé où il reviendrait aux provinces et aux territoires (option 4) de financer et de dispenser les soins de santé à leur population, le respect des normes serait vraisemblablement la responsabilité des provinces et des territoires.

RECOMMANDATION

Après avoir considéré ces quatre options, le Comité recommande:

1. **Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, formule en termes clairs une politique nationale sur les soins de santé qui soit compatible avec la *Loi canadienne sur la santé*. L'énoncé porterait entre autres sur la division des responsabilités entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, les principes fondamentaux du financement aux termes du FPE et les normes de la *Loi canadienne sur la santé*.**

LA PLANIFICATION ET LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

Beaucoup d'experts entendus par le Comité estiment que, comparativement à d'autres pays de l'OCDE, le Canada a très bien réussi à limiter la croissance des coûts liés à la santé et que, en général, la santé des Canadiens est aussi bonne sinon meilleure que celle des habitants d'autres pays. Le D^r David Naylor a fait remarquer qu'au chapitre du financement, en termes de pourcentage du PNB, le Canada se classe au milieu du registre des pays de l'OCDE, parce que notre PNB est demeuré «raisonnablement robuste», mais qu'en termes de coût par habitant, notre système est le deuxième plus coûteux au monde²⁵.

Le D^r Naylor a également affirmé qu'en dépit des listes d'attente, le sondage le plus récent effectué auprès des bénéficiaires (1990) montre que la majorité des Canadiens sont satisfaits de leur système de santé. Il estime que sa popularité chez les Canadiens découle vraisemblablement de la combinaison de la couverture au premier dollar, du libre choix du dispensateur et du caractère personnalisé des soins, qui découle du maintien des cabinets privés à la base du système²⁶.

Parallèlement, le système de santé doit actuellement relever des défis d'ordre financier, socio-économique, technologique et démographique, et l'on a le sentiment que des changements s'imposent. Les gouvernements provinciaux, ayant éprouvé une foule de problèmes, ont institué des groupes de travail ou des commissions royales d'enquête afin de trouver des solutions.

Étant donné la situation économique actuelle et l'augmentation des déficits des gouvernements, le financement du système de santé devient un problème particulièrement épineux. André-Pierre Contandriopoulos a dit au Comité que ce qui nuit

²⁵ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 43, p. 5.

²⁶ Naylor, C.D., *The Canadian Health Care System : An Overview and Some Comparisons with America*, article soumis au Comité, p. 16-17.

à notre système, ce sont, d'une part, des forces expansionnistes et, d'autre part, la réduction des budgets. Il croit donc que nous devons nous entendre pour repenser ce que nous savons des facteurs déterminants de la santé, car ce que nous en savons aujourd'hui est très différent de ce que nous en savions il y a 25 ou 30 ans, lorsque nous avons créé notre système²⁷.

A. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE

Divers témoins, surtout ceux qui participent à des études sur la santé de la population et à des études épidémiologiques, recommandent au gouvernement fédéral de tout mettre en oeuvre pour élaborer une politique à long terme en matière de santé, politique qui accorderait la priorité à des facteurs de santé tels que l'environnement et la qualité de vie, notamment les conditions de vie et de développement des jeunes enfants. À leur avis, avec le temps, une telle politique contribuerait peut-être davantage à l'amélioration de la santé qu'un accroissement des dépenses dans le secteur médical et hospitalier.

Comme on considère que l'élévation du niveau de vie et l'amélioration de la santé vont de pair, certains témoins jugent essentiel de mettre en oeuvre, avant tout programme de promotion de la santé et de prévention de la maladie visant un groupe défavorisé de citoyens, des programmes sociaux garantissant un revenu suffisant pour permettre à ces bénéficiaires de se loger et de se nourrir convenablement. Cette suggestion s'inscrit dans le cadre d'une recommandation visant à étendre la définition de la santé au-delà des limites de l'actuel système de prestation des soins (l'Association canadienne des diététistes, l'Association des consommateurs du Canada, la Coalition canadienne de la santé, l'Institut canadien de la santé infantile, le Conseil consultatif national sur le troisième âge, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada). Ces organismes recommandent donc aux gouvernements de réaffecter une partie des fonds consacrés à la santé à des programmes de prévention et de promotion, notamment à des initiatives visant l'élimination des causes sociales de la maladie. Par exemple, certains groupes (l'Institut canadien de la santé infantile, l'Association canadienne des diététistes, l'Association des consommateurs du Canada) ont fait état de la nécessité d'augmenter le nombre de programmes visant à faire évoluer les comportements et contribuant ainsi à réduire les risques de maladie découlant de certaines habitudes, notamment la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et les mauvaises habitudes alimentaires.

²⁷ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 23, p. 7-8.

Le gouvernement fédéral est présent depuis longtemps dans le domaine de la prévention de la maladie; il a notamment pris des mesures pour protéger l'approvisionnement en nourriture, en eau potable et en médicaments; il fait la promotion de la saine alimentation et lutte contre les maladies infectieuses.

Depuis les années soixante-dix, le gouvernement voit dans la promotion de la santé un moyen de lutter contre la maladie. Selon le modèle de l'Organisation mondiale de la santé, cette promotion est une approche «holistique» parce qu'elle tient compte de l'effet de l'environnement et du milieu social (pollution, violence familiale, accidents de la route, stress, alcoolisme et consommation de drogues, etc.) sur la santé de la population. Elle implique le partage des responsabilités et des ressources entre, d'une part, les gouvernements et les professionnels de la santé et, d'autre part, les particuliers qui prennent leur santé en main et les organismes communautaires et autres groupes de soutien qui, par le passé, n'intervenaient pas dans ce secteur.

Lorsqu'il a exposé certaines des mesures que le gouvernement fédéral a tenté de prendre pour «contrôler les coûts», le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a déclaré ceci :

... je suis convaincu que nous devons réorienter notre système de santé d'une approche curative à une approche préventive. Cela ne signifie pas que nous cesserons de faire tout notre possible pour faire face aux maladies et aux accidents, c'est bien évident. Il est cependant infiniment moins coûteux, pour la société, de veiller à ce qu'un enfant ne commence jamais à fumer que de traiter un fumeur qui attrape le cancer. Il est infiniment moins coûteux d'apprendre aux gens ce qu'il faut faire pour éviter de contracter le SIDA que de fournir des services médicaux aux sidatiques. Il est infiniment moins coûteux de prévenir l'intoxication aux drogues ou à l'alcool que de traiter les intoxiqués²⁸.

Lorsqu'on les compare aux sommes englouties dans les soins curatifs, les crédits consacrés par le gouvernement fédéral à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie ne représentent qu'une partie relativement faible de l'ensemble des fonds affectés à la santé. Par exemple, le gouvernement estime qu'en 1991-1992, Santé et Bien-être social Canada consacra 1,2 % (84,9 millions \$) du budget du Programme de la santé aux services et à la promotion de la santé, et 83,8 % (5,8 milliards \$) aux réclamations à l'assurance-santé²⁹.

Certains témoins, ayant suggéré que la santé est aussi déterminée par des facteurs non traditionnels — environnementaux, sociaux et économiques — ont affirmé qu'il faudrait en tenir compte dans la répartition des ressources. Jonathan Lomas, par exemple, estime que :

²⁸ *Idem*, fascicule n° 28, p. 32.

²⁹ Santé et Bien-être social Canada, *Budget des dépenses 1991-1992*, Partie III, p. 2-13.

. . . tout accroissement des sommes destinées au système de santé ne peut donner que de maigres résultats . . . pour améliorer la santé de la population, mieux vaut investir ailleurs, hors du système de santé ³⁰.

Jane Fulton a dit essentiellement la même chose au Comité :

À mon avis, il n'est pas nécessaire de dépenser davantage pour les soins de santé. Il faut plutôt investir dans le logement, le transport et l'environnement. Voilà des domaines où la Constitution vous (le gouvernement fédéral) donne certains pouvoirs . . . ³¹.

RECOMMANDATIONS

- 2. Que le gouvernement fédéral élabore une politique propre à assurer la santé des Canadiens, dans les domaines où la Constitution lui confère la compétence, comme l'environnement et les secteurs ayant une incidence sur la qualité de vie, notamment le logement, le revenu, l'emploi et l'enseignement postsecondaire.**
- 3. Que le gouvernement fédéral insiste sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé et qu'il affecte plus de ressources à l'éducation et à l'information des consommateurs, afin d'en faire des partenaires à part entière et de les aider à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé.**
- 4. Que l'on établisse et finance un Conseil canadien de la santé, représentant les dispensateurs et les bénéficiaires des soins de santé, les chercheurs et d'autres personnes concernées, afin de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des questions nationales liées à la santé.**

B. LE SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

Le Canada assure à sa population une protection médicale universelle au moyen de régimes d'assurance-santé financés conjointement par le fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces derniers conçoivent leurs propres régimes en fonction de normes nationales prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral ne verse une pleine contribution financière à ces régimes que s'ils respectent les normes édictées dans la loi.

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent assumer le coût des services hospitaliers et médicaux de même que certains actes de chirurgie dentaire pourvu qu'ils soient médicalement nécessaires. Les provinces ne sont pas tenues de

³⁰ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 120-121.

³¹ *Idem*, fascicule n° 15, p. 6.

défrayer les résidents du coût des verres correcteurs, des médicaments prescrits en externe, des soins dentaires généraux et de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. La plupart des provinces prévoient toutefois la gratuité des médicaments prescrits en externe aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

La *Loi canadienne sur la santé* ne précise pas quels services sont prévus dans un programme «intégral», et les provinces et les territoires peuvent inclure (et ils le font) des services additionnels qui ne sont pas exigés en vertu des normes nationales.

Même si la couverture des soins à long terme n'est pas obligatoire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires une contribution au prorata de leur population pour aider à payer le coût des soins en centre d'accueil, à domicile et ambulatoires.

Même si elles ne peuvent imposer de frais modérateurs ou de surfacturation sans perdre l'aide financière du fédéral, les provinces ont toute la latitude voulue pour décider comment financer leur part des coûts de santé. Elles peuvent instaurer des primes d'assurance et des taxes de vente, utiliser les recettes générales ou recourir à une combinaison de solutions. L'assurance-santé prend à elle seule la part du lion des budgets provinciaux, mais il existe des écarts considérables quant aux ressources que chaque administration consacre aux soins de santé, ainsi qu'au rythme de croissance des coûts.

1. Les avantages et les inconvénients du système de santé canadien

L'observateur objectif trouvera de nombreux avantages au système canadien de financement et de prestation des soins de santé. Des analystes américains ont commencé d'ailleurs à étudier notre système en vue d'améliorer le leur. Les auteurs d'un document du *Congressional Research Service* des États-Unis soulignent ce qu'ils considèrent être les points forts et les points faibles du système canadien³².

Les points forts comprennent la protection universelle de la population, l'intégralité des services et la latitude considérable accordée aux provinces pour décider comment elles vont financer leur part des coûts, l'existence de normes minimales de soins dans toutes les provinces et les territoires, la transférabilité de la protection partout au Canada, l'absence de limite quant aux coûts des soins médicalement nécessaires qu'une personne peut recevoir, la liberté des médecins de choisir les traitements à donner, sans les contraintes d'examen de l'utilisation et de gestion des soins auxquelles sont soumis leurs confrères américains, la modicité relative des coûts d'administration étant donné

³² Fuchs, Beth C. et Joan Sokolovsky, *The Canadian Health Care System*, 20 février 1990.

que, selon la *Loi canadienne sur la santé*, le régime doit être administré sans but lucratif (en 1987, le coût d'administration représentait entre 1,5 et 2,5 % des dépenses de santé au Canada, contre 6 et 8 % aux États-Unis) et, enfin, l'appui dont jouit le système auprès du public.

Parmi les points faibles du système canadien comparativement au système américain, les auteurs du même document citent les listes d'attente et le rationnement de certains services, les restrictions budgétaires imposées aux hôpitaux et le contingentement du nombre de médecins dans certaines spécialisations et techniques de pointe, le manque d'innovation dans la prestation et le financement des soins, l'absence de dispositions de partage des frais, ce qui semble favoriser la surutilisation des services, le prolongement du séjour moyen à l'hôpital et une plus grande dépendance des personnes âgées vis-à-vis des soins en établissement.

2. Les solutions proposées aux problèmes de financement des soins de santé au Canada

Les témoins aux audiences publiques du Comité ont fait valoir différentes options qui pourraient, du moins partiellement, résoudre les problèmes de financement. Ces options comprennent la réaffectation des fonds publics, la privatisation de certains aspects du système de santé, la modification du mode de rémunération des médecins et l'intensification de la recherche afin de trouver des solutions nouvelles, innovatrices et plus efficaces, pour dispenser des soins de grande qualité.

a. Réaffectation des fonds publics

Bon nombre des témoins ont soutenu que les difficultés auxquelles le système de santé fait face tiennent, non pas tant à une insuffisance qu'à une mauvaise répartition des fonds entre les différentes catégories de services. Ils ont insisté sur le fait que les modalités de financement tendent à favoriser les services curatifs se conformant au modèle médical. En général, ils ont avancé qu'une réaffectation des ressources permettrait de restreindre les hospitalisations inutiles et de favoriser l'accès aux services appropriés, plus particulièrement dans la communauté et à domicile. L'hospitalisation est l'élément le plus coûteux du système et, à ce titre, mérite une attention spéciale. Ils ont mentionné que la valorisation des soins communautaires et à domicile, la promotion de la santé et l'éducation du bénéficiaire de soins seraient rentables à long terme, mais, d'après d'autres témoins, on n'en connaît pas encore très bien l'incidence sur les coûts à plus court terme.

Bien qu'il soit de croyance populaire que les soins communautaires soient plus rentables que les soins en institution, Raisa Deber a avisé le Comité que les soins communautaires seraient au contraire plus dispendieux, sauf s'ils étaient offerts sur la base d'une enveloppe budgétaire définie et administrés de façon à limiter les services à ceux qui seraient autrement en institution.

Au sujet de la réaffectation des fonds, Kenneth Fyke a dit ce qui suit :

Je ne me fais pas l'apôtre d'une réduction des dépenses de notre système actuel ou de l'attribution d'une aide financière à celui-ci. Ce que je propose, c'est d'affecter certaines des ressources actuellement consacrées aux services traditionnels aux infrastructures de services communautaires ou à domicile. Beaucoup d'études et de documents ont démontré qu'une proportion importante des soins fournis aux malades hospitalisés ne correspondent pas à la définition des soins de courte durée; c'est donc dire que ces soins n'ont pas à être fournis dans un établissement de soins de courte durée pour malades hospitalisés. Dans bon nombre de ces cas, ces soins peuvent être fournis plus économiquement dans d'autres milieux comme les services de consultations externes ou le domicile du malade³³.

Dans le même ordre d'idées, d'autres témoins ont dit que la réaffectation des ressources proposée aiderait à mieux utiliser les fonds existants, à répondre plus efficacement aux besoins de santé actuels et futurs et à freiner la croissance des coûts.

RECOMMANDATION

- 5. Que le gouvernement fédéral consulte les provinces et les territoires pour le développement d'un mécanisme prévoyant le réaménagement graduel de ressources institutionnelles suffisantes (humaines, financières et technologiques) en vue de constituer des niveaux plus appropriés de services communautaires, de soins à domicile et de soutien social.**

b. Privatisation de certains aspects du système de soins de santé

Le secteur public engloutit en ce moment près des trois quarts des dépenses de santé au Canada. Certains observateurs soutiennent qu'une plus grande privatisation du financement des soins limiterait, par définition, les dépenses publiques dans ce secteur. Les recherches et les exposés de certains témoins laissent croire que l'application de frais modérateurs aux services hospitaliers ou médicaux finirait par amener une utilisation moindre de ces services en en faisant augmenter le coût nominal. Les frais modérateurs pourraient encourager les usagers à choisir le point de service le plus approprié (par exemple, la clinique communautaire plutôt que le service d'urgence

³³ Mémoire, p. 3.

à l'hôpital) et à éviter les visites inutiles. D'autres soutiennent, au contraire, que les recherches et l'expérience n'ont pas révélé de corrélation appréciable entre la facturation directe aux patients et la fréquence d'utilisation des services. Les adversaires des frais modérateurs soutiennent même que ces frais dissuaderaient les moins bien nantis d'aller chercher les soins dont ils ont besoin.

Selon Kenneth Fyke, l'application de frais modérateurs a des effets malheureux et se révèle souvent inefficace. Il a cité une étude effectuée par la *Rand Corporation*, aux États-Unis, qui révèle que les frais modérateurs réduisent la demande de services hospitaliers dans tous les cas, qu'elle soit justifiée ou non. Il apparaît donc incertain que l'application de frais modérateurs parvienne à limiter seulement l'utilisation abusive des services hospitaliers. M. Fyke déclarait en outre :

Des études démontrent que les frais modérateurs ou dissuasifs découragent les groupes à faible revenu d'avoir recours aux hôpitaux. Or, c'est justement pour ces groupes que nous avons travaillé à mettre sur pied des régimes publics visant à garantir un accès équitable aux soins de santé parce que nous croyions que tous les citoyens devraient avoir accès à des services hospitaliers et médicaux indépendamment de leur revenu. En fait, l'équité de notre système, qui est attribuable à l'application de ce principe, constitue l'une de nos plus grandes réalisations. Cette caractéristique place notre système au-dessus de la plupart des autres, particulièrement au-dessus du système américain où 35 millions de personnes, principalement des petits salariés, ne bénéficient d'aucune protection en matière d'assurance-maladie³⁴.

On a également discuté durant les audiences de la création d'un système mixte de services privés et publics. Selon Theodore Marmor, ce genre de système crée des distorsions entre les deux secteurs et entraîne de nombreux effets secondaires, comme les files d'attente dans les hôpitaux publics. Au sujet de la situation en Israël et en Grande-Bretagne, M. Marmor expliquait :

Il est dans l'intérêt des médecins de créer des files d'attente dans le secteur public afin de pouvoir dire ensuite : «si vous voulez une nouvelle hanche en moins de trois mois, venez me voir cet après-midi dans mon cabinet privé». C'est toujours ce que l'on relève dans les régimes de santé où l'on permet aux médecins de faire de la pratique privée et de la pratique publique³⁵.

Claude Castonguay a proposé une autre forme de privatisation qui pourrait conduire à la création d'un marché plus concurrentiel fondé sur les choix des consommateurs. Selon lui, certains types de ressources, notamment les centres d'hébergement pour personnes âgées, ne devraient pas toujours être financés à même les fonds publics. Certains types de services de santé pourraient être privatisés; les patients devraient d'abord payer pour les services et obtenir ensuite un remboursement

³⁴ *Idem*, p. 5.

³⁵ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 93.

du système public. Selon M. Castonguay, puisque les bénéficiaires auraient la liberté de choisir où se faire soigner, ils choisiraient le service le plus efficace. Dans cette optique, la privatisation de certains services augmenterait la concurrence entre les divers types d'institutions, ce qui contribuerait à améliorer le rendement du système.

Par ailleurs, au plan de l'utilisation générale des ressources nationales, certains observateurs craignent que ce type de privatisation ne contribue à accroître les coûts des soins de santé. Des observations effectuées dans d'autres pays indiquent clairement que les systèmes mixtes, financés par les secteurs public et privé, coûtent beaucoup plus cher que les systèmes publics universels, tant du point de vue de la prestation des soins que de l'administration³⁶.

Theodore Marmor a cité en exemple l'expérience américaine pour démontrer que le financement privé peut compromettre le contrôle des coûts de la santé, et il ajoutait que les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE qui n'ait pas réussi à contrôler ses coûts.

c. Modification du mode de rémunération des médecins

Actuellement, la plupart des médecins au Canada sont rémunérés à l'acte. Certains témoins ont exprimé l'avis que ce mode de rémunération contribue sensiblement à accroître les coûts des soins. La principale critique à son endroit est qu'il entraîne une surutilisation des services. Les témoins en faveur d'une refonte du mode de rémunération actuel soutiennent que cela permettrait un contrôle plus efficace des coûts. On pourrait ainsi éliminer certains services injustifiés du point de vue médical.

Jonathan Lomas a déclaré au Comité que le remplacement du mode de rémunération à l'acte par d'autres modes permettrait non seulement de réduire les coûts, mais empêcherait également de dispenser certains types de soins, non essentiels. Il faisait remarquer à cet égard :

... il est intéressant de constater qu'avec un système de forfait par patient ou un système comme celui de la HMO (*Health Maintenance Organization* – Organisation de préservation de la santé – Régime de santé familial forfaitaire), la qualité des soins semble effectivement s'améliorer. Avec un système de forfait par patient, les procédures discrétionnaires diminuent de moitié par rapport à ce qu'elles sont dans un système de rémunération à l'acte. Dans le cas du système HMO, c'est environ 30 %³⁷.

³⁶ Evans, Robert, «Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research», *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 145.

³⁷ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 52, p. 85.

Comparant le mode de rémunération à l'acte à la rémunération salariale, il tirait les mêmes conclusions :

On a étudié une procédure donnée, l'endartectomie [sic] de la carotide, et on s'est aperçu que chez les chirurgiens salariés, l'opération se justifiait dans 65 % des cas et, chez les médecins rémunérés à l'acte, dans 45 % des cas. Par conséquent, même chez les salariés, 35 % des endartectomies [sic] de la carotide étaient pratiquées dans des circonstances injustifiées³⁸.

Il s'ensuit que même si les modes de rémunération autres que la rémunération à l'acte permettent de réduire le nombre d'interventions injustifiées, il est peu probable qu'ils puissent les éliminer complètement.

Il semble en outre qu'il serait difficile de réformer le mode de rémunération à l'acte. Le D^r David Naylor faisait remarquer que cette forme de rémunération est généralisée au Canada et qu'il serait difficile d'envisager d'autres modes de rémunération au sein de notre système d'assurance-santé. Il déclarait :

Avec un système universel de paiement d'avance sans plafonnement, qui permet aux médecins d'entrer sur le marché et d'en sortir, d'ouvrir un bureau, d'établir une pratique privée avec paiement à l'acte et l'assurance d'être rémunéré totalement pour leurs services, il est très difficile d'implanter un système de paiement concurrentiel; le système en place est le système dominant³⁹.

Une étude effectuée par Contandriopoulos, Lemay et Tessier⁴⁰ indique qu'il n'existe pas de mode parfait de rémunération des médecins. Tous les modes comportent des avantages et des inconvénients. Certains témoins ont néanmoins proposé d'ajuster le mode de rémunération en fonction du type de service fourni. Par exemple, puisque le mode de rémunération à l'acte ne tient pas compte du temps passé par les médecins avec leurs patients, on a recommandé qu'ils soient à salaire pour leur pratique dans les maisons de repos, dans les hôpitaux pour malades chroniques, dans le cadre des programmes de soins communautaires, ainsi que pour les visites à domicile. Le D^r Philip Berger, membre d'une équipe médicale qui dispense des soins primaires aux personnes atteintes du SIDA dans le centre-ville de Toronto, a déclaré au Comité qu'une bonne partie de son travail, surtout auprès des patients en phase terminale, consiste à donner des conseils au téléphone ou à effectuer des visites à domicile, services qui cadrent mal dans les catégories prévues dans le mode actuel de rémunération à l'acte.

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Idem*, fascicule n° 43, p. 8.

⁴⁰ *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1988.

RECOMMANDATIONS

6. **Que, d'ici deux ans, le gouvernement fédéral produise un rapport complet fondé sur une compilation des recherches actuelles et des études pilotes des modes de rémunération des médecins, en mettant un accent particulier sur la pertinence de certains modes de rémunération pour certaines catégories de service spécifiques.**
7. **Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à continuer d'élaborer des solutions de rechange novatrices aux modes de rémunération des médecins.**

d. Accroissement de l'effort de recherche appliquée

Durant les audiences, il est devenu évident que trois secteurs de la recherche appliquée nécessitaient plus d'attention, soit les garanties concernant la qualité des services, les systèmes de prestation et de gestion des services, et l'évaluation de la technologie.

Des témoins ont affirmé que le lien entre la rentabilité et la qualité des soins n'allait pas de soi. Certains ont fait valoir que le Canada devrait pousser plus loin la recherche appliquée afin de trouver des moyens nouveaux et adéquats de fournir les soins. Ils estimaient que ce type de recherche aurait pour effet d'informer les décideurs et les dispensateurs de services. On a recommandé de faire un effort en vue de synthétiser, coordonner et publier les résultats d'une telle recherche et de les traduire en directives nationales.

Des témoins ont fait valoir la nécessité de trouver des solutions de rechange au système actuel de santé, mais peu d'entre eux ont fourni des données sur le coût d'une telle mesure. Il est par conséquent nécessaire d'intégrer des méthodes d'évaluation à tout projet pilote dans ce domaine.

De nombreux témoins ont souligné la nécessité d'établir dans quelle mesure les nouvelles technologies contribuent à améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des soins de santé. Le Comité considère la création récente de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé comme un progrès important dans cette direction.

Les questions et les recommandations relatives à la recherche figurent dans le chapitre 7.

LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

A. LES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

Les effets du vieillissement de la population sur le régime canadien de soins de santé constituent actuellement un grave sujet de préoccupation. La proportion des 65 ans et plus doit doubler dans les 50 prochaines années et celle des 85 ans et plus va probablement quadrupler. Le rapport de l'Étude démographique de Santé et Bien-être social Canada révèle que, dès 1986, la structure d'âge au Canada était en train de passer d'une population comptant beaucoup de jeunes et comparativement peu de personnes âgées, à une population dans laquelle, d'après les projections, les gens d'âge mûr et les personnes âgées prédomineront en l'an 2031. La structure vieillissante est caractéristique des sociétés modernes à faible fécondité. Beaucoup de pays d'Europe en sont déjà là. La Suède, par exemple, a aujourd'hui une structure d'âge qui ressemble à celle que le Canada devrait avoir en 2031⁴¹.

Les comparaisons internationales permettent de croire que le vieillissement de la population ne constitue pas en soi un problème. Les populations de la Suède et de l'Allemagne de l'Ouest, nations dynamiques et prospères, comptent parmi les plus vieilles du monde. Par contre, la plupart des pays en voie de développement ont actuellement une fécondité et une croissance démographique beaucoup plus élevées qu'au Canada et, par conséquent, des populations beaucoup plus jeunes. On prévoit qu'au cours du prochain siècle, tous les pays convergeront vers des structures d'âges

41 Santé et Bien-être social Canada, *Esquisse du Canada de demain : Rapport de l'Étude démographique*, 1989, p. 19.

similaires qui seront, en quelque sorte, plus vieilles que les plus vieilles sociétés d'aujourd'hui⁴².

L'expérience acquise ailleurs montre qu'une planification et une utilisation judicieuses des ressources, y compris les ressources en matière de santé, seront nécessaires pour que le Canada continue à prospérer malgré le vieillissement de sa population.

B. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ

À cause de l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population et de leur tendance à recourir davantage aux soins de santé que les jeunes, on peut craindre que les taux d'utilisation et les coûts ne montent en flèche. À cet égard, les points de vue sont partagés. Pour certains, la hausse des coûts due au vieillissement de la population entraînera soit l'effondrement, soit un changement radical des mécanismes actuels de financement des services hospitaliers et médicaux. D'autres, tout en convenant que l'augmentation de la population âgée fera sensiblement monter le coût des soins, tant par habitant que par rapport au PNB, estiment que la plus grande part de l'augmentation ne se concrétisera que dans plusieurs décennies et ne prendra pas, de toute façon, des proportions de crise. Quelques spécialistes croient même qu'avec les progrès de la technologie et de l'organisation, une bonne planification et des modifications appropriées de la politique de la santé pourraient abaisser le coût des soins⁴³.

Dans un article intitulé «Pouvons-nous assumer le vieillissement de la population?», le statisticien en chef du Canada, Ivan P. Fellegi, a dit que la capacité de la société d'absorber le coût des soins dépendra de la performance de l'économie et de changements imprévisibles⁴⁴. D'après l'article, axé sur les trois programmes sociaux les plus coûteux (santé, éducation et pensions) :

... les tendances semblent indiquer que le taux de croissance des dépenses publiques attribuable au vieillissement de la société sera comparable aux taux de croissance économique observés au cours des 30 dernières années. Par conséquent, si la tendance de la croissance économique se maintient à long terme et que les coûts unitaires évoluent selon les prévisions,

⁴² *Idem*, p. 21.

⁴³ Denton, Frank T. et Byron Spencer, «Population Aging and Future Health Costs in Canada», *Canadian Public Policy*, vol. 9, n° 2, juin 1983, p. 155-163.

⁴⁴ *L'Observateur économique canadien*, vol. 1, octobre 1988, p. 4.1 - 4.34.

les dépenses publiques consacrées à la santé, à l'éducation et aux pensions représenteraient dans 50 ans la même part de l'économie qu'à l'heure actuelle, en dépit du vieillissement de la population ⁴⁵.

M. Fellegi signale cependant que, pour faire face au vieillissement de la société canadienne d'une manière efficace et humaine, il faudra «une série de rajustements sociaux dont l'effet cumulatif pourrait être très important»⁴⁶.

Certains observateurs du domaine de la santé sont d'avis que le financement du système est insuffisant et mentionnent, à l'appui de leur point de vue, l'augmentation constante du nombre de patients attendant une chirurgie cardiaque, une lithotritie ou une dialyse rénale, et les ambulances renvoyées d'un hôpital à l'autre par suite de l'encombrement des services des urgences ou du manque de lits. Pour ces observateurs, les personnes âgées, que certains qualifient de «bloqueurs de lits», sont l'une des principales causes de l'insuffisance des services de santé et de la hausse correspondante du coût des soins.

C. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Bien que les gens du troisième âge soient de grands consommateurs de soins de santé, une étude de l'Association médicale canadienne (AMC) confirme que la plupart d'entre eux ne sont pas malades et seraient en mesure de mener une vie autonome s'ils pouvaient recourir à l'occasion à certains services de soutien⁴⁷.

Beaucoup de témoins ont dit au Comité que, malheureusement, ces services sont souvent fragmentés, non coordonnés ou simplement inexistantes. Pour eux, l'importance accordée au modèle médical et une répartition des ressources ne favorisant guère le recours aux soins dispensés hors des établissements comptent parmi les causes fondamentales de ces problèmes. Le D^r Dorothy Ley, présidente du comité de l'AMC qui a réalisé l'étude mentionnée ci-dessus, a déclaré devant le Comité que le Canada devrait consacrer plus de ressources pour favoriser l'autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes de 65 à 75 ans afin de réduire les longues périodes de soins intensifs dont beaucoup de gens ont besoin à la fin de leur vie⁴⁸.

⁴⁵ *Idem*, p. 4.1 -4.2.

⁴⁶ *Idem*, p. 4.2.

⁴⁷ Comité des soins de santé pour gens âgés de l'Association médicale canadienne, *Les soins de santé pour gens âgés : les défis d'aujourd'hui, des solutions pour demain*, 1987, p. 4-5.

⁴⁸ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 16.

D'après les témoins (D^r Ley, D^r Peter Glynn, l'AMC), 80 % des soins communautaires dont bénéficient les personnes âgées consistent en soins non professionnels, dispensés surtout par des femmes qui auraient besoin de services de relève et de soutien. Or ce bassin d'intervenants diminue progressivement à mesure que les femmes s'intègrent à la population active. Les témoins ont ajouté qu'en planifiant les services de soins communautaires de l'avenir, il faudra aussi tenir compte du fait que les femmes qui travaillent à l'extérieur ont des attentes différentes de celles qui restent au foyer.

RECOMMANDATION

- 8. Que le gouvernement fédéral inscrive au programme de la prochaine conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé l'établissement de services de soutien et de relève destinés aux bénévoles qui soignent les Canadiens âgés ou handicapés.**

D'après une étude de Statistique Canada, la gravité des incapacités augmente radicalement avec l'âge. Le pourcentage de personnes âgées atteintes d'une incapacité grave passe de 20 % entre 65 et 74 ans, à 49 % chez les 85 ans ou plus⁴⁹.

D'après l'étude de Statistique Canada, environ 84 % des personnes souffrant d'une incapacité vivent à la maison, et les 16 % restants, dans des établissements. L'étude réalisée par l'AMC en 1987 a révélé qu'en 1981, les personnes âgées représentaient 10 % de la population du Canada, mais que, d'après les estimations, elles comptaient pour 40 % du total des dépenses de santé⁵⁰. À l'heure actuelle, les aînés représentent environ 11 % de la population canadienne et, d'après les estimations les plus fiables actuellement à notre disposition, comptent encore pour environ 40 % de la facture totale des dépenses de santé. L'étude de Statistique Canada cite trois grandes raisons pour lesquelles tant de Canadiens âgés souffrant d'incapacité ne peuvent pas se livrer à des activités quotidiennes normales : le manque de services de soutien, la pauvreté et le fait que les collectivités sont conçues pour les personnes valides. Le manque d'argent serait

⁴⁹ Dunn, D^r Peter A., *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, série spéciale de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1990, p. 10.

⁵⁰ AMC, *op. cit.*, p. 4-5. L'étude a révélé qu'en 1981-1982, les personnes âgées avaient utilisé 48 % des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux connexes, et 72 % des jours dans les établissements de soins prolongés. Les personnes âgées auraient aussi utilisé le tiers des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et 20 % des services de médecins, ce qui représente ensemble 40 % (10 milliards de dollars) du total des dépenses pour la santé.

en outre la principale raison pour laquelle les personnes âgées souffrant d'incapacité et vivant chez elles ne disposent pas d'appareils ou d'installations d'aide à la mobilité, comme des rampes ou des mains courantes⁵¹.

RECOMMANDATION

9. Que le gouvernement fédéral établisse, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, des objectifs visant à améliorer l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées à une vaste gamme de services dont leur santé dépend.

Tandis que les personnes de 65 à 84 ans sont hospitalisées trois fois plus que celles de 25 à 64 ans, les plus de 85 ans (souvent appelées «personnes âgées fragiles») le sont cinq fois plus. Un petit groupe de personnes âgées (moins de 5 %) totalise en fait le plus grand nombre de jours d'hospitalisation⁵².

Il est évident que les responsables de la politique de la santé doivent tenir compte de l'utilisation croissante des services médicaux et hospitaliers par les personnes âgées. La recherche montre que, dans le passé, l'évolution des méthodes de traitement a eu beaucoup plus d'effets que l'évolution du nombre et de l'âge des patients. D'après certains témoins, nous devrions chercher à déterminer si l'utilisation accrue des services médicaux et hospitaliers par les personnes âgées ne reflète pas en réalité davantage l'absence ou le manque d'accessibilité de soins plus appropriés (par exemple, soins communautaires et à domicile pouvant remplacer les soins en établissement et accès direct à des professionnels de la santé n'appartenant pas au monde médical) qu'une augmentation des besoins ou de l'incidence de la maladie.

Dans une étude sur le recours aux services médicaux par les personnes âgées en Colombie-Britannique, on mentionne :

On ne saurait trop insister sur l'importance des facteurs sur lesquels se fonde la politique des soins de santé. Le recours accru aux services dans un groupe d'âge déterminé, reflétant des hausses sous-jacentes des taux de morbidité, nécessite des interventions très différentes de celles qui seraient les plus indiquées pour faire face à des hausses dues à l'évolution du régime de soins⁵³.

Les témoins ont insisté sur le fait que le vieillissement n'est pas une maladie et ont mis en évidence les difficultés occasionnées par la tendance actuelle à confondre les problèmes gériatriques (maladies des personnes âgées) et les problèmes géronto-

⁵¹ Dunn, D' Peter A., *op. cit.*, p. 1-2.

⁵² Mustard, J. Fraser, «Aging and Health: Research, Policy and Resource Allocation», dans *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 189.

⁵³ Morris L. Barer, Indra R. Pulcins, Robert G. Evans, Clyde Hertzman, Jonathan Lomas et Geoffrey M. Anderson, «Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia», *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 141, 1989, p. 45.

logiques (phénomènes liés au vieillissement normal). La recherche permet de croire que le vieillissement entraîne un déclin progressif des fonctions physiologiques, dont le rythme peut être accéléré par la maladie, mais qui n'en est pas un effet. Nous pouvons nous attendre à ce que les gens aient besoin de soins et de soutien à mesure que leurs fonctions physiologiques se détériorent par suite du vieillissement et de diverses maladies chroniques. Des chercheurs et des témoins ont souligné qu'il est urgent d'adopter, en ce qui concerne les aspects de la politique de la santé liés au vieillissement, des définitions débordant le cadre du système actuel. Fraser Mustard affirme, par exemple :

Tant qu'ils demeurent sains de corps et d'esprit, les gens qui ont un revenu suffisant et qui sont autonomes sur les plans du logement et du transport ont une meilleure qualité de vie et vivent plus longtemps que ceux qui ont moins de ressources financières et d'autonomie. Dans une société, les politiques concernant les pensions, le logement et d'autres formes de soutien économique ont des répercussions très sensibles sur la qualité de vie, l'état de santé et le fonctionnement des personnes âgées⁵⁴.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a également mentionné cette notion plus vaste des soins de santé pour les personnes âgées :

Pour être en mesure d'offrir des soins de santé adéquats, il est nécessaire de garantir l'accès à une vaste gamme de services qui débordent de loin le modèle médical de la santé et qui se prolongent bien au-delà des établissements de soins de santé, c'est-à-dire des services qui répondent aux besoins de santé physique, mentale et sociale des Canadiens âgés⁵⁵.

D'après certains témoins qui ont comparu devant le Comité, les méthodes actuelles de financement des soins ne tiennent pas compte des multiples dimensions de la santé et sont beaucoup trop axées sur le traitement des maladies aiguës, les services en établissement et les soins curatifs. Ainsi, les Infirmières de l'Ordre de Victoria croient que «les mécanismes de financement gouvernemental en vigueur à l'heure actuelle n'incitent pas à trouver des solutions de rechange moins coûteuses à l'institutionnalisation des personnes âgées ayant un état de santé fragile et des malades chroniques⁵⁶». Des témoins ont également mentionné que les personnes âgées ont besoin d'un accès plus facile et plus efficace à un vaste éventail de services, y compris aux soins de santé, par l'intermédiaire d'un point d'entrée unique (comme dans le cas des centres de promotion du mieux-être des personnes âgées, qui font partie du projet de santé de Victoria).

⁵⁴ Mustard, J. Fraser, *op. cit.*, p. 189.

⁵⁵ Mémoire, p. 13.

⁵⁶ Mémoire, p. 1-2.

Il n'existe pas au Canada de régime de soins unique pour les personnes âgées. Chaque province offre un certain nombre de services selon ses ressources financières et humaines, le développement et l'orientation de ses services de santé et sociaux et sa politique de la santé. Les services sont donnés par des médecins, d'autres professionnels de la santé, divers organismes sociaux, des bénévoles, des amis et des membres de la famille, et sont financés par le gouvernement fédéral, les provinces, les administrations locales et les organismes bénévoles. D'après le rapport du Comité des soins de santé pour gens âgés de l'AMC, des témoins et de récentes études de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et du Conseil consultatif national sur le troisième âge, les services de santé offerts aux personnes âgées présentent les lacunes suivantes :

- insistance excessive sur le modèle médical de la santé, qui entrave l'accès des personnes âgées à d'autres services professionnels essentiels, tels que les soins à domicile;
- fragmentation des soins par suite d'une division arbitraire des responsabilités entre les ministères et les organismes de tous les paliers de gouvernement, ce qui nuit considérablement à la continuité des soins;
- enseignement insuffisant de la gérontologie et de la gériatrie à tous les niveaux d'éducation des domaines de la santé et du service social, et pénurie correspondante de personnel compétent et intéressé;
- besoin d'expansion des services communautaires offerts aux personnes âgées avant et après l'apparition de la maladie, afin de prévenir l'hospitalisation prématurée ou inutile;
- financement insuffisant et non flexible des soins professionnels, institutionnels et communautaires, qui souvent ne suit pas l'évolution des besoins;
- «paternalisme condescendant» du public et des professionnels à l'égard des personnes âgées, qui favorise leur placement prématuré en établissement et les décourage de rester autonomes, surtout lorsqu'elles courent certains risques personnels;
- manque de cohérence de la terminologie employée dans les différents gouvernements pour décrire les genres et les niveaux de soins en établissement et à

domicile, ce qui empêche les comparaisons valables entre provinces dans les domaines de la prestation, du coût et de la qualité des services⁵⁷.

RECOMMANDATIONS

10. **Que l'on consacre des ressources à l'information des personnes âgées afin de leur donner davantage de pouvoirs à titre de consommateurs et qu'elles puissent partager avec leur famille, les professionnels de la santé et les non-professionnels qui les soignent, la responsabilité de faire un choix valable au sujet de leur propre santé.**
11. **Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, uniformise la terminologie partout au Canada, afin de permettre des comparaisons valables de la qualité et du coût des soins institutionnels, communautaires et à domicile.**
12. **Que le gouvernement fédéral soutienne la recherche, l'éducation ainsi que le développement de compétences spécialisées en gériatrie et en gérontologie parmi les professionnels de la santé et du service social.**
13. **Que le gouvernement fédéral, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, planifie les services de santé pour les personnes âgées, en tenant compte de facteurs tels que les modes de vie actuels et futurs, le rôle de la famille, la disponibilité des services sociaux, les ressources financières des personnes âgées et les besoins particuliers des aînés, handicapés physiques et mentaux.**

Il existe un problème de consommation excessive de médicaments par les personnes âgées. Comme le mentionne un récent rapport sur les délibérations d'un atelier tenu sur cette question, les médicaments ne sont pas toujours prescrits ou pris à bon escient et pourraient parfois être remplacés avantageusement par d'autres moyens⁵⁸.

⁵⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Réforme des soins de santé destinés aux personnes âgées*, Ottawa, novembre 1989; Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillesse et le CCNTA : la position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*, janvier 1990.

⁵⁸ Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *Medication Use and Elderly People*, Vancouver, 1989, p. 7.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge signale qu'environ 40 % des visites à l'urgence et de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées sont liées, directement ou indirectement, à un mauvais usage de médicaments⁵⁹. L'incidence des mauvaises réactions aux médicaments parmi les personnes âgées est trois fois plus élevée que chez les jeunes. D'après le récent rapport publié par le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, 80 % de ces réactions sont évitables⁶⁰.

Chez les personnes âgées, les mauvaises réactions aux médicaments sont dues à plusieurs facteurs. L'étude menée en 1987 par l'AMC a montré que la présence d'affections multiples nécessitant plusieurs médicaments accroît les chances d'apparition de ces réactions. De plus, les personnes âgées peuvent se tromper sur les doses, sur le moment de prendre les médicaments et sur l'ordre dans lequel il faut les prendre, sans compter les effets, qu'on retrouve aussi dans l'ensemble de la population, dus aux médicaments en vente libre⁶¹. L'étude ontarienne de 1990 a également mis en évidence d'autres causes de réactions : manque de formation de certains médecins en matière de médication pour les personnes âgées, double système d'ordonnance pendant un séjour à l'hôpital et après l'hospitalisation, sensibilité accrue des personnes âgées aux médicaments et mauvaise conservation de ces derniers⁶².

L'atelier tenu en Colombie-Britannique a mis en évidence la nécessité d'aider les personnes âgées à mieux comprendre et utiliser les médicaments. On a parlé de l'urgence d'encourager et d'aider les médecins, les pharmaciens et les infirmières à faire preuve de jugement en fournissant ces médicaments et à en surveiller l'usage⁶³. Le Comité d'enquête ontarien et plusieurs témoins ont recommandé la mise au point d'une carte informatisée pour faciliter l'utilisation et le contrôle des médicaments.

D'après les renseignements recueillis, toute mesure prise pour atténuer ce problème permettrait de réduire les coûts des soins de santé en abaissant les frais des programmes provinciaux de médicaments et en évitant des interventions médicales, des hospitalisations et même des placements en établissement liés au mauvais usage de médicaments. Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, la plus grande partie de l'augmentation des frais des programmes provinciaux de médicaments pour

⁵⁹ Mémoire, p. 20.

⁶⁰ Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, Frederick H. Lowy, président, *Prescriptions for Health*, Toronto, 1990, p. x-xi.

⁶¹ AMC, *op. cit.*, p. 32.

⁶² Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, *op. cit.*, p. x.

⁶³ Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *op. cit.*, p. 7.

les personnes âgées (près de 90 % dans certaines provinces, ces cinq à dix dernières années) est attribuable à la hausse du prix des médicaments (environ 54 % en cinq ans)⁶⁴.

L'Association canadienne de l'industrie du médicament a informé le Comité que, selon le rapport publié en novembre 1989 par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, les prix à la production des médicaments brevetés ont augmenté en moyenne d'un pourcentage inférieur à ce qu'autorisent les lignes directrices du Conseil, lesquelles se fondent sur l'indice des prix à la consommation⁶⁵. L'Association a signalé que les médicaments constituent l'élément le moins coûteux et le plus rentable des coûts des soins de santé. Cependant, le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques a noté que le budget du Régime de médicaments de cette province a augmenté plus rapidement que celui de n'importe quel autre programme ontarien de soins (hausse annuelle moyenne de 20,4 % entre 1978 et 1988). Même si ce Régime fournit gratuitement des médicaments aux résidents de l'Ontario âgés de 65 ans et plus, le Comité d'enquête affirme que certains groupes, notamment les travailleurs pauvres et les personnes ayant des frais de médicaments extrêmement élevés par suite de maladies chroniques ou de handicaps graves, n'arrivent pas toujours à se procurer les médicaments dont ils ont besoin⁶⁶.

Certains chercheurs ont examiné la possibilité que les nouvelles interventions qui prolongent la vie augmentent la « fragilité » des personnes âgées, mais leurs travaux n'ont pas abouti à des résultats concluants. Dans une étude sur la prestation des soins aux personnes âgées, l'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir recommande de raffiner les objectifs de la politique de la santé pour qu'ils visent non seulement la réduction de la mortalité, mais aussi l'accroissement de la capacité de fonctionner. D'après cette étude, de tels objectifs sensibiliseraient davantage le public au prix à payer sous forme d'invalidité pour réduire le taux de mortalité et vice-versa :

... cela renforcerait les efforts visant à assurer que certaines innovations technologiques, tant sur le plan du diagnostic que de la thérapie, ne donnent pas lieu à des conséquences plus graves que les avantages réels, particulièrement quand on ne parvient pas à obtenir ces derniers⁶⁷.

⁶⁴ Mémoire, p. 20.

⁶⁵ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53, p. 108.

⁶⁶ Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, *op. cit.*, p. ii.

⁶⁷ Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, *Le vieillissement : La prestation de soins de santé, demain*, Ottawa, 1988, p. III-3.

65 Selon le Dr D.W. Molloy, du Groupe de recherches gériatriques de l'Université McMaster, les personnes âgées font souvent l'objet d'«interventions excessives», surtout parce qu'il n'existe aucun mécanisme leur permettant, ainsi qu'à leur famille, d'exprimer d'avance leur volonté quant au genre de traitement qu'ils aimeraient recevoir en cas de maladie grave. Le Dr Molloy, qui dirige un centre de traitement des troubles de la mémoire, a dit qu'il s'inquiétait beaucoup de ce qu'il adviendra de ses patients lorsqu'ils seront devenus trop déments pour prendre leurs propres décisions. Il a cité des études récentes selon lesquelles plus de 47 % des personnes âgées de plus de 85 ans sont frappées de démence. Le Dr Molloy s'occupe actuellement d'un projet visant à établir une nouvelle «directive sur les soins de santé» qui permettrait aux personnes âgées, aux malades chroniques et aux invalides, ainsi qu'à leur famille, de préciser le niveau de soins qu'ils souhaiteraient recevoir en cas de maladie grave. En se basant sur sa propre expérience, le Dr Molloy croit que les directives en question pourraient améliorer la qualité de vie des gens, accroître leur autonomie et réduire considérablement le recours des personnes âgées aux services de santé (permettant des économies d'au moins 5 % du budget total des soins de santé)⁶⁸.

RECOMMANDATION

- 14. Que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour déterminer la possibilité de légiférer afin de permettre aux personnes âgées de préciser le niveau de soins qu'elles souhaiteraient recevoir si jamais elles étaient atteintes d'une maladie les rendant incapables à prendre une décision.**

D. LES PERSONNES ÂGÉES, LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ ET LES BESOINS FUTURS

Le Canada a actuellement la première génération dont les membres peuvent s'attendre à vivre vieux et dont l'espérance de vie égale ou dépasse l'âge de la retraite obligatoire. D'ici 2021, on prévoit que 18 % des habitants du pays auront atteint le troisième âge. Beaucoup de gens prédisent que les personnes âgées d'alors seront différentes de celles d'aujourd'hui, notamment par leurs besoins de services de santé. D'après certains observateurs, elles seront mieux préparées, mentalement et financièrement, à la retraite. D'autres estiment qu'à cause des tendances récentes dans le domaine des pensions, les gens à la retraite vont se sentir moins à l'aise financièrement. Davantage de personnes âgées vivront sans conjoint, par suite de l'augmentation des divorces et du nombre de personnes vivant seules parmi les jeunes

⁶⁸ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 53.

d'aujourd'hui. Ce phénomène pourrait entraîner un accroissement du nombre de personnes âgées ayant besoin de services de soutien. Troisièmement, les soins non professionnels surtout dispensés aujourd'hui par des femmes, diminueront à mesure que plus de femmes travailleront en dehors du foyer. De plus, les femmes qui font partie de la population active s'attendent elles-mêmes à plus de services de soutien communautaires⁶⁹. Il faudra donc veiller, dans la planification des services, à prévoir les différences qu'il y aura entre les personnes âgées de demain et celles d'aujourd'hui.

Certains estiment que l'augmentation de l'espérance de vie a été partiellement réalisée au prix d'une plus grande incapacité et d'une hausse du coût des soins de santé⁷⁰.

D'autres disent que la durée de vie maximale (par opposition à l'espérance de vie) est relativement fixe («mort naturelle») et que l'apparition des maladies chroniques caractérisées par l'incapacité et la dépendance peut être retardée, limitant ainsi les effets de ces maladies à une période relativement courte, proche de la fin de la vie («compression de la morbidité»). Cela revient à dire que les personnes âgées de demain auront besoin de moins de services de santé que celles d'aujourd'hui⁷¹.

Ces théories relèvent encore du domaine de la spéculation et il faudra d'autres recherches pour recueillir des renseignements assez fiables pour servir de base à une politique future de la santé. Il ne fait guère de doute que la mise en oeuvre de programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé susceptibles de retarder la période d'incapacité marquant la fin de la vie et de prolonger ainsi la période d'autonomie peut être productive à long terme. À court terme, nous devons nous attaquer au problème immédiat de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées ayant besoin de services de santé appropriés.

⁶⁹ AMC, *op. cit.*, p. 7.

⁷⁰ Wilkins, R. et O. Adams, *Healthfulness of Life*, Institut de recherches politiques, Montréal, 1983.

⁷¹ Fries, J.F., «Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity», *New England Journal of Medicine*, vol. 303, 1980.

CHAPITRE 5

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Le principe de l'accessibilité, tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, s'entend d'un accès raisonnable pour les Canadiens aux services de santé assurés, sans entraves financières ou autres. La poursuite de l'objectif d'un accès égal aux services médicaux et hospitaliers est, depuis la Seconde Guerre mondiale, une caractéristique dominante de la politique canadienne sur la santé. Aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et de la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, le gouvernement fédéral versait des fonds aux régimes provinciaux d'assurance-santé satisfaisant les critères suivants : l'intégralité de la protection, l'universalité, la transférabilité des avantages et l'administration sans but lucratif du régime. Ces principes ont été réaffirmés dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Il s'ensuit que tous les citoyens canadiens devraient avoir accès aux soins de santé, et ce, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Toutefois, d'après des témoins qui ont comparu devant le Comité, des problèmes d'accessibilité subsistent.

Il a été fait mention de cas où des malades ont eu de la difficulté à être admis dans des établissements de soins de courte durée, surtout pour obtenir un traitement hautement spécialisé comme une chirurgie cardiaque. Des témoins représentant des personnes âgées et des handicapés physiques et mentaux ont dit avoir éprouvé de la difficulté à obtenir les services communautaires et sociaux de même que les services à domicile et de soutien dont ils ont besoin. D'autres sont venus dire au Comité que des femmes, des enfants et des pauvres ne pouvaient obtenir les soins requis. Même si les Canadiens ont accès à la plupart des services médicaux et hospitaliers sans entraves financières directes, il y a toujours des écarts entre les riches et les pauvres quant à l'utilisation des services de santé, l'état de santé et l'espérance de vie. Des écarts semblables existent entre les populations autochtones, les immigrants, les minorités culturelles et le reste de la population. À ce sujet, les témoins ont vivement souhaité que

les discussions sur l'accessibilité ne s'arrêtent pas à qui paye au moment de la consultation, mais qu'elles englobent les obstacles culturels. Enfin, les régions géographiques moins peuplées, éloignées des centres urbains, ont leurs propres problèmes d'accessibilité.

A. LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE

L'universalité des soins de santé, telle que prévue par la *Loi canadienne sur la santé*, a beaucoup fait pour que les services médicaux et hospitaliers soient également accessibles et également utilisés. Des rapports récents dans les médias parlent toutefois de retards dans les traitements, de listes d'attente, de fermeture de lits et de pénuries d'infirmières et de techniciens, ce qui donne à penser que des problèmes d'accessibilité continuent d'exister, surtout pour les soins de courte durée et les actes ultra-spécialisés. D'après des articles parus à ce sujet, ces problèmes pousseraient certaines personnes à se faire soigner aux États-Unis⁷².

Les opinions divergent quant à l'exactitude de ces rapports.

Il est encore impossible de déterminer avec précision le montant en dollars canadiens d'assurance-santé dépensés pour des Canadiens traités aux États-Unis, ou la nature des traitements en question (soins urgents ou facultatifs, genre d'acte médical ou diagnostic). Cette lacune s'explique en grande partie par les difficultés et les coûts du traitement des données nécessaires pour procéder à ces calculs. Il ressort néanmoins des renseignements existants que ces dépenses sont considérables dans certaines régions avoisinant la frontière canado-américaine (le sud de l'Ontario et la Colombie-Britannique, par exemple), et insignifiantes ailleurs (les Territoires). Certains professionnels de la santé croient que les problèmes d'accessibilité dans les établissements de soins de courte durée sont causés par un sous-financement, compte tenu d'une augmentation de la demande de la clientèle, dont les attentes augmentent également à l'égard de ce que le système peut ou devrait offrir. D'autres, y compris des analystes de la politique de la santé et des groupes de consommateurs, estiment que les problèmes d'accessibilité tiennent davantage aux accords de financement et à l'administration des ressources. Ils dénoncent la mauvaise répartition de ces ressources, où l'utilisation non efficace et souvent non évaluée des ressources constitue

⁷² «Waiting lists: 'Price of Universal Health Care'», *Calgary Herald*, 7 mars 1990; «Emergency Rooms Still Strained Beyond Limits, Doctors Complain», *Montreal Gazette*, 7 décembre 1988; «Ontario Cancer Care Waiting List More Than Double in Year», *Globe and Mail*, 1^{er} octobre 1990; «Limited Funds Stymie Elective Surgery», *Halifax Chronicle Herald*, 30 janvier 1989; «Heart Patients May Be Sent to U.S.», *Ottawa Citizen*, 14 janvier 1990; «Addicts Seek U.S. Treatment to Avoid Ontario Delays», *Globe and Mail*, 7 mai 1990.

la norme. L'Association des hôpitaux du Canada (AHC) est d'avis que le problème est attribuable à une combinaison de ces facteurs. Voici l'explication qu'elle donne au fait que les dépenses de la santé n'ont pas augmenté comme prévu :

Le premier défi est posé par les coupures progressives apportées par le gouvernement fédéral depuis 1986 aux transferts de paiement en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis (FPE). Les réductions faites dans les transferts du FPE limitent la flexibilité dans la prestation de services au niveau provincial ⁷³.

L'AHC poursuit comme suit :

Le second défi vient de l'incapacité généralisée du système de santé de mesurer et d'évaluer d'un oeil critique et les coûts et la qualité des soins ⁷⁴.

Pour ce qui est du deuxième problème relatif à la gestion du système de santé, le Dr David Naylor a dit ce qui suit au Comité :

Pour ce qui est de l'innovation, et je ne parle pas ici de l'innovation médicale mais plutôt de l'innovation au chapitre de la gestion et de la prestation des soins, notre échec est lamentable. Nous avons des pratiques complètement privées, une structure de tarification à l'acte, des hôpitaux ayant des budgets globaux mais sans coordination centrale et sans obligation claire de rendre des comptes, et tout un réseau de sous-traitants tributaires de l'État mais sans gestion centrale depuis 20 ans, et nous n'avons quasiment rien fait pour y changer quoi que ce soit ⁷⁵.

Il a également affirmé ce qui suit :

Depuis cinq ans, nous voyons apparaître un rationnement non basé par les prix de plus en plus visible et évident, avec la multiplication des listes d'attente, des comparaisons faisant ressortir que le Canada ne dispose pas de certaines technologies de pointe disponibles aux États-Unis, (...) ⁷⁶.

D'après le Dr Naylor, ce genre de rationnement non basé sur les prix existe dans tous les systèmes, mais auparavant (avant 1984), il était moins visible au Canada. Il propose comme solution une meilleure gestion et un meilleur contrôle des soins offerts : listes d'attente contrôlées, consentement plus éclairé à l'égard des actes médicaux et chirurgicaux et mécanismes d'assurance de la qualité afin d'être sûr que les coûts et les avantages l'emportent sur les risques.

⁷³ Mémoire, p. 6.

⁷⁴ *Idem*, p. 7.

⁷⁵ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 43, p. 23.

⁷⁶ *Idem*, p. 15.

Pour expliquer les problèmes d'accessibilité, les témoins ont aussi soulevé la surutilisation des soins, l'absence d'une gamme de services complémentaires, les problèmes de dotation en milieu hospitalier et les décisions des pouvoirs publics d'augmenter ou de réduire le nombre de services assurés par un régime d'assurance-santé.

On soutient qu'il y a surutilisation des soins de courte durée parce qu'il n'existe tout simplement pas de solutions plus appropriées en milieu communautaire. Ainsi, Kenneth Fyke, de la *Greater Victoria Hospital Society*, a dit au Comité :

(...) l'admission à l'hôpital entraîne des complications et une détérioration de la santé chez de nombreuses personnes de tous les groupes d'âges, mais particulièrement chez les personnes âgées. L'isolement, l'inactivité et le manque d'intimité sont la cause de stress et souvent de confusion chez ces personnes ⁷⁷.

Les recherches démontrent que les personnes âgées utilisent davantage les services médicaux et hospitaliers que l'ensemble de la population. Des études ont confirmé ce fait en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta⁷⁸.

En Colombie-Britannique, les taux d'utilisation des services hospitaliers ont baissé depuis 1969 parmi les enfants de plus de 28 jours et les adultes de 50 ans et moins. Par comparaison, ces taux ont augmenté parmi les enfants de moins de 28 jours⁷⁹ et les personnes de plus de 75 ans. L'étude des effets de cette évolution a montré que le taux brut d'hospitalisation par habitant a monté d'un peu plus de 5 %, mais que, dans l'ensemble, le recours aux soins de courte durée a baissé d'environ un tiers tandis que le taux des longs séjours (60 jours et plus) à l'hôpital a presque triplé⁸⁰.

Cette recherche montre que les taux d'utilisation des services médicaux ont aussi augmenté parmi les personnes âgées de la Colombie-Britannique entre 1975 et 1986. À cet égard, M. Evans souligne que le nombre de médecins augmente plus vite que la

⁷⁷ Mémoire, p. 3-4.

⁷⁸ Evans, Robert E., «Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research», Lewis, 1989, p. 189; Barer, Morris L. et coll., «Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 141, p. 39-45; Roch, D.J. et coll., *Manitoba and Medicare, 1971 to the Present*, ministère de la Santé du Manitoba, Winnipeg, 1985, p. 56-70; *Review Committee to the Minister of Health, Study into the Growth of Health Services*, ministère de la Santé de la Saskatchewan, Regina, 1989; recherche effectuée par Richard Plain, professeur à l'Université de l'Alberta, 1990.

⁷⁹ Cette augmentation reflète la baisse du taux de mortalité infantile durant la même période, surtout parmi les bébés dont le poids à la naissance est trop bas.

⁸⁰ Evans, R., *op. cit.*, 1989.

population canadienne, et ce, à raison de 1,5 à 2 % par année⁸¹. Le secteur dont le taux d'utilisation par les personnes âgées a connu la croissance la plus rapide est celui des spécialistes, particulièrement en ce qui concerne les services diagnostiques. Le nombre de consultations données par des spécialistes à des personnes de 75 ans et plus a doublé au cours de la période à l'étude.

Les résultats de l'étude menée au Manitoba se comparent à ceux de la Colombie-Britannique pour ce qui est de la consultation accrue de médecins par les plus âgés. Les auteurs de cette étude concluent à une expansion générale des services dans tous les groupes d'âge depuis 1971. Durant cette période, le rapport entre le nombre de médecins et la population a augmenté rapidement au Manitoba, tandis que la charge de travail et le revenu moyen des médecins demeuraient stables. Les analystes de la politique de la santé disent qu'ils n'ont pas encore réussi à déterminer les raisons de cette évolution de l'utilisation des services médicaux.

RECOMMANDATION

15. Que le gouvernement fédéral s'attaque aux problèmes entourant l'utilisation des soins de courte durée en appuyant des travaux de recherche visant un système de santé coordonné et intégré, afin d'assurer la continuité des soins entre les hôpitaux de soins de courte durée et les établissements de soins prolongés, les services communautaires et les soins à domicile, ce qui aidera la clientèle à accéder aux soins appropriés.

B. LES SERVICES COMMUNAUTAIRES, DE SOINS À DOMICILE, DE SOUTIEN SOCIAL ET DE PRÉVENTION

Les témoins ont souvent parlé d'accessibilité en termes plus larges que ceux prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*. Différents témoins ont prôné une définition plus globale de la santé et un éventail plus vaste de services assurés dans le système de santé. Voici la conception du Conseil consultatif national sur le troisième âge en ce qui concerne les soins destinés aux aînés :

Pour être en mesure d'offrir des soins de santé adéquats, il est nécessaire de garantir l'accès à une vaste gamme de services qui débordent de loin le modèle médical de la santé et qui se

⁸¹ *Idem*, p. 152.

prolongent bien au-delà des établissements de soins de santé, c'est-à-dire des services qui répondent aux besoins de santé physique, mentale et sociale des Canadiens âgés⁸².

Une étude de Santé et Bien-être social Canada sur les troubles mentaux chez les personnes âgées conclut également que :

On reconnaît de plus en plus que les problèmes sociaux et de santé publique du vieillissement et de l'âge avancé ne sauraient être résolus selon une approche traditionnelle à voie unique et sectorielle. Une approche globale, combinant des connaissances et des compétences en matière sociale, médicale et de comportement, a plus de chances de répondre aux besoins des populations âgées⁸³.

Ray Jackson, du Conseil des sciences du Canada, fait remarquer que «l'appareil» de soins de santé s'adapte aux différents changements des dernières décennies, en l'occurrence l'évolution démographique vers une population plus âgée, de même que le remplacement graduel des maladies infectieuses par un accroissement des maladies chroniques et dégénératives. Il dit à ce sujet :

On reconnaît généralement que le traitement curatif des maladies chroniques ou dégénératives ne remporte pas un fort taux de succès. Comme ces maladies résultent surtout de facteurs d'ordre social, environnemental, nutritionnel et génétique, ainsi que du mode de vie, la seule approche vraiment efficace pour améliorer la santé et diminuer le coût des soins de santé demeure la prévention⁸⁴.

Les accords de financement actuels prévoient une assurance médicale pour supporter le coût des soins reçus à l'intérieur d'un «modèle médical», où la santé est définie comme une absence de maladie. Un grand nombre de témoins (dont M. Mustard et le professeur Contandriopoulos) ont laissé entendre que les modalités financières fondées uniquement sur ce modèle n'assurent pas la gamme de services nécessaires. Ils ont souligné, par exemple, le peu d'aide offerte aux personnes cherchant à utiliser des mesures préventives ou la technologie et les connaissances actuelles pour maximiser leur autonomie. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a dit la même chose à propos des aînés. Le document du Conseil des sciences fait remarquer que, pendant que l'appareil des soins de santé s'adapte à ces changements :

⁸² Mémoire, p. 13.

⁸³ Division de la santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*, 1988, p. 37.

⁸⁴ Conseil des sciences du Canada, *Les soins de santé préventifs : les questions en jeu*, 1985, p. 3.

Des luttes s'engagent quant à savoir qui est reconnu (quels praticiens pourront exercer légalement leur art, sur le plan de la sécurité publique, et auront droit au remboursement de leurs honoraires par les régimes d'assurance) et qui a le pouvoir⁸⁵.

Les provinces ont une certaine latitude pour déterminer quels services non médicaux devraient être assurés dans le cadre du régime provincial de soins de santé. De fait, l'éventail des services assurés par les régimes varie énormément d'une province à l'autre. D'après des témoins, la *Loi canadienne sur la santé* ne va pas assez loin pour ce qui est d'obliger les provinces à fournir du personnel et certains services de santé non médicaux. Ces témoins souhaiteraient voir intégrer dans le système d'assurance-santé un éventail plus vaste de services, notamment ceux des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des psychologues, des ergothérapeutes et des nutritionnistes. Il y en a également qui recommandent que ces professionnels soient reconnus, outre les médecins, comme points d'entrée dans le régime d'assurance-santé. Cependant, les groupes représentant les hôpitaux et les médecins recommandent d'étudier et d'évaluer au préalable les incidences que pourraient avoir ces changements sur la qualité des soins, la responsabilité professionnelle et les coûts.

RECOMMANDATION

- 16. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, évalue l'utilisation d'un éventail plus large de professionnels de la santé dans le régime d'assurance-santé.**

C. LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES DE SANTÉ

L'inégalité du développement et de la répartition des services de santé crée des problèmes d'accessibilité dans les zones urbaines à forte densité de population, de même que dans certaines régions rurales moins peuplées. Il est plus difficile pour les régions rurales ou éloignées, de même que pour les régions à faible croissance économique, d'attirer et de garder des professionnels de la santé, surtout dans les disciplines hautement spécialisées. Toutefois, l'Association des hôpitaux du Canada reconnaît qu'en Ontario, c'est dans les centres urbains et en particulier dans le centre-ville de Toronto que la pénurie d'infirmiers et d'infirmières se fait le plus sentir.

Le besoin de services primaires de soins chroniques et de services gériatriques bien coordonnés est évident partout. Les témoins ont signalé un manque de services dans les régions faiblement peuplées et une pénurie de bons services de soutien à l'échelon

85 *Idem.*

local dans toutes les régions (Association des consommateurs du Canada, Association canadienne des diététistes, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Association pharmaceutique canadienne, Conseil consultatif national sur le troisième âge). Dans certaines régions, les services ne sont offerts que dans les hôpitaux. L'Association des consommateurs du Canada estime qu'une aide devrait être donnée aux hôpitaux ruraux pour qu'ils fournissent divers services répondant aux besoins de la communauté, tels que des services mobiles et des centres de jour. Certains témoins, dont l'Association pharmaceutique canadienne, croient qu'une étude des besoins de santé des populations rurales s'impose.

L'Association des hôpitaux du Canada a souligné, en parlant du Nord canadien, qu'une des difficultés que nous éprouvons, c'est que nous ne savons pas vraiment ce que signifie accès dans le système :

(...) s'il s'agit de services qui doivent être disponibles de façon immédiate, à 10 minutes de chez moi, ou s'il est prévu que je puisse bénéficier des services, que cela signifie que je sois obligée de me déplacer sur de longues distances ou non. (...) la question est de savoir ce qu'il est raisonnable d'offrir sur place, dans les collectivités du Nord, par opposition à ce qu'il est raisonnable d'offrir au moyen de transport aérien, en comparant les coûts des deux situations⁸⁶.

RECOMMANDATIONS

- 17. Que le gouvernement fédéral favorise, par la recherche, l'instauration de services de santé mieux adaptés aux besoins des populations rurales et nordiques du Canada.**
- 18. Que le gouvernement fédéral appuie, dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales de financement, des programmes innovateurs afin de recruter et de garder du personnel dans les régions du pays où il y a pénurie.**

D. LES GROUPES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Différents témoins ont fait valoir au Comité que les pauvres, les femmes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les handicapés, les autochtones, les immigrants et les minorités culturelles avaient tous des besoins spéciaux et que ces besoins pouvaient influencer sur leur accès à des services appropriés. Les témoignages et les recherches donnent à penser que les problèmes d'accès se reflètent dans l'état de santé de ces groupes, qui est moins bon que celui de la population canadienne en général.

⁸⁶ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 38, p. 17.

1. Les pauvres

Les recherches établissent un lien entre la pauvreté et la maladie. Le programme national d'assurance-santé a fait énormément pour réduire les écarts de santé entre les riches et les pauvres au Canada, mais des inégalités persistent en dépit des efforts soutenus pour abolir les obstacles à l'accessibilité. Les études montrent que les groupes à faible revenu continuent de présenter des taux plus élevés de mortalité, de morbidité et d'incapacité que la population en général⁸⁷.

En 1986, au Canada, l'espérance de vie d'un pauvre, à la naissance, était inférieure de 3,7 ans à celle d'un riche; ces statistiques démontrent le lien entre la maladie et des conditions socio-économiques médiocres. Ce lien est particulièrement fort chez les enfants. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, en 1986, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 20 ans appartenant au quintile de revenu le plus bas était de 56 % supérieur à celui des enfants appartenant au quintile le plus élevé. En outre, le taux de mortalité infantile (décès durant la première année de la vie) parmi le groupe le plus pauvre était deux fois plus élevé que celui du groupe le plus riche⁸⁸.

Les répercussions de la pauvreté sur la santé sont particulièrement évidentes chez les autochtones. Des recherches menées par le gouvernement fédéral indiquent que ceux-ci sont beaucoup plus susceptibles que les autres Canadiens de dépendre de l'aide sociale et d'habiter dans des logements surpeuplés et dépourvus de chauffage central, c'est-à-dire dans des conditions souvent associées à un mauvais état de santé⁸⁹.

⁸⁷ Santé et Bien-être social Canada, *Le Rapport action santé*, 1987, p. 35-38; Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada, 1978-1979*, Ottawa, 1981; Wilkins, R. et Orville B. Adams, *Healthfulness of Life : A Unified View of Mortality, Institutionalization and Non-Institutionalized Disability in Canada, 1978*, Institut de recherches politiques, Montréal, 1983; Wilkins, R., Owen Adams et Anna Brancker, *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality*, Division de la politique de la santé, Santé et Bien-être social Canada, et Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, juin 1989.

⁸⁸ Mémoire, p. 2.

⁸⁹ Hagey, N. Janet, Gilles Larocque et Catherine McBride, *Faits saillants des conditions des autochtones, 1981-2001*, Partie II, Conditions sociales, Analyse quantitative et recherche socio-démographique, document de travail série 89-2, Services financiers et professionnels, Affaires indiennes et du Nord Canada, décembre 1989, p. 13-14.

2. Les enfants et les adolescents

Les taux de mortalité infantile au Canada ont reculé d'environ 78 % entre 1953 et 1986. D'après certaines études, on peut attribuer ce recul en partie à l'amélioration des soins de santé avant et après la naissance et à une meilleure alimentation⁹⁰. Des études récentes sur la santé infantile continuent toutefois d'indiquer des inégalités associées à des facteurs économiques, géographiques et culturels⁹¹.

Bien que le taux de mortalité infantile ait été réduit de près de la moitié pour chaque groupe de revenu (quintile) entre 1971 et 1986, le taux en 1986 pour le groupe le plus bas était encore presque le double du groupe le plus élevé⁹². Des recherches indiquent également que le risque de mortalité par maladie infectieuse, par accident et par insuffisance pondérale à la naissance, de même que le pourcentage d'anomalies du développement, est plus élevé chez les enfants de milieu défavorisé que chez les autres enfants canadiens.

On estime que l'insuffisance pondérale à la naissance est, à elle seule, la première cause de mortalité chez les nouveau-nés; or, des études démontrent que les mères appartenant au quintile inférieur de revenu ont la plus haute incidence de bébés de faible poids à la naissance. L'Association des médecins de l'Ontario signale qu'un certain nombre de facteurs associés à la morbidité, notamment le tabagisme, l'âge et l'état nutritionnel, sont aussi associés au rang social de la mère⁹³.

La survie des prématurés de faible poids à la naissance a augmenté considérablement ces dernières années. Bien que cette situation soit encourageante, elle a aussi comme effet d'imposer une surcharge au système de santé. Le Dr Robin Walker, chef du Service de néonatalogie à l'Université Queen's et vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a dit au Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social de la Chambre des communes en mai 1988, au tout début de la présente étude, que ces nouveau-nés étaient en général prématurés de 16 à 17 semaines. Ils doivent rester aux soins intensifs, non seulement pendant cette période, mais souvent pendant des semaines et des mois encore, parce qu'ils éprouvent des difficultés pulmonaires et autres. Le Dr Walker estime qu'il en coûte environ 100 000 \$ pour s'occuper de chacun de ces nouveau-nés qui survivent; «il s'agit d'une somme

⁹⁰ Statistique Canada, *L'annuaire du Canada, 1990*, Ottawa, 1989, p. 3-2.

⁹¹ Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : profil réalisé par l'ICSI*, Ottawa, 1989; *Étude sur la santé infantile en Ontario : Résumé des conclusions initiales*, Queen's Printer of Ontario, 1989.

⁹² Wilkins, Adams et Brancker, *op. cit.*, 1989.

⁹³ Association des médecins de l'Ontario, mémoire présenté au Comité de la révision de l'aide sociale de l'Ontario, le 9 janvier 1987.

considérable», et nous ne parlons que de soins infirmiers⁹⁴. En outre, d'après les experts, au moins 20 % des prématurés de faible poids à la naissance présenteront à long terme différents degrés d'affections et d'incapacités, dont les coûts humains et économiques sont difficiles à évaluer⁹⁵.

Non seulement l'insuffisance de poids à la naissance est-elle fortement susceptible de se répercuter sur la qualité de vie du sujet, mais elle coûte aussi très cher au système de santé. En revanche, il semble qu'il s'agisse d'un domaine où les ressources investies dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie pourraient être rentables, tant pour les personnes concernées, qui jouiraient d'une meilleure santé et d'une meilleure qualité de vie, que pour la société canadienne qui bénéficierait de leur apport.

Des groupes de témoins (p. ex. l'Institut canadien de la santé infantile, l'Association des consommateurs du Canada et l'Association canadienne des diététistes) ont parlé de l'importance de la promotion de la santé, surtout auprès des jeunes, pour les amener à modifier des comportements (consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires) nuisibles à la santé.

La nécessité d'élargir la définition de soins de santé pour y inclure des services d'aide sociale a aussi été soulevée dans le contexte de la santé infantile. Beaucoup de témoins sont d'avis que ces services sont essentiels pour prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance chez les mères à faible revenu.

On a aussi rappelé au Comité que les enfants autochtones du Canada étaient en moins bonne santé que les enfants canadiens en général. En 1986, par exemple, la mortalité infantile enregistrée chez les Indiens inscrits était toujours deux fois plus élevée que celle de la population canadienne (17 pour 1 000 chez les Indiens, comparativement à 8 pour 1 000 pour le Canada)⁹⁶. Dans le même ordre d'idées, le Conseil national des autochtones du Canada a informé le Comité que les taux de mortalité postnatale, de syndrome d'alcoolisme foetal, de suicide (particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans) et de mort violente sont beaucoup plus élevés chez les autochtones que dans la population canadienne dans son ensemble⁹⁷.

Que la santé infantile soit prioritaire dans la politique et la planification des soins de santé devrait aller de soi. Les enfants sont l'avenir du Canada. Les études et l'expérience nous montrent que si les gens commencent leur vie en bonne santé, ils risquent

⁹⁴ Procès-verbaux et témoignages, Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes, 2^e session, 33^e législature, fascicule n° 45, p. 5.

⁹⁵ Chance, D^r Graham, *The John T. Law Lecture*, Quatrième conférence nationale sur les soins périnataux régionalisés et la prévention de handicaps, Ottawa, le 11 novembre 1988.

⁹⁶ Hagey et coll., *op. cit.*, p. 5.

⁹⁷ Mémoire, p. 1-2.

beaucoup moins d'être victimes de maladie et d'incapacité plus tard. On peut supposer que les soins coûteraient moins cher et que la société en général serait plus productive si la population était en meilleure santé.

RECOMMANDATIONS

- 19. Que le gouvernement fédéral élabore, dans un cadre interministériel, une stratégie pour réduire la menace que constitue la pauvreté pour la santé des enfants et des jeunes.**
- 20. Qu'un comité consultatif interministériel fédéral-provincial soit créé pour élaborer des stratégies visant à modifier certains comportements (p. ex. consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires), afin de réduire les facteurs de risque associés à une santé déficiente chez les enfants et les adolescents (p. ex. insuffisance pondérale à la naissance, syndrome d'alcoolisme foetal).**
- 21. Que la promotion et la publicité des produits du tabac soient éliminées dans les meilleurs délais acceptables.**
- 22. Que la publicité sur les boissons alcooliques favorise une consommation responsable et des valeurs sociales positives.**
- 23. Que des avis destinés aux femmes enceintes et portant sur le danger pour la santé soient apposés sur les contenants de boisson alcoolique.**

3. Les femmes

Le Conseil consultatif national sur la situation de la femme a fait valoir que, souvent, les services de santé ne tiennent pas compte de la différence entre les besoins des hommes et ceux des femmes, et qu'il arrive par conséquent que ces services ne répondent pas aux besoins des femmes. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les besoins liés à leur capacité de reproduction et à leur expérience dans la société en tant que femmes. Voici les services que le Conseil demande pour répondre aux besoins particuliers des femmes :

(...) l'accès aux services d'hygiène de la reproduction, y compris l'avortement, pour toutes les habitantes du Canada; l'accès aux autres services de santé, et ce par un élargissement de leur définition et des catégories professionnelles qu'englobent les régimes d'assurance-santé — pour y inclure les sages-femmes, entre autres — en apportant une attention particulière aux

besoins spéciaux des femmes qui vivent en milieu rural et dans les régions éloignées; l'influence du stress qui, faute de programmes et de services adéquats, demeure trop souvent un facteur non reconnu, non diagnostiqué et sans traitement⁹⁸.

Le Conseil considère que, pour réduire la demande d'avortements, il faut d'abord offrir des services de planification familiale et faire de l'éducation sexuelle dans les écoles. Le Conseil a parlé de disparités régionales concernant l'accès à cette information et il a invité le gouvernement fédéral à prendre les mesures voulues pour que toutes les femmes du Canada puissent l'obtenir. Les problèmes d'accès des femmes autochtones sont particulièrement difficiles et souvent aggravés par la pauvreté et le manque de sensibilité à leurs valeurs culturelles.

D'après le Conseil, pour faciliter l'accès des femmes rurales à des services de santé appropriés, il faudrait soit mettre sur pied des services plus rapprochés de chez elles, soit envisager de les amener aux services urbains. Dans ce dernier cas, les frais de transport, d'hébergement et de garderie doivent aussi être pris en considération.

RECOMMANDATIONS

24. Que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan et, en consultation avec les provinces et les territoires, qu'il facilite :
1) l'accès à l'information sur la planification familiale et 2) l'accès à l'éducation familiale dans toutes les régions du Canada.

25. Que le gouvernement fédéral invoque les pouvoirs que lui confère la *Loi canadienne sur la santé* pour que toutes les provinces et les territoires garantissent l'accès à l'avortement thérapeutique à toutes les femmes.

4. Les peuples autochtones

Même si l'état de santé des autochtones s'est amélioré considérablement depuis 20 ans, il est encore bien au-dessous de la moyenne canadienne, tant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci. Durant cette période, l'espérance de vie à la naissance a augmenté et la mortalité infantile a diminué chez tous les Canadiens, y compris les autochtones, mais cette amélioration est beaucoup moins prononcée chez les autochtones que chez les autres Canadiens. Chez les Indiens inscrits, par exemple, l'espérance de vie à la naissance en 1981 était inférieure de 10 ans à celle de la population nationale, et, pour l'an 2001, les projections continuent d'être moins élevées que les

⁹⁸ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 22, p. 5.

données de 1981 pour le reste des Canadiens⁹⁹. Les différences observées entre l'état de santé des deux groupes sont en partie attribuables aux problèmes d'accès au système de santé que les autochtones éprouvent.

Le D^r Gillian Lynch, de Santé et Bien-être social Canada, a souligné que les services dont les populations autochtones ont besoin diffèrent de ceux de l'ensemble des Canadiens, à cause de leur histoire, de leur culture et de leurs autres particularités¹⁰⁰.

Tant le D^r Lynch que le Conseil national des autochtones ont parlé du rôle de la médecine traditionnelle et des coutumes ancestrales dans les soins de santé destinés aux autochtones. On fournit des services d'escorte et d'interprétation dans les villages isolés pour aider les patients à communiquer avec les médecins et les autres travailleurs de la santé. Cependant, plusieurs estiment que si les autochtones participaient davantage à la prestation des services de santé, cela améliorerait leur accès à des soins de qualité. Pour y arriver, il faudrait créer pour les autochtones plus de possibilités de carrière dans ce domaine et leur donner la responsabilité des services de santé offerts dans leurs collectivités. On parle, depuis une vingtaine d'années, de la prise en charge par les autochtones des services dans ce domaine; à certains endroits, c'est déjà chose faite; ailleurs, c'est en voie de le devenir.

Le Programme de carrière dans le domaine de la santé pour les Indiens et les Inuit, qui relève de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, vise à inciter les autochtones à entreprendre une carrière dans ce secteur. Bien que ce programme ait remporté un certain succès, il n'est offert qu'aux autochtones demeurant dans des réserves. En parlant du nombre de professionnels de la santé autochtones, le Conseil des autochtones du Canada a déclaré :

On a un grand besoin ... de médecins, d'infirmières, de dentistes et d'autres professionnels de santé autochtones (...) Pour que la situation change, il faut inciter nos jeunes à se diriger vers des professions dans le domaine de la santé¹⁰¹.

Les représentants du Conseil national des autochtones ont ajouté que bon nombre de leurs jeunes fréquentaient l'université ou le collège et pouvaient aspirer à une carrière dans le domaine de la santé, mais qu'on devait leur offrir des perspectives d'emploi, des encouragements et de l'appui pour les inciter à revenir dans leur collectivité et à y travailler dans ce secteur.

⁹⁹ Hagey et coll., *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁰ Sous-ministre adjointe intérimaire, *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 12.

¹⁰¹ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 19, p. 5-6.

La nécessité de disposer, à des fins de planification, de statistiques complètes sur le nombre de professionnels de la santé autochtones et sur leur répartition apparaît clairement. Les données actuelles sur le nombre de ces professionnels ne sont que fragmentaires.

On s'entend généralement pour dire que si l'on permettait aux autochtones de prendre le contrôle de leurs services de santé, ceux-ci pourraient résoudre leurs problèmes de santé et, du même coup, améliorer leur santé.

La Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada tente par ailleurs de remettre la responsabilité des programmes de santé aux collectivités indiennes qui le désirent. Avant de conclure officiellement une entente de transfert avec la Direction générale, les bandes et les conseils de bande peuvent demander les fonds nécessaires à la préparation (création et formation d'un comité sur la santé, tenue d'une étude sur les besoins en matière de santé et élaboration d'un plan de santé communautaire) de cette prise en charge pour que celle-ci soit couronnée de succès¹⁰². Huit ententes de transfert ont été conclues, des négociations sont en cours pour neuf autres et 69 projets préalables au transfert ont été approuvés¹⁰³. Cette tendance à transférer du gouvernement fédéral aux peuples autochtones la responsabilité des services de santé est compatible avec la tendance plus générale vers l'auto-gouvernement des autochtones. D'après certains, il s'agit d'un jalon très important dans l'amélioration de la santé des autochtones du Canada¹⁰⁴. Les communautés indiennes qui choisissent de maintenir certains ou tous les services existants sont assurés qu'il n'y aura pas une perte du niveau ou de la qualité des services comparativement aux communautés qui décident de gérer leur propre programme de soins de santé.

Le Dr Lynch a ajouté qu'à l'heure actuelle, malgré les ressources affectées aux services de santé dans les réserves, ceux-ci restent souvent fragmentés et ne sont pas uniformément accessibles. Les ressources des réserves pour faire face aux besoins de santé et autres doivent aussi être étirées du fait du projet de loi C-31 destiné à mettre fin

¹⁰² Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 12, p. 7.

¹⁰³ Santé et Bien-être social Canada, *Budget des dépenses 1991-1992*, Partie III, p. 2-78.

¹⁰⁴ Pেকেles, Dr Gary (membre en 1986-1987 du Comité sur la santé des Indiens et des Inuit de la Société canadienne de pédiatrie), «The Health of Indian and Inuit Children in Canada in the 1980's and 1990's», *Le médecin de famille canadien*, vol. 34, juillet 1988, p. 1567-1568.

aux pratiques discriminatoires fondées sur le sexe contenues dans la *Loi sur les Indiens*¹⁰⁵. Le manque de ressources pourrait venir contrecarrer les efforts déployés pour transférer les programmes de santé aux populations autochtones.

On reconnaît également que les problèmes de santé éprouvés par les autochtones vont au-delà des paramètres caractérisant les soins de santé traditionnels. Selon le D^r Lynch, il s'agit plutôt de questions multidisciplinaires demandant l'apport de divers secteurs, notamment les services sociaux et les services de logement et d'hygiène du milieu¹⁰⁶.

Le Conseil national des autochtones a informé le Comité que les autochtones vivant à l'extérieur des réserves ont aussi des problèmes d'accès aux services de santé : «Il ne suffit pas que les provinces disent que les autochtones ont accès aux mêmes services que le reste de la population»¹⁰⁷. Les différences culturelles et linguistiques peuvent constituer des obstacles, pour les autochtones qui utilisent un système de santé établi pour la population en général dans les provinces et les territoires. Des études récentes sur les services de santé offerts dans certaines provinces (Québec, Saskatchewan) ont recommandé des modifications afin que ces services répondent mieux aux besoins des autochtones relevant de ces juridictions. Le Conseil national des autochtones considère que les programmes fédéraux qui influent sur la santé des autochtones devraient s'étendre aux autochtones vivant hors des réserves¹⁰⁸.

5. Les immigrants et les minorités culturelles

Des témoins ont expliqué au Comité que les différences linguistiques et culturelles peuvent aussi créer, pour les immigrants et les minorités culturelles, des problèmes d'accès aux soins de santé. Même s'ils sont accessibles physiquement, les établissements de santé ne peuvent pas être d'une grande utilité pour ces membres de la collectivité qui n'ont pas les compétences linguistiques leur permettant de parler et d'écrire, ou encore lorsque le service ne respecte pas leurs coutumes et leur héritage culturel. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria ont fait valoir, par exemple, qu'il faut aider les immigrants à utiliser les services et porter attention à certaines questions culturelles délicates, comme les restrictions en matière de comportement ou d'alimentation fondées sur des croyances religieuses, ou simplement des habitudes alimentaires

¹⁰⁵ *Cinquième rapport* du Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Nord sur l'étude de la mise en oeuvre de la *Loi modifiant la loi sur les Indiens* adoptée par la Chambre des communes le 12 juin 1985. Août 1988, p. 71-75.

¹⁰⁶ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 12, p. 9.

¹⁰⁷ *Mémoire*, p. 11.

¹⁰⁸ *Idem*.

traditionnelles¹⁰⁹. Dans le même ordre d'idées, le D^r Morton Beiser, président du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, a conclu dans son mémoire que :

Même si théoriquement, les immigrants et les minorités ethnoculturelles ont aussi facilement accès aux services de santé que tous les Canadiens, ce n'est pas une garantie qu'ils en profitent ou que le traitement soit aussi bon pour eux que pour les Canadiens¹¹⁰.

Le Groupe a également constaté que lorsque les praticiens parlent couramment la langue et connaissent bien la culture des immigrants et des minorités culturelles, les patients ont tendance à recourir plus volontiers à leurs services, à se confier davantage et à suivre les traitements avec plus de confiance que lorsqu'ils ont besoin d'un interprète. Le Groupe ajoute qu'il y a toutefois une grave pénurie de praticiens provenant des minorités ethniques parce que des obstacles les empêchent d'exercer au Canada. Les professionnels formés à l'étranger sont souvent empêchés de pratiquer à cause des restrictions à l'obtention du permis et des critères d'admission des établissements post-universitaires¹¹¹.

Le Comité a remarqué que le rapport récent du Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie et du développement régional et du Nord recommandait que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles empêchant l'utilisation des compétences des immigrants reçus¹¹².

RECOMMANDATION

26. Que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles inutiles et fassent la promotion de l'égalité pour les professionnels de la santé qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger afin qu'ils puissent se qualifier et exercer au Canada.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a proposé quatre méthodes pour rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux immigrants âgés et aux membres des minorités culturelles. Ces méthodes pourraient s'appliquer également à tous les membres de ces groupes.

1. Encourager et aider les minorités culturelles à acquérir des compétences orales et écrites dans une des langues officielles.

¹⁰⁹ Mémoire, p. 23.

¹¹⁰ Mémoire, p. 13.

¹¹¹ Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, *Puis ... La porte s'est ouverte*, 1988, p. 71.

¹¹² *Le Canada doit être compétitif*, Ottawa, décembre 1990, p. 9.

2. Encourager et aider les communautés culturelles à déterminer les problèmes éprouvés par leurs membres, aux chapitres des services de santé physique et mentale, et à participer aux efforts pour trouver des solutions.
3. Tenir compte de l'héritage culturel et des coutumes des minorités culturelles au moment de planifier les services de santé dispensés dans les établissements et les collectivités.
4. Veiller à ce qu'un système satisfaisant de contacts et d'information soit établi, de préférence par les membres de la collectivité culturelle elle-même, pour faire connaître les services qui leur sont offerts.

Il faut reconnaître que les femmes immigrantes ou appartenant à des minorités culturelles sont doublement défavorisées quant aux problèmes auxquels elles font face ou à l'accès aux services de santé appropriés.

RECOMMANDATION

- 27. Que le gouvernement fédéral exerce un leadership et aide les gouvernements des provinces et des territoires à modifier et développer des services de santé sensibles aux besoins des femmes, des autochtones, des immigrants et des minorités culturelles.**

E. LA MALADIE MENTALE

Toutes les régions du Canada signalent des problèmes d'accès aux services psychiatriques. L'Association canadienne pour la santé mentale indique que «Les dépenses au titre de la santé mentale sont faibles par rapport à l'ensemble des programmes de santé»¹¹³ et qu'il y aurait lieu de faire une analyse complète des dépenses du Canada à ce chapitre. L'Association a expliqué que les ressources étaient orientées vers les institutions, alors que c'est dans la collectivité que vivent maintenant la majorité des malades mentaux chroniques. Elle ajoute qu'en Ontario, par exemple, de tous les fonds consacrés à la santé mentale en 1985-1986, seulement 4,5 % sont allés à des services communautaires.

Le Dr Barry Jones, directeur du programme de schizophrénie de l'Hôpital Royal d'Ottawa, estime que 7 % de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par des patients souffrant de schizophrénie uniquement. Il a fait, cependant, la mise en garde suivante :

¹¹³ Mémoire, p. 2.

... avant de sortir les personnes des établissements, il faut être prêt à fournir les soins voulus dans la collectivité, et non dans les prisons, dans des pensions surpeuplées ou dans la rue ¹¹⁴.

Le Dr Jones estime que 50 % des sans-abri et 10 % de la population dans les prisons souffrent de troubles mentaux graves. Il ajoute qu'environ 25 % des patients inscrits à son programme alternent entre la vie dans la collectivité et des séjours à l'hôpital pendant les périodes de crise. Il soutient de plus qu'un grand nombre de rechutes peuvent être attribuées à l'environnement très médiocre dans lequel les patients sont placés à leur sortie de l'hôpital.

L'Association des psychiatres du Canada s'inquiète, elle aussi, des problèmes d'accès aux services de soins psychiatriques et invoque la nécessité de lier les services de santé et les services sociaux, surtout en ce qui concerne le logement. Voici ce que dit l'Association :

(...) les psychiatres cliniciens disent avoir pris conscience d'un certain degré d'inflexibilité et de manque de créativité dans le système des soins de santé, qui fait certes obstacle au recours à des services de remplacement moins coûteux (...)¹¹⁵.

Le Dr Molloy¹¹⁶ et l'Association des psychiatres du Canada s'inquiètent du pourcentage relativement élevé de personnes de plus de 80 ans qui souffrent de problèmes psychiatriques chroniques. C'est souvent dans ce groupe, précise l'Association, que les appuis sociaux sont les plus faibles et que l'institutionnalisation est nécessaire pour des raisons de sécurité et de qualité des soins. Il n'y a aucune raison de croire que ces personnes seront en meilleure santé plus tard. Par conséquent, l'Association estime que :

(...) il serait dangereux de planifier les services de santé futurs pour les personnes âgées et les malades mentaux chroniques en se basant sur l'hypothèse optimiste d'un meilleur état de santé général. Une telle hypothèse pourrait entraîner une importante baisse des fonds réservés à un système dont le financement actuel est déjà considéré comme insuffisant (...) une planification fondée sur les mêmes taux de morbidité qu'à l'heure actuelle serait beaucoup plus indiquée¹¹⁷.

Plusieurs témoins, dont l'Association, ont aussi souligné le rôle important que jouent la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans le domaine de la santé mentale. L'abus d'alcool et d'autres substances est considéré comme un facteur clé dans le développement et l'aggravation des troubles psychiatriques. Il a été

¹¹⁴ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 46, p. 9.

¹¹⁵ *Mémoire*, p. 2.

¹¹⁶ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53.

¹¹⁷ *Mémoire*, p. 6.

recommandé de faire plus d'efforts pour informer le public des risques d'un tel abus, surtout en ce qui a trait à la détérioration cognitive, à la violence familiale, à la violence sexuelle et au syndrome d'alcoolisme foetal.

Beaucoup de témoins considèrent que tous les consommateurs de soins de santé doivent participer activement à la prise de décisions au sujet de leur propre santé, ainsi qu'à la planification des services. Il s'ensuit que les consommateurs doivent recevoir de l'information appropriée et ponctuelle pour pouvoir prendre pareilles décisions. L'Association canadienne pour la santé mentale mentionne que la personne souffrant d'une maladie mentale ne veut plus être «la bénéficiaire passive des services médicaux», mais veut «jouer un rôle crucial dans la planification des solutions de rechange aux services conventionnels»¹¹⁸. Même si les services médicaux continueront d'être importants, l'Association canadienne pour la santé mentale prédit que «L'accent sera mis de plus en plus sur d'autres aspects de la vie des malades, y compris le logement, le travail et les relations interpersonnelles»¹¹⁹.

L'Association canadienne pour la santé mentale et l'Association des psychiatres du Canada affirment toutes deux qu'il faut plus d'information à l'échelle nationale sur les ressources en santé mentale, financières comme humaines. De plus, comme nous ignorons si les soins parallèles pour les aînés fragiles, les malades chroniques ou souffrant de démence coûteront plus cher ou moins cher, on recommande de faire des études sur le coût réel de ces soins. Quoi qu'il en soit, il faut répondre aux besoins de ces patients, en établissement ou non. Les fonds affectés à la recherche dans le domaine de la santé mentale en général semblent insuffisants. Les troubles mentaux, par exemple, représentaient 8,3 % des coûts de santé au Canada en 1986, bon deuxième après les maladies cardio-vasculaires, mais ne représentaient que 4,9 % des sommes consacrées à la recherche. Au cours de cette même année, au Québec, les troubles mentaux venaient au premier rang et représentaient 17,9 % des coûts de santé de cette province.

RECOMMANDATIONS

- 28. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur les coûts comparatifs des services de santé mentale fournis en établissement et hors établissement.**
- 29. Que le gouvernement fédéral mette sur pied un centre national d'information sur les ressources en santé mentale, tant financières que humaines.**

¹¹⁸ Mémoire, Résumé.

¹¹⁹ *Idem*.

30. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur la santé mentale.

La pénurie et la mauvaise répartition du personnel en psychiatrie ont aussi été citées pour expliquer les problèmes d'accessibilité aux services psychiatriques. Compte tenu du manque de psychiatres et des caractéristiques géographiques et démographiques du Canada, l'Association des psychiatres du Canada souligne la difficulté de fournir des services adéquats, surtout dans les régions rurales ou moins peuplées. Il faut recruter des psychiatres et les encourager à s'établir dans ces régions par différents moyens : systèmes appropriés de suppléance, dispositions faciles d'accès pour poursuivre des études médicales, stimulants financiers et autres.

L'Association des psychiatres du Canada a aussi souhaité l'adoption d'une approche multidisciplinaire, qui ferait en sorte que des professionnels non médecins (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, infirmières, ergothérapeutes) fassent partie intégrante de l'équipe soignante en santé mentale. Un grand sujet de préoccupation pour l'Association est ce qu'elle voit comme «l'insuffisance actuelle des niveaux d'éducation de tous les travailleurs du domaine de la santé mentale, y compris les psychiatres», particulièrement en ce qui concerne les troubles psychiatriques des personnes âgées¹²⁰.

F. LE SYNDROME D'IMMUNO-DÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

L'accès des personnes atteintes du SIDA ou infectées par le VIH aux services de santé inspire beaucoup d'inquiétude. Le traitement du SIDA et de l'infection par le VIH, d'après différents témoins qui ont comparu devant le Comité parlementaire sur le SIDA, impose «un énorme fardeau pour le personnel des services de santé»¹²¹.

Les témoins comparissant devant le Comité sur le SIDA et ce comité-ci ont constaté que les personnes atteintes du SIDA ou infectées par le VIH peuvent avoir de la difficulté à accéder, par exemple, aux tests de dépistage et aux techniques diagnostiques, aux médicaments, aux services médicaux ainsi qu'à d'autres services de santé.

On a signalé au Comité qu'un diagnostic à point nommé et fiable constitue la première étape d'un traitement efficace. Le D^r Philip Berger a fait remarquer au Comité que les techniques diagnostiques les plus avancées ne sont pas toujours disponibles et que le diagnostic repose en partie sur la possibilité d'administrer des tests anonymes

¹²⁰ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 39, p. 8.

¹²¹ Comité parlementaire sur le SIDA, *Le SIDA : Un Défi*, juin 1990, p. 32.

pour le dépistage du VIH. Le D^r Berger a indiqué que ces tests ne sont pas également disponibles partout au Canada, ni même à l'intérieur des provinces. Il a dit que ceux qui courent le plus de risques d'être infectés par le VIH hésitent à subir des tests dans un système qui permet leur identification¹²².

De la même façon, lorsque l'ancien ministre de la Santé, M. Perrin Beatty, a annoncé la stratégie du gouvernement fédéral sur le SIDA, il a souligné que le caractère confidentiel des tests de dépistage demeurerait une question primordiale¹²³.

Le Comité parlementaire sur le SIDA a reconnu, dans son rapport, que l'anonymat des tests, qui permettrait à une personne de subir un test sans avoir à fournir des renseignements permettant de l'identifier de sorte qu'elle serait la seule à savoir si elle est séro-positif, est une question complexe. Pour les partisans de cette formule, seul l'anonymat des tests garantit le caractère confidentiel. On convient généralement que les tests doivent être volontaires sauf dans les cas de don de sang, de produits du sang, d'organes et de tissus.

RECOMMANDATION

31. Le Comité recommande que le caractère confidentiel de tous les tests de dépistage de l'anticorps anti-VIH soit garanti¹²⁴.

En ce qui concerne la recherche, le Comité reconnaît l'importance des renseignements sur les niveaux d'infection par le VIH au sein de la population, particulièrement dans certains sous-groupes comme les personnes vivant de la prostitution, les consommateurs de drogues, les sans-abri et les détenus. Ces renseignements sont nécessaires pour élaborer des programmes adéquats d'éducation et de prévention permettant de limiter la propagation du virus.

RECOMMANDATION

32. Le Comité appuie le recours aux échantillonnages anonymes et non reliés dans le cadre de la recherche sur le SIDA¹²⁵.

La Société canadienne du SIDA a déclaré au Comité parlementaire sur le SIDA que l'information sur les traitements du SIDA et de l'infection par le VIH est tellement volumineuse et évolue si rapidement, surtout qu'il n'existe aucun mécanisme efficace

¹²² *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 7.

¹²³ Notes pour une allocution de l'honorable Perrin Beatty, 81^e conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, Toronto, 28 juin 1990, p. 7.

¹²⁴ Comité parlementaire sur le SIDA, *op. cit.*, p. 46.

¹²⁵ *Idem*, p. 20.

pour rendre cette information accessible aux médecins, qu'il est très difficile pour les personnes atteintes du SIDA de recevoir les meilleurs soins possible¹²⁶. Le Comité parlementaire a recommandé la création d'un Centre d'information national sur les traitements du SIDA et de l'infection par le VIH, afin de recenser la toute dernière information sur les nouveaux médicaments et les nouveaux traitements et de rendre cette information accessible aux médecins. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé en juin 1990 la mise sur pied d'un système répondant aux critères recommandés, avec une mise de fonds initiale de 990 000 \$¹²⁷. Les médias ont laissé savoir récemment que ce projet risquait d'être retardé, ce qui inquiète énormément les membres du Comité.

Le système d'information est censé corriger les problèmes d'information, du moins pour ce qui est des médecins qui voient un grand nombre de patients atteints du SIDA ou infectés par le VIH. Malheureusement, la clientèle atteinte du SIDA est concentrée chez un nombre relativement restreint de médecins. Le D^r Berger estime qu'en Ontario, plus de 40 % de tous les patients infectés par le VIH sont traités par 17 médecins. On estime que 17 médecins, appartenant au *HIV Primary Care Physicians Group* du centre-ville de Toronto, dont le D^r Berger est membre, soignent environ 3 000 cas. Selon les médias, le stress et les pressions que subissent les médecins des sidatiques au Canada sont très éprouvants physiquement et émotionnellement, et la compensation financière est maigre. Le D^r Berger mentionne les facteurs suivants comme contribuant au problème :

1. (...) il est tout à fait normal que les patients soient plus portés à consulter des médecins qui possèdent une expérience reconnue (...)
2. (...) les médecins qui ne possèdent pas cette expérience sont eux-mêmes dépassés par la complexité de la maladie (...)
3. (...) les soins des patients affectés par le VIH constituent un fardeau financier très lourd pour les médecins, qui n'y trouvent aucun avantage par ailleurs¹²⁸.

Les régimes provinciaux d'assurance-santé ne reconnaissent pas le temps énorme consacré aux visites de counseling et aux consultations téléphoniques.

RECOMMANDATION

33. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à mettre sur pied des modes de rémunération des médecins plus souples et qui tiennent mieux compte des besoins des patients dans leur profession.

¹²⁶ *Idem*, p. 28.

¹²⁷ Notes pour une allocution de l'honorable Perrin Beatty, *op. cit.*, p. 8.

¹²⁸ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 8

Une fois qu'une personne est sidatique, elle a besoin de soins nombreux et suivis. Les spécialistes témoignant devant le Comité parlementaire ont précisé que la majeure partie de ces soins sont assurés par des bénévoles travaillant dans toutes sortes d'organisations communautaires : groupes de soutien, maisons d'accueil, établissements de soins palliatifs, soins à domicile. Par l'intermédiaire du Programme d'action communautaire SIDA, le gouvernement fédéral subventionne des organismes communautaires qui s'occupent de patients atteints de la maladie. Cela se fait en partie par la formation et l'éducation des bénévoles qui oeuvrent dans des organisations communautaires. Le Comité parlementaire a recommandé que le fédéral finance plus généreusement les groupes de soutien communautaire, de même que les programmes d'éducation continue sur le traitement, les soins et le soutien des sidatiques, destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé qui ont commencé à exercer leur profession avant l'apparition du SIDA.

RECOMMANDATION

34. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement les groupes communautaires d'aide aux personnes atteintes du SIDA, ainsi qu'aux programmes d'éducation permanente destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé sur le traitement et les services de soutien relatifs au SIDA.

LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

La santé tient une place importante dans l'économie canadienne. En mars 1991, les travailleurs de la santé regroupaient environ 5 % de la main-d'oeuvre canadienne¹²⁹. Or, il ressort clairement des recherches effectuées et des exposés des témoins qu'il existe des problèmes dans la composition et la répartition de ces ressources humaines. Le présent chapitre examine brièvement ces problèmes et propose des solutions possibles par le biais de la planification des ressources humaines.

A. LES MÉDECINS

Au cours de la dernière décennie¹³⁰, le nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) exerçant au Canada s'est accru plus rapidement que la population. Il en est donc résulté une augmentation importante du ratio médecin/patients. En effet, dans le cas des médecins civils en exercice, à l'exclusion des internes et des résidents, ce ratio est passé de un pour 656 en 1979 à un pour 515 en 1989. Certains craignent même un surplus de médecins.

Au niveau provincial, ce ratio varie grandement. En 1989, il variait de un médecin pour 486 habitants en Colombie-Britannique à un médecin pour 748 habitants au Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, entre 1979 et 1989, la proportion de spécialistes est demeurée sensiblement la même, représentant en moyenne 50 % de l'effectif médical. Le nombre de spécialistes varie entre les provinces. Par exemple, en 1988, au Québec, on dénombrait un spécialiste civil en exercice pour 964 habitants comparativement à un

¹²⁹ Statistique Canada, *La population active*, n° de catalogue 71-001, p. B-29.

¹³⁰ Les données qui suivent ont été fournies par la Division de l'information sur la santé, Direction des systèmes d'information, Santé et Bien-être social Canada, avril 1990. Direction générale de la politique, de la planification et de l'information.

pour 1 883 habitants à Terre-Neuve¹³¹. La répartition des médecins entre centres urbains, régions rurales et régions éloignées est une question problématique à laquelle la plupart des gouvernements provinciaux se sont attaqués avec plus ou moins de succès ces dernières années¹³².

Par comparaison¹³³, en termes d'effectifs médicaux, le Canada se place au-dessus de la moyenne parmi les pays de l'OCDE, tout près des États-Unis et de l'Australie. Des pays tels l'Allemagne, la Grèce, la Belgique et la Suède affichent des effectifs proportionnellement plus élevés que ceux du Canada; cependant, nous comptons plus de médecins par habitant que le Japon, le Royaume-Uni et la Suisse. En outre, le Canada compte une proportion de spécialistes similaire à celle de certains pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et de l'Allemagne, où, en 1987, le pourcentage de spécialistes s'élevait à 84 % et 54 % respectivement. Enfin, l'augmentation du nombre de médecins au Canada pendant la dernière décennie reflète une tendance similaire à celle survenue dans d'autres pays industrialisés.

La proportion de femmes dans l'ensemble des effectifs médicaux a augmenté au cours des dernières années; elle est passée de 14,2 % en 1982 à 16,8 % en 1987. On prévoit que cette tendance va se poursuivre au cours des prochaines années puisque près de la moitié (46,7 %) des étudiants admis en première année de médecine sont des femmes. Des études nous laissent croire qu'une telle tendance pourrait influencer sur la pratique médicale puisqu'il existe des différences importantes entre les hommes et les femmes quant au nombre d'heures de travail par semaine, au nombre de semaines de travail par année, aux interruptions de la vie professionnelle et au temps moyen consacré aux patients¹³⁴.

Enfin, les diplômés étrangers venaient traditionnellement grossir les rangs des médecins exerçant au Canada. Ainsi, de 1961 à 1969, en moyenne, 880 médecins étrangers sont venus s'établir au Canada chaque année. Cette moyenne était de 740 de 1970 à 1979. Elle a toutefois chuté de façon spectaculaire durant la décennie suivante alors qu'elle est passée à 385. En 1989, 20 % des stagiaires post-m.d. en formation dans les facultés de médecine canadiennes avaient obtenu leur diplôme à l'étranger¹³⁵.

¹³¹ Santé et Bien-être social Canada, *Le personnel de la santé au Canada, 1988*, mars 1990, p. 192.

¹³² Association médicale canadienne, *Canadian Physician Resources*, août 1989, p. 29-31.

¹³³ Les données comparatives proviennent du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la main-d'oeuvre sanitaire, *Rapport sur la main-d'oeuvre médicale au Canada*, mai 1990, Annexe A.1.

¹³⁴ Association médicale canadienne, *op. cit.*, p. 26.

¹³⁵ Système informatisé sur les stagiaires post-m.d. en formation clinique, *Recensement annuel des stagiaires post-m.d., 1989-1990*, p. 67.

B. LES RESSOURCES INFIRMIÈRES

Au cours des dernières décennies, les effectifs infirmiers ont enregistré des augmentations annuelles supérieures à celles de la population. On comptait une infirmière autorisée pour 117 habitants et une infirmière auxiliaire autorisée pour 313 habitants en 1978. En 1988, ce rapport se situait à une infirmière autorisée pour 104 Canadiens et une infirmière auxiliaire autorisée pour 315 Canadiens¹³⁶. Ces changements résultent d'une augmentation de la demande de personnel infirmier. L'augmentation des besoins en soins infirmiers a progressé en raison de facteurs démographiques et épidémiologiques, tels l'augmentation de la complexité et de la gravité des maladies, l'évolution des maladies et des méthodes de traitement, ainsi que le vieillissement de la population¹³⁷.

En dépit de l'accroissement des ressources infirmières, plusieurs témoins ont observé une pénurie de personnel infirmier en régions rurales et éloignées ou dans certains domaines spécialisés des centres urbains. On a mentionné que, dans certaines régions du pays, le recrutement et la rétention des infirmières ont toujours posé des difficultés. Certaines provinces ont pris des mesures incitatives pour attirer les infirmières dans les régions reculées et rurales et dans les grands centres urbains comme Toronto. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) soutient que la pénurie en région résulte de facteurs particuliers et propres à la région : coût de la vie élevé, modèle employé pour la pratique infirmière, salaires et avantages sociaux, possibilités de formation continue¹³⁸. Le manque de personnel spécialisé est aussi un sujet de préoccupation depuis longtemps. Certains centres urbains connaissent une pénurie d'infirmières possédant une formation spécialisée, comme les soins intensifs.

L'AIIIC a précisé qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de pénurie de personnel infirmier. L'Association a indiqué que l'impression qu'il y a une pénurie s'explique par le fait que les infirmières et infirmiers ne sont pas disposés à travailler dans les conditions actuelles. En décrivant ces conditions, l'AIIIC soulève les problèmes de dotation dans les hôpitaux, l'absence de participation à la prise de décisions, le peu de possibilités de perfectionnement, le surcroît de tâches non infirmières, la rigidité des horaires de travail et l'insuffisance de la rémunération et des avantages sociaux.

¹³⁶ Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 123 et 139.

¹³⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, mémoire, p. 17.

¹³⁸ *Idem*, p. 15-16.

C. LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ MENTALE

D'après l'Association canadienne pour la santé mentale, les dépenses relatives à la santé mentale ne représentent qu'un faible pourcentage des dépenses nationales de santé. En outre, on retrouve relativement peu de spécialistes dans ce domaine. Par exemple, en 1988, on dénombrait 2 972 psychiatres au Canada, soit un psychiatre par 8 780 habitants. La même année, on comptait un psychologue reconnu ou autorisé par 3 127 habitants¹³⁹.

Plusieurs témoins ont soutenu qu'il y avait une pénurie et une mauvaise répartition géographique de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé mentale. Le Comité consultatif de la santé mentale s'est aussi dit préoccupé par la pénurie de professionnels en soins psychiatriques. Dans son rapport¹⁴⁰, le Comité mentionne que toutes les provinces font face à des problèmes relatifs au nombre, à la distribution et à l'éventail des spécialités psychiatriques. Certaines régions et provinces, d'après ce rapport, n'ont pas été capables d'attirer et de garder des psychiatres, et les modes de rémunérations actuels ne sont pas compatibles avec les modes de la pratique psychiatrique.

Certains témoins ont également souligné qu'il fallait rehausser le niveau d'éducation du personnel de la santé mentale. À cet égard, l'Association des psychiatres du Canada s'est aussi dite préoccupée par ce qu'elle considère comme l'insuffisance actuelle des niveaux d'éducation de tous les travailleurs du domaine de la santé mentale, qu'il s'agisse des psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, infirmières autorisées, ergothérapeutes ou psychiatres. Le besoin de compétences est particulièrement aigu en ce qui concerne les troubles psychiatriques des personnes âgées. L'Association souligne que 5 % des plus de 65 ans sont atteints de démence et chez les plus de 80 ans, cette proportion dépasse 20 %. Elle soutient que des études spécialisées sont essentielles pour maintenir et développer la compétence professionnelle nécessaire pour répondre à la grande variété de besoins médicaux et psycho-sociaux de la population âgée¹⁴¹.

D. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Durant ses audiences publiques, le Comité a pris connaissance des points de vue de nombreuses associations professionnelles ainsi que des professions médicales et infirmières. Dans l'ensemble, on signale une pénurie des travailleurs de la santé et une

¹³⁹ Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 196 et 235.

¹⁴⁰ Comité consultatif de la santé mentale, *Rapport à la Conférence des sous-ministres de la santé*, juin 1990.

¹⁴¹ Mémoire, p. 7-8.

mauvaise répartition des effectifs, tant entre les régions qu'entre les institutions (p. ex. hôpitaux de soins de courte durée ou de soins prolongés, centres de services de santé communautaires).

Par exemple, à l'heure actuelle, on constate une pénurie de thérapeutes dans le secteur de la réadaptation, principalement dans les secteurs de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de l'audiologie¹⁴². Les besoins en main-d'oeuvre augmentent sans qu'il y ait une hausse correspondante du nombre de diplômés. On prévoit que la pénurie de spécialistes en réadaptation va même s'amplifier au cours des années à venir, notamment en raison de l'étroite corrélation entre le vieillissement et l'incapacité.

Il existe également des lacunes considérables dans l'accessibilité aux services des diététiciens dans certaines collectivités, les cliniques médicales, les programmes de soins à domicile, la pratique privée et les commissions scolaires. On constate également de longues listes d'attente pour leurs services dans les hôpitaux¹⁴³. On a également fait remarquer qu'il y avait une pénurie de pharmaciens tant en milieu hospitalier que communautaire. On a aussi constaté une difficulté d'accès à des services pharmaceutiques en milieu rural¹⁴⁴.

La gamme des services dispensés par des professionnels de la santé non médicaux et remboursés par les régimes provinciaux d'assurance-santé varie d'une province à l'autre. Par exemple, au cours de son témoignage, l'Association chiropratique canadienne a indiqué :

À Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les soins de chiropraticiens ne sont pas remboursés du tout. Nos honoraires sont donc payés entièrement par les patients, mais 85 p. cent de ce montant est pris en charge par des régimes d'assurance privés. La situation est la même au Québec où 85 p. 100 de nos honoraires sont pris en charge par des compagnies d'assurance. En Ontario, OHIP prend en charge les soins jusqu'à concurrence de 210 \$ par an et au Manitoba, 15 consultations sont remboursées par l'assurance-maladie. En Saskatchewan, les consultations sont entièrement remboursées. En Alberta, 20 consultations par an sont remboursées, alors qu'en Colombie-Britannique, 11 consultations par an sont remboursées¹⁴⁵.

142 Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé, *Rapport fédéral-provincial sur le personnel de réadaptation*, juin 1988.

143 Association canadienne des diététistes, mémoire.

144 Association pharmaceutique canadienne, mémoire.

145 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 40, p. 26.

Certaines associations professionnelles revendiquent l'inclusion de leurs services dans le régime public d'assurance-santé. Selon certains témoins, ceci n'aurait pas d'influence sur le recours aux services des professionnels non médicaux. D'autres craignent cependant qu'il en résulte une escalade des coûts.

E. LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

L'Association des hôpitaux du Canada mentionne que les pénuries et les problèmes de répartition des travailleurs de la santé touchent en général la totalité des provinces et des territoires au Canada¹⁴⁶. Il en résulte un manque d'accès à des services médicalement nécessaires, particulièrement dans les régions rurales et les régions éloignées qui ont plus de difficultés que les régions urbaines à attirer et à retenir leurs professionnels de la santé, surtout ceux des disciplines hautement spécialisées. On constate également des listes d'attente pour des services spécialisés. On observe aussi le transfert de patients dans d'autres provinces ou à des centres loin des familles et du réseau de soutien social. Il peut également en résulter la substitution d'une discipline pour une autre, la désaffectation de lits et d'unités de soins spécialisés.

Afin de résoudre le problème de la pénurie de médecins en régions, plusieurs témoins ont insisté sur le recours à des incitations financières afin d'encourager le personnel médical à s'implanter dans ces régions. Pour sa part, l'Association médicale canadienne (AMC) croit que cela ne suffit pas à inciter les médecins à exercer leur profession dans des régions mal desservies car d'autres facteurs, tels que la qualité de vie professionnelle et sociale, la proximité d'établissements d'enseignement et les possibilités d'emploi des conjoints influencent également la décision de travailler en région. En outre, l'AMC considère que la meilleure façon de s'attaquer aux problèmes des régions mal desservies doit se faire par l'entremise du système d'éducation. Par ailleurs, elle dit dans son mémoire que la planification des ressources en médecins nécessite une approche commune dont la portée doit être nationale, qui doit tenir compte des ressources provinciales et territoriales et se fonder sur l'évaluation et la planification des besoins régionaux.

RECOMMANDATION

- 35. Que le gouvernement fédéral établisse une politique nationale de planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé).**

¹⁴⁶ Mémoire, p. 7.

Le Comité aimerait que cette politique nationale traite de questions comme la répartition géographique des médecins et la pénurie de spécialistes, la proportion accrue de femmes dans la profession médicale, la situation du personnel infirmier, la pénurie et la répartition des professionnels de la santé ainsi que le rôle de l'ensemble des travailleurs de la santé.

Les pénuries et la mauvaise répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé sont visibles dans toutes les provinces et tous les territoires. Afin de résoudre ces problèmes, les associations professionnelles qui ont comparu devant le Comité ont préconisé, entre autres, la planification du nombre d'étudiants acceptés dans les programmes de sciences de la santé dans les universités, la conception de nouveaux programmes de deuxième et troisième cycles, ainsi que l'élargissement des programmes de formation dans les milieux hospitaliers et communautaires. Nombre de témoins ont suggéré que le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces contribuent au financement des recherches en cours visant à améliorer la préparation, l'utilisation et la supervision des professionnels, ainsi que le recrutement et la rétention du personnel.

RECOMMANDATION

36. Que, dans le cadre de la politique nationale de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé fixe des objectifs précis en matière de ressources humaines à l'échelle nationale et fasse accepter ces objectifs par les universités, les ministres de l'Éducation, les associations professionnelles, hospitalières et de santé, ainsi que par d'autres parties intéressées.

Par ailleurs, de nombreux témoins ont critiqué le rôle de «gardien de l'accès aux services» joué par les médecins. Ils estiment que le recours à d'autres professionnels de la santé viendrait élargir la notion de la santé et permettrait d'offrir des soins de meilleure qualité, plus appropriés et à moindre coût. D'après l'Association chiropratique canadienne, l'insuffisance du recours aux professionnels non médicaux constitue l'une des principales lacunes du régime canadien des soins de santé. Elle mentionne que le régime devrait favoriser le plus possible le recours à des professionnels de la santé qualifiés. Elle ajoute que la difficulté consiste à établir un équilibre entre le droit qu'a la personne de choisir la forme de soins de santé qu'elle désire recevoir et l'obligation qu'a l'État de payer les soins.

(. . .) les données portent à croire que le recours aux thérapies de remplacement est exclusif, à moins que des complications nécessitent la présentation à un autre praticien (la patiente recourt soit à une sage-femme, soit à un médecin). Par conséquent, le financement des thérapies de

remplacement ne fait pas nécessairement augmenter les coûts et peut, au contraire, les réduire considérablement (presque toutes les thérapies de remplacement comportent moins de coûts tant directs, soit d'honoraires du praticien, qu'indirects, soit de frais d'utilisation des installations nécessaires à la prestation des soins)¹⁴⁷.

Au contraire, d'autres témoins ont souligné que l'accès direct aux services par l'entremise d'autres professionnels risque d'entraîner un fort accroissement de la demande et, donc, une hausse des coûts.

147 Mémoire, p. 20.

CHAPITRE 7

LA RECHERCHE

Les sommes consacrées à la recherche dans le domaine de la santé et dans des domaines connexes font actuellement l'objet de débats houleux, de même que la répartition des ressources entre la recherche pure et la recherche appliquée. À une récente conférence de l'Association médicale canadienne, lors d'une séance portant sur la science et la recherche, on a souligné que les définitions de recherche appliquée et de recherche clinique s'étendaient maintenant à la santé des populations, à l'épidémiologie et à la prestation des soins de santé. La recherche sur la prestation des soins de santé comprend des études sur l'utilisation, les résultats, le rapport coût-efficacité, l'efficacité ainsi que sur la pertinence des interventions¹⁴⁸.

Des témoins devant le Comité ont fait état de problèmes semblables ayant trait à la recherche. La Fédération canadienne des sociétés de biologie a attiré l'attention du Comité sur les niveaux de ressources consacrées à la recherche et au développement au Canada, niveaux qu'elle considère comme insuffisants en général, y compris dans le domaine de la santé¹⁴⁹.

Santé et Bien-être social Canada indique que les dépenses engagées dans la recherche en santé représentaient 0.8 % des dépenses totales pour la santé en 1975 et 0,9 % en 1987 (dernière année pour laquelle on a des données vérifiées)¹⁵⁰. On estime que les données de 1987 resteront essentiellement les mêmes en 1990.

¹⁴⁸ Watanabe, Dr Mamoru, doyen de médecine, Université de Calgary, 3rd Annual Leadership Conference, 2 mars 1991.

¹⁴⁹ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53, p. 53.

¹⁵⁰ *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987, 1990*, p. 35.

Une étude récente sur le fardeau économique de la maladie au Canada, menée par la Direction générale de la protection de la santé de Santé et Bien-être social Canada, révèle que les sommes dépensées pour la recherche dans toutes les catégories de maladie correspondent à 1 % des coûts directs de toutes les maladies et à 0,5 % du fardeau économique total de la maladie¹⁵¹.

Les opinions varient sur ce qui devrait constituer les priorités dans le domaine de la recherche en santé. Le Conseil de recherches médicales (CRM) consacre la part du lion de son budget à la recherche pure, tandis que le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) de Santé et Bien-être social Canada affecte la quasi-totalité du sien à la recherche appliquée. Le CRM reçoit toutefois presque neuf fois plus (241,5 millions \$ en 1990-1991) que le PNRDS (28,1 millions \$ en 1990-1991). Les témoins réclament en général plus de fonds pour la recherche en santé, mais d'aucuns s'inquiètent des compressions dont a récemment fait l'objet le budget du PNRDS (recherche appliquée). Ainsi, la Fédération canadienne des sociétés de biologie estime que ces réductions pourraient se répercuter sur la prestation des soins de santé et sur la formation de personnel hautement qualifié dans ce domaine¹⁵².

À 28,1 millions \$, le budget actuel du PNRDS est appauvri de 1 million \$ par rapport au budget principal de 1989-1990. Il est composé de plusieurs éléments, notamment les activités de prévention du SIDA, de l'exploitation sexuelle des enfants et de la violence familiale, dont le budget n'a pas été réduit. On s'attend à ce que les dépenses du PNRDS allant aux personnes âgées et à la stratégie antidrogue dépassent celles de 1989-1990, bien que, dans l'ensemble, les budgets globaux aient été légèrement réduits. Le reste des compressions seront appliquées à la partie non ciblée du budget du PNRDS, c'est-à-dire au financement de projets considérés importants pour améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des soins de santé. Voici des exemples de projets subventionnés dans ce domaine :

- administration des soins de santé,
- prestation et organisation des soins de santé,

¹⁵¹ Wigle, Donald T. et coll., *Economic Burden of Illness in Canada, 1986*, Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques, Laboratoire de lutte contre la maladie, mai 1990, p. 6-7. Cette étude porte sur les coûts directs et indirects compris dans le coût économique total de la maladie, et elle analyse ces coûts par catégorie de maladie. On englobe dans les coûts directs les médicaments, les soins médicaux dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé, les soins hospitaliers, la recherche, les pensions et prestations, les soins hors établissement et les services connexes, les appareils et les frais administratifs divers. Les coûts indirects comprennent la perte de revenu attribuable au décès prématuré et la perte de productivité en 1986 causée par les incapacités à court et à long terme. Les auteurs ont pu déterminer les coûts directs et indirects par catégorie de maladie pour environ 81 % des 97,2 milliards de dollars, soit le coût estimatif total de la maladie.

¹⁵² Mémoire, p. 1.

— normes et qualité des soins de santé / assurance et contrôle de la qualité¹⁵³.

Les projets susmentionnés permettent de recueillir de l'information sur des modes de prestation de soins, nouveaux ou améliorés.

Pour ce qui est de la recherche appliquée, nombre de témoins (y compris le Dr Naylor, Fraser Mustard, le Dr Psutka, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada) ont insisté sur la nécessité d'«innover» dans l'administration comme dans la prestation des services de santé. Un rapport récent du Conseil national du bien-être social insiste sur le besoin d'innovation en matière de prestation des soins, comparativement à l'innovation en médecine¹⁵⁴.

Ce rapport donne à penser que l'assurance-santé a figé des modes établis de prestation des soins de santé et que, depuis son instauration, peu d'efforts ont été déployés pour trouver des modalités plus efficaces ou moins coûteuses.

En 1987, les ministres de la Santé des provinces et des territoires, ont aussi reconnu le besoin d'innovation¹⁵⁵.

Un nombre croissant de provinces investissent des sommes de plus en plus importantes dans la recherche visant à améliorer la prestation des soins de santé. Des versions canadiennes des Organisations de soins de santé intégrés (*Health Maintenance Organizations—HMO*) commencent à être mises à l'essai en Ontario et au Québec; en Colombie-Britannique, le *Victoria Health Project* a été mis sur pied pour tenter de trouver des modèles plus efficaces pour gérer les ressources en santé et pour mieux servir la clientèle âgée. Le Conseil national du bien-être social, voulant éviter que les provinces ne fassent les mêmes recherches, recommande dans son rapport que :

les gouvernements fédéral et provinciaux [créent] une caisse d'innovation pour appuyer les recherches visant à trouver des façons plus appropriées et plus rentables de fournir les services de soins de santé à travers le Canada¹⁵⁶.

Le Conseil estime que pareille approche faciliterait l'évaluation des projets et la sélection de ceux qui sont susceptibles de profiter à plus d'une province. Parallèlement, les provinces pourraient continuer de mettre de l'avant des projets à caractère plus local

¹⁵³ Santé et Bien-être social Canada, Bureau des relations parlementaires, 22 novembre 1990.

¹⁵⁴ Conseil national du bien-être social, *La santé, les soins de santé et l'assurance-maladie*, Ottawa, automne 1990, p. 43-45.

¹⁵⁵ *Future Directions for Health Care Services*, Toronto (rapport présenté à la Conférence économique des premiers ministres), p. 9.

¹⁵⁶ Conseil national du bien-être social, *op. cit.*, p. 45.

que national¹⁵⁷. De plus, grâce à l'élimination de la duplication et au partage des résultats des recherches parmi toutes les provinces, les efforts de recherche pourraient s'avérer plus rentables.

Pour sa part, le D^r Jack O'Hashi, de l'Association médicale canadienne (AMC), est d'avis que nous devrions étudier les déterminants de la maladie. Il donne l'exemple suivant :

Si vous avez, par exemple, dans votre communauté dix personnes qui ont une maladie de la vésicule biliaire nécessitant l'ablation de cet organe, il va falloir le faire, quel que soit le nombre de médecins, le nombre de lits d'hôpitaux, etc. (. . .) Il faudrait peut-être essayer de voir ce que l'on sait sur la genèse de la maladie de la vésicule biliaire et s'il y a une manière d'influer sur elle afin que les gens ne soient pas affectés de cette maladie¹⁵⁸.

Le D^r Robert Spasoff, dans un exposé à une conférence récente de l'AMC, a indiqué qu'il considérait que les sommes affectées à la recherche pour chaque catégorie de maladies devraient être, jusqu'à un certain point, proportionnelles au fardeau que ces maladies imposent à la société quant à leur fréquence et à leurs conséquences. Comme il le souligne, cependant, l'étude de Santé et Bien-être social Canada sur le fardeau économique de la maladie a relevé des écarts considérables entre la charge imposée et la proportion des crédits de recherche qui y sont affectés. La catégorie des blessures, par exemple, est celle qui reçoit le moins pour la recherche même si c'est elle qui coûte le plus cher économiquement.

À l'exemple de différents témoins qui ont comparu devant le Comité, le D^r Spasoff recommande d'accorder plus d'importance à la recherche portant sur les facteurs environnementaux, sociaux et comportementaux influant sur la santé, à la recherche en réadaptation, en prévention de la maladie, en promotion de la santé et en services de santé. Il est suggéré que la base de ce processus de recherche est la disponibilité de l'information sur l'état de santé de la population et les facteurs de risque individuels, de même que sur les courbes d'utilisation des services de santé.

RECOMMANDATIONS

- 37. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour l'élaboration de méthodes permettant de mesurer les résultats dans le domaine des soins de santé, plutôt que de présumer**

¹⁵⁷ *Idem*, p. 44.

¹⁵⁸ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 36, p. 19.

que ces résultats seront satisfaisants si les structures et les mécanismes (hôpitaux, technologie, personnel médical etc.) sont en place.

38. Que le gouvernement fédéral établisse un programme régulier d'enquêtes sur la santé de la population, ce qui facilitera la mise en corrélation des facteurs de risque individuels et des courbes d'utilisation des services de santé avec la santé et les coûts dans une optique à long terme.
39. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour appuyer la recherche visant à trouver des formules innovatrices et rentables afin de fournir des soins de haute qualité dans l'ensemble du Canada.
40. Que des méthodes d'évaluation fassent partie des projets subventionnés par le gouvernement fédéral en vue de trouver de nouvelles formules innovatrices en matière de soins de santé.

La présente étude a été entreprise afin de déterminer si les modalités de financement du régime canadien de soins de santé permettent de dispenser aux Canadiens des soins de qualité, répondant aux critères de la *Loi canadienne sur la santé*. Après avoir entendu de nombreux témoins ayant des compétences, des expériences et des intérêts diversifiés dans le domaine de la santé, le Comité a découvert que notre régime se heurte effectivement à différents défis et que, pour les relever, il ne suffira pas nécessairement de dépenser plus pour le système dans sa forme actuelle. Nous sommes toujours convaincus que le Canada jouit d'un des meilleurs systèmes de santé au monde et nous sommes déterminés non seulement à le préserver, mais aussi à l'améliorer. À maintes reprises, le Comité a entendu que, au lieu d'injecter plus d'argent dans le système, nous devons plutôt répartir nos ressources de manière plus efficace et plus rentable, en reconnaissant que la santé, c'est beaucoup plus que les soins médico-hospitaliers. L'approche préconisée par le Comité au sujet de la planification nationale confirme la nécessité de revoir les thèses qui sous-tendent notre système de santé.

4. Que l'on établisse et finance un Conseil canadien de la santé, représentant les dispensateurs et les bénéficiaires des soins de santé, les chercheurs et d'autres personnes concernées, afin de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des questions nationales liées à la santé. (Chap. 3)
5. Que le gouvernement fédéral consulte les provinces et les territoires pour le développement d'un mécanisme prévoyant le réaménagement graduel de ressources institutionnelles suffisantes (humaines, financières et technologiques) en vue de garantir des niveaux plus adéquats de services communautaires, de soins à domicile et de soins en santé. (Chap. 3)
6. Que, d'ici deux ans, le gouvernement fédéral produise un rapport complet fondé sur une compilation des recherches actuelles et des études pilotes des modes de rémunération des médecins, en mettant un accent particulier sur la pertinence de certains modes de rémunération pour certaines catégories de services spécifiques. (Chap. 3)

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, formule en termes clairs une politique nationale sur les soins de santé qui soit compatible avec la *Loi canadienne sur la santé*. L'énoncé porterait entre autres sur la division des responsabilités entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, les principes fondamentaux du financement aux termes du FPE et les normes de la *Loi canadienne sur la santé*. (Chap. 2)
2. Que le gouvernement fédéral élabore une politique propre à assurer la santé des Canadiens, dans les domaines où la Constitution lui confère la compétence comme l'environnement et les secteurs qui ont une incidence sur la qualité de la vie, notamment le logement, le revenu, l'emploi et l'enseignement postsecondaire. (Chap. 3)
3. Que le gouvernement fédéral insiste sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé et qu'il affecte plus de ressources à l'éducation et l'information des consommateurs, afin d'en faire des partenaires à part entière dans cette entreprise et de les aider à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. (Chap. 3)
4. Que l'on établisse et finance un Conseil canadien de la santé, représentant les dispensateurs et les bénéficiaires des soins de santé, les chercheurs et d'autres personnes concernées, afin de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des questions nationales liées à la santé. (Chap. 3)
5. Que le gouvernement fédéral consulte les provinces et les territoires pour le développement d'un mécanisme prévoyant le réaménagement graduel de ressources institutionnelles suffisantes (humaines, financières et technologiques) en vue de constituer des niveaux plus appropriés de services communautaires, de soins à domicile et de soutien social. (Chap. 3)
6. Que, d'ici deux ans, le gouvernement fédéral produise un rapport complet fondé sur une compilation des recherches actuelles et des études pilotes des modes de rémunération des médecins, en mettant un accent particulier sur la pertinence de certains modes de rémunération pour certaines catégories de service spécifiques. (Chap. 3)

7. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à continuer d'élaborer des solutions de rechange novatrices aux modes de rémunération des médecins. (Chap. 3)
8. Que le gouvernement fédéral inscrive au programme de la prochaine conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé l'établissement de services de soutien et de relève destinés aux bénévoles qui soignent les Canadiens âgés ou handicapés. (Chap. 4)
9. Que le gouvernement fédéral établisse, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, des objectifs visant à améliorer l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées à une vaste gamme de services dont leur santé dépend. (Chap. 4)
10. Que l'on consacre des ressources à l'information des personnes âgées afin de leur donner davantage de pouvoirs à titre de consommateurs et qu'elles puissent partager avec leur famille, les professionnels de la santé et les non-professionnels qui les soignent, la responsabilité de faire un choix valable au sujet de leur propre santé. (Chap. 4)
11. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, uniformise la terminologie partout au Canada, afin de permettre des comparaisons valables de la qualité et du coût des soins institutionnels, communautaires et à domicile. (Chap. 4)
12. Que le gouvernement fédéral soutienne la recherche, l'éducation ainsi que le développement de compétences spécialisées en gériatrie et en gérontologie parmi les professionnels de la santé et du service social. (Chap. 4)
13. Que le gouvernement fédéral, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, planifie les services de santé futurs pour les personnes âgées, en tenant compte de facteurs tels que les modes de vie actuels et futurs, le rôle de la famille, la disponibilité des services sociaux, les ressources financières des personnes âgées et les besoins particuliers des aînés, handicapés physiques et mentaux. (Chap. 4)
14. Que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour déterminer la possibilité de légiférer afin de permettre aux personnes âgées de préciser le niveau de soins qu'elles souhaiteraient recevoir si jamais elles étaient atteintes d'une maladie les rendant incapables à prendre une décision. (Chap. 4)
15. Que le gouvernement fédéral s'attaque aux problèmes entourant l'utilisation des soins de courte durée en appuyant des travaux de recherche visant un système de santé coordonné et intégré, afin d'assurer la continuité des soins entre les hôpitaux

- de soins de courte durée et les établissements de soins prolongés, les services communautaires et les soins à domicile, ce qui aidera la clientèle à accéder aux soins appropriés. (Chap. 5)
16. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, évalue l'utilisation d'un éventail plus large de professionnels de la santé dans le régime d'assurance-santé. (Chap. 5)
 17. Que le gouvernement fédéral favorise, par la recherche, l'instauration de services de santé mieux adaptés aux besoins des populations rurales et nordiques du Canada. (Chap. 5)
 18. Que le gouvernement fédéral appuie, dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales de financement, des programmes innovateurs afin de recruter et de garder du personnel dans les régions du pays où il y a pénurie. (Chap. 5)
 19. Que le gouvernement fédéral élabore, dans un cadre interministériel, une stratégie pour réduire la menace que constitue la pauvreté pour la santé des enfants et des jeunes. (Chap. 5)
 20. Qu'un comité consultatif interministériel fédéral-provincial soit créé pour élaborer des stratégies visant à modifier certains comportements (p. ex. consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires), afin de réduire les facteurs de risque associés à une santé déficiente chez les enfants et les adolescents (p. ex. insuffisance pondérale à la naissances, syndrome d'alcoolisme foetal). (Chap. 5)
 21. Que la promotion et la publicité des produits du tabac soient éliminées dans les meilleurs délais acceptables. (Chap. 5)
 22. Que la publicité sur les boissons alcooliques favorise une consommation responsable et des valeurs sociales positives. (Chap. 5)
 23. Que des avis destinés aux femmes enceintes et portant sur le danger pour la santé soient apposés sur les contenants de boisson alcoolique. (Chap. 5)
 24. Que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan et, en consultation avec les provinces et les territoires, qu'il facilite : 1) l'accès à l'information sur la planification familiale et 2) l'accès à l'éducation familiale dans toutes les régions du Canada. (Chap. 5)
 25. Que le gouvernement fédéral invoque les pouvoirs que lui confère la Loi canadienne sur la santé pour que toutes les provinces et les territoires garantissent l'accès à l'avortement thérapeutique à toutes les femmes. (Chap. 5)

26. Que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles inutiles et fassent la promotion de l'égalité pour les professionnels de la santé qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger afin qu'ils puissent se qualifier et exercer au Canada. (Chap. 5)
27. Que le gouvernement fédéral exerce un leadership et aide les gouvernements des provinces et des territoires à modifier et développer des services de santé sensibles aux besoins des femmes, des autochtones, des immigrants et des minorités culturelles. (Chap. 5)
28. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur les coûts comparatifs des services de santé mentale fournis en établissement et hors établissement. (Chap. 5)
29. Que le gouvernement fédéral mette sur pied un centre national d'information sur les ressources en santé mentale, tant financières que humaines. (Chap. 5)
30. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur la santé mentale. (Chap. 5)
31. Le Comité recommande que le caractère confidentiel de tous les tests de dépistage de l'anticorps anti-VIH soit garanti. (Chap. 5)
32. Le Comité appuie le recours aux échantillonnages anonymes et non reliés dans le cadre de la recherche sur le SIDA. (Chap. 5)
33. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à mettre sur pied des modes de rémunération des médecins plus souples et qui tiennent mieux compte des besoins des patients dans leur profession. (Chap. 5)
34. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement les groupes communautaires d'aide aux personnes atteintes du SIDA, ainsi qu'aux programmes d'éducation permanente destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé sur le traitement et les services de soutien relatifs au SIDA. (Chap. 5)
35. Que le gouvernement fédéral établisse une politique nationale de planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé). (Chap. 6)
36. Que, dans le cadre de la politique nationale de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé fixe des objectifs précis en matière de ressources humaines à l'échelle nationale et fasse accepter ces objectifs par les universités, les ministres de l'Éducation, les associations professionnelles, hospitalières et de santé, ainsi que par d'autres parties intéressées. (Chap. 6)

37. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour l'élaboration de méthodes permettant de mesurer les résultats dans le domaine des soins de santé, plutôt que de présumer que ces résultats seront satisfaisants si les structures et les mécanismes (hôpitaux, technologie, personnel médical, etc.) sont en place. (Chap. 7)
38. Que le gouvernement fédéral établisse un programme régulier d'enquêtes sur la santé de la population, ce qui facilitera la mise en corrélation des facteurs de risque individuels et des courbes d'utilisation des services de santé avec la santé et les coûts dans une optique à long terme. (Chap. 7)
39. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour appuyer la recherche visant à trouver des formules innovatrices et rentables afin de fournir des soins de haute qualité dans l'ensemble du Canada. (Chap. 7)
40. Que des méthodes d'évaluation fassent partie des projets subventionnés par le gouvernement fédéral en vue de trouver de nouvelles formules innovatrices en matière de soins de santé. (Chap. 7)

curatif : se dit des soins ou traitements donnés en vue de guérir, tout particulièrement une maladie.

dépenses de santé : ensemble des dépenses des secteurs privé et public comprenant les dépenses du gouvernement fédéral ainsi que des gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux, des commissions des accidents du travail, des organismes privés et des consommateurs.

dépenses de santé du secteur public : dépenses de santé effectuées par les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux).

données démographiques : données statistiques décrivant une population en fonction notamment de l'âge, du sexe et de l'état civil.

endartériectomie : intervention chirurgicale comportant la résection de la tunique interne d'une artère et généralement pratiquée pour enlever un caillot ou gratter la tunique d'un vaisseau artérioscléreux.

épidémiologie : discipline qui étudie les différents facteurs influant sur la santé des populations, notamment l'incidence des maladies, leur mode de distribution et les moyens de les contrôler.

gériatrie : médecine de la vieillesse.

gérontologie : étude de la vieillesse.

holistique : se dit des moyens de prévention contre les maladies et des traitements qui tiennent compte non seulement des besoins physiques des patients mais aussi de leurs besoins psychologiques et affectifs et de leur mode de vie.

iatrogénique : se dit d'un trouble ou d'une affection survenant à la suite d'un diagnostic ou d'un traitement.

incapacité : toute réduction ou absence, due à une déficience, de la capacité d'exécuter une activité de la manière normale ou considérée comme normale pour un être humain.

maladie chronique : maladie de longue durée ou qui revient souvent.

mode de financement du budget global : arrangement en vertu duquel une somme globale est affectée annuellement à une organisation (p. ex. un hôpital) par un organisme de financement pour tous les services fournis par cette organisation.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : organisation qui encourage la coopération et le développement économiques dans les 24 pays suivants : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie.

Organisation de préservation de la santé : organisation de soins de santé qui agit à la fois comme assureur et comme dispensateur d'une vaste gamme de services médicaux bien définis. Un groupe précis de médecins fournit des services à des personnes qui se sont inscrites volontairement moyennant le versement d'une somme forfaitaire.

personnes âgées : personnes de 65 ans et plus.

personnes âgées fragiles : on désigne souvent les personnes âgées de 85 ans et plus sous le nom de «personnes âgées fragiles» parce que ce groupe a tendance à avoir besoin de plus de soins que le groupe des gens âgés entre 65 et 84 ans.

produit intérieur brut (PIB) : correspond à la valeur des biens et services produits sur le territoire canadien au cours d'une année, que les facteurs de production soient des résidents ou des non-résidents.

produit national brut (PNB) : correspond à la valeur marchande des biens et services produits au cours d'une année par les facteurs canadiens de production (c.-à-d. par des résidents).

rémunération à l'acte : mode de rémunération en vertu duquel un professionnel de la santé reçoit un certain montant pour chaque acte ou service fourni selon un barème d'honoraires; il s'agit là du mode de rémunération des médecins le plus couramment utilisé dans le cadre des programmes d'assurance-santé au Canada.

services personnels de santé : catégorie de soins et de services offerts aux particuliers et comprenant les soins en établissement et services connexes, les services professionnels, ainsi que les médicaments et appareils.

soins actifs : soins ou traitements donnés pour une maladie ou une blessure, généralement de courte durée ou soudaine, qui exige une grande attention de la part des dispensateurs de soins.

soins prolongés : soins donnés pour une maladie ou une incapacité (physique ou mentale) de longue durée ou à long terme.

système de forfait par patient : mode de rémunération des médecins et d'autres professionnels de la santé qui consiste à leur verser régulièrement (généralement une fois par an) une somme négociée pour une vaste gamme de services fournis à une population précise, somme qui est calculée en fonction du nombre de patients, de leur âge et de leur sexe.

taux de morbidité : nombre de sujets atteints d'une maladie au sein d'une population de 1000 personnes pendant une période déterminée.

taux de mortalité : nombre de décès au sein d'une population de 1000 personnes pendant une période déterminée.

traitement électif : traitement facultatif ou non urgent.

LISTE DES TÉMOINS

| | DATE | FASCICULE N° |
|--|--------------------------|--------------|
| <p>médicament</p> <p>L'honorable Judith Erola, C.P., présidente;</p> <p>Gordon Posselt, directeur des affaires universitaires et scientifiques et directeur administratif de la Fondation pour la recherche en éducation de la santé de l'ACIM.</p> | 10 mai 1990 | 53 |
| <p>Association canadienne de physiothérapie</p> <p>Nancy Prews, présidente;</p> <p>Brenda Myers, directrice administrative.</p> | 8 novembre 1990 | 44 |
| <p>Association canadienne des diététistes</p> <p>Shirley Power, présidente;</p> <p>Brena Maloff, directrice, Section alimentation, Calgary Health Services;</p> <p>Martha Sharp, directrice administrative.</p> | 1 ^{er} mai 1990 | 22 |
| <p>Association canadienne des ergothérapeutes</p> <p>Thelma Gall, présidente;</p> <p>Jacqueline McGarry, présidente élus;</p> <p>Margaret Brockitt, directrice administrative.</p> | 26 avril 1990 | 25 |
| <p>Association canadienne des hôpitaux d'enseignement</p> <p>D^r Finlay Minkorach, secrétaire-trésorier.</p> | 20 avril 1990 | 28 |
| <p>Association canadienne des optométristes</p> <p>D^r Thomas L. Adameck, président;</p> <p>D^r Margaret Hanson des Groscliers, secrétaire-trésorier;</p> <p>D^r M. E. Woodruff, consultant;</p> <p>Gérard Lambert, directeur administratif.</p> | 10 avril 1990 | 24 |

LISTE DES TÉMOINS

| | DATE | FASCICULE N° |
|---|--------------------------|--------------|
| Association canadienne de l'industrie du médicament L'honorable Judith Erola, C.P., présidente; Gordon Postlewaite, directeur des Affaires universitaires et scientifiques et directeur administratif de la Fondation pour la recherche en sciences de la santé de l'ACIM. | 22 janvier 1991 | 53 |
| Association canadienne de physiothérapie Nancy Plews, présidente; Brenda Myers, directrice administrative. | 6 novembre 1990 | 44 |
| Association canadienne des diététistes Shirley Power, présidente; Bretta Maloff, directrice, Secteur alimentation, <i>Calgary Health Services</i> ; Marsha Sharp, directrice administrative. | 1 ^{er} mai 1990 | 27 |
| Association canadienne des ergothérapeutes Thelma Gill, présidente; Jacqueline McGarry, présidente élue; Margaret Brockett, directrice administrative. | 26 avril 1990 | 26 |
| Association canadienne des hôpitaux d'enseignement D ^r Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier. | 26 avril 1990 | 26 |
| Association canadienne des optométristes D ^r Thomas L. Adamack, président; D ^r Margaret Hansen-des Groseilliers, secrétaire- trésorière; D ^r M.E. Woodruff, consultant; Gérard Lambert, directeur administratif. | 10 avril 1990 | 24 |

| | DATE | FASCICULE N ^o |
|---|-----------------|--------------------------|
| Association canadienne des travailleurs sociaux Gail McDougall, présidente; Kim Clare, présidente du Comité de politique sociale; Sandy Campbell, présidente, Section <i>Mid-Western</i> de l'Association des travailleurs sociaux professionnels de l'Ontario. | 10 mai 1990 | 30 |
| Association canadienne pour la santé mentale Mary D. Oordt, présidente nationale; Craig Hurst, membre du conseil d'administration; Edward J. Pennington, directeur général; Bonnie Pape, directrice du programme. | 6 novembre 1990 | 44 |
| Association chiropratique canadienne D ^r John Cochrane, président; D ^r Greg Dunn, deuxième vice-président. | 18 octobre 1990 | 40 |
| Association des citoyens avertis pour la médecine préventive Ronald Dugas, président; Ken Basham, vice-président. | 25 octobre 1990 | 42 |
| Association des consommateurs du Canada Jean Jones, présidente du Conseil de la santé; Rachel Dalzell, membre du conseil d'administration et du Conseil de la santé. | 3 avril 1990 | 23 |
| Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec Marielle Delaney, vice-présidente. | 13 février 1990 | 16 |
| Association des hôpitaux du Canada Carol Clemenhagen, présidente et directrice administrative; Elma Heidemann, présidente du conseil d'administration. | 9 octobre 1990 | 38 |
| Association des infirmières et infirmiers du Canada Judith Ritchie, présidente; Judith A. Oulton, directrice administrative. | 10 mai 1990 | 30 |

| | DATE | FASCICULE N° |
|--|-----------------|--------------|
| Association des psychiatres du Canada D ^r Pierre Beauséjour, secrétaire; D ^r Marie-France Rivard, conseillère en psychiatrie pour les personnes âgées, Hôpital Royal d'Ottawa. | 11 octobre 1990 | 39 |
| Association médicale canadienne D ^r Marcien Fournier, président; D ^r William J. Vail, président du Comité de planification des effectifs de médecins; D ^r Jack O'Hashi, membre du Comité des disciplines paramédicales; D ^r Peter K. Fraser, membre du Comité spécial sur la responsabilité professionnelle; D ^r Léo-Paul Landry, secrétaire général. | 12 juin 1990 | 36 |
| Association pharmaceutique canadienne Leroy Fevang, directeur général; D ^r Jeff Poston, directeur de la recherche. | 12 juin 1990 | 36 |
| Baycrest Centre for Geriatric Care Sandra Leggat, directrice de la planification; Sam Ruth, consultant. | 25 octobre 1990 | 42 |
| *Berger, Dr Philip B. (Université de Toronto) | 21 janvier 1991 | 52 |
| Canadian Co-Operative Association Lynden Hillier, directeur administratif; Thomas E. Marwick, directeur administratif, <i>Regina Community Clinic</i> . | 20 mars 1990 | 20 |
| *Capretta, Rosalie (Université McMaster) | 22 janvier 1991 | 53 |
| *Castonguay, Claude (ex-ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social (1970-1971) et ex-ministre des Affaires sociales (1971-1973) du Québec) | 5 juin 1990 | 35 |
| Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail Maureen Shaw, présidente du Conseil des gouverneurs. | 1er mai 1990 | 27 |

| | DATE | FASCICULE N ^o |
|---|-----------------|--------------------------|
| Coalition canadienne de la santé Kathleen Connors, vice-présidente et présidente de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; Pamela FitzGerald, coordonnatrice administrative. | 27 mars 1990 | 22 |
| Conseil canadien de protection des animaux Harry Rowsell, directeur administratif. | 22 janvier 1991 | 53 |
| Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (CCCSF) Glenda P. Simms, présidente; Eliane Silverman, directrice de la recherche. | 27 mars 1990 | 22 |
| Conseil consultatif national sur le troisième âge Susan Fletcher, directrice; Joel Aldred, membre du Conseil consultatif de l'Ontario sur le troisième âge; Judith Stryckman, chef, Recherche et développement des politiques. | 6 février 1990 | 15 |
| Conseil national des autochtones du Canada Christopher McCormick, porte-parole national; Dorothy McCue, coordonnatrice de la santé. | 13 mars 1990 | 19 |
| *Contandriopoulos, André- Pierre (Université de Montréal) | 3 avril 1990 | 23 |
| *Courchene, Thomas (Université Queen's) | 22 janvier 1991 | 53 |
| Fédération canadienne des sociétés de biologie Kevin M.W. Keough, président; Diane Finegood, présidente, Comité sur l'expérimentation animale. | 22 janvier 1991 | 53 |
| *Fulton, Jane (Université d'Ottawa) | 6 février 1990 | 15 |
| *Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society) | 23 janvier 1990 | 13 |

| | DATE | FASCICULE N° |
|--|-------------------------------|--------------|
| *Gilmore, D^r Norbert (Université McGill) | 21 janvier 1991 | 52 |
| Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada Dr Helen Mussallem, présidente; Donna Roe, directrice générale nationale; Cathy Bonnah, coordonnatrice nationale pour une meilleure participation des aînés; Mary Buzzell, directrice du développement en éducation, Hamilton-Wentworth. | 8 mars 1990 | 18 |
| Institut canadien de la santé infantile Daniel H. Drown, président; Denise Avard, vice-présidente à la recherche. | 20 février 1990 | 17 |
| *Jones, D^r Barry (Hôpital Royal d'Ottawa) | 22 novembre 1990 | 46 |
| *Lavoie, Joe N. (Care Med International) | 21 janvier 1991 | 52 |
| *Ley, D^r Dorothy (présidente du Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne) | 13 février 1990 | 16 |
| *Lomas, Jonathan (Université McMaster) | 21 janvier 1991 | 52 |
| *Marmor, Theodore R. (Université Yale) | 21 janvier 1991 | 52 |
| *McMurtry, D^r Robert Y. (Université de Calgary) | 22 mars 1990 | 21 |
| *Mepham, Virginia | 22 janvier 1991 | 53 |
| *Molloy, D^r D.W. (Université McMaster) | 22 janvier 1991 | 53 |
| *Mustard, D^r Fraser (Institut canadien de recherches avancées) | 10 décembre 1990 | 48 |
| *Naylor, D^r David (Université de Toronto) | 1 ^{er} novembre 1990 | 43 |
| Nurse Practitioners Association of Ontario Wendy Goodine, présidente; Carolyn Davies, présidente élue. | 23 octobre 1990 | 41 |

| | DATE | FASCICULE N ^o |
|--|------------------|--------------------------|
| Partners in Research | 11 décembre 1990 | 49 |
| Bessie Borwein, doyen adjoint (Recherche), Université de Western Ontario; | | |
| Mark Bisby, chercheur, Département de physiologie, Université Queen's; | | |
| Ronald G. Calhoun, directeur administratif. | | |
| *Psutka, D^r Dennis (Université McMaster) | 8 novembre 1990 | 45 |
| *Rachlis, D^r Michael | 22 janvier 1991 | 53 |
| Santé nationale et Bien-être social, ministère | | |
| L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social; | 12 décembre 1989 | 11 |
| D ^r Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous- ministre adjoint intérimaire, Direction générale des programmes de service social; | 28 novembre 1989 | 10 |
| D ^r Gillian Lynch, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services médicaux; | 19 décembre 1989 | 12 |
| E. Michael Murphy, secrétaire, Étude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique et sociale; | 12 décembre 1989 | 11 |
| Marie Fortier, directrice générale, Direction des services de la santé; | 30 janvier 1990 | 14 |
| Jim Moore, directeur général, Transfert des programmes, politique et planification, Direction générale des services médicaux; | 28 novembre 1989 | 10 |
| Ed Tupper, directeur général, Direction de la santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux. | 19 décembre 1989 | 12 |
| *Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph) | 8 mars 1990 | 18 |

***a comparu à titre personnel**

LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN MÉMOIRE

- Association canadienne de physiothérapie
- Association canadienne des diététistes
- Association canadienne des ergothérapeutes
- Association canadienne des hôpitaux d'enseignement
- Association canadienne des infirmières et infirmiers auxiliaires
- Association canadienne des optométristes
- Association canadienne des travailleurs sociaux
- Association canadienne pour la santé mentale
- Association chiropratique canadienne
- Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada
- Association des citoyens avertis pour la médecine préventive
- Association des consommateurs du Canada
- Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec
- Association des hôpitaux du Canada
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Association des psychiatres du Canada
- Association médicale canadienne
- Association pharmaceutique canadienne (2 mémoires)

Baycrest Centre for Geriatric Care

Beiser, D^r Morton (Université de la Colombie-Britannique)

Canadian Co-Operative Association

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

Chappell, Neena (Université du Manitoba)

Coalition canadienne de la santé

Community Health Co-Operative Federation of Saskatchewan

Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Conseil national des autochtones du Canada

Corporation professionnelle des acupuncteurs du Québec Inc.

Fédération canadienne des sociétés de biologie

Fulton, Jane (Université d'Ottawa)

Fyke, Kenneth J. (*Greater Victoria Hospital Society*)

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Institut canadien de la santé infantile

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir

Ley, D^r Dorothy (Beaverton, Ontario)

Norton, James A. (*Foster Higgins*)

Nurse Practitioners Association of Ontario

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Toronto métropolitain, Département des Services communautaires de la municipalité

Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)

Workers' Compensation Commission of Newfoundland and Labrador

LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN DOCUMENT AUTRE QU'UN MÉMOIRE

- Alliance canadienne pour la recherche sur la schizophrénie
Association canadienne des ergothérapeutes
Association canadienne des fabricants de médicaments non-ordonnés
Association chiropratique canadienne
Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada
Association médicale canadienne
Canadian Co-Operative Association
Canadian Holistic Medical Association
Capital Regional District Care Programs (Victoria, C.-B.)
Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan
Conseil canadien de protection des animaux
Conseil consultatif national sur le troisième âge
Contandriopoulos, André-Pierre (Université de Montréal)
Fédération canadienne de démographie
Fédération canadienne des sociétés de biologie
Friends of Schizophrenics, Ottawa-Carleton
Fulton, Jane (Université d'Ottawa)

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Manga, Pran (Université d'Ottawa)

McMurtry, D^r Robert Y. (Université de Calgary)

Molloy, D^r D.W. et Virginia Mepham

Naylor, D^r David (Université de Toronto)

Nurse Practitioners Association of Ontario

Organisation nationale anti-pauvreté

Reich, D^r Carl J. (Calgary, Alberta)

Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)

Alliance canadienne pour la recherche sur la santé

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des infirmières et infirmiers

Association chiropratique canadienne

Association de médecine chinoise

Association médicale canadienne

Canadian Co-operative Association

Canadian Holistic Medical Association

Capital Regional District Care Program

Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan

Conseil canadien de protection des animaux

Conseil consultatif national sur le vieillissement

Conseil canadien des infirmières et infirmiers

Fédération canadienne de dermatologie

Fédération canadienne des sociétés de psychologie

Friends of Schizophrenics, Ottawa-Carleton

Fulter, Jane (Université d'Ottawa)

SOMMAIRE DES ÉTUDES PROVINCIALES

En vertu de la Constitution, la prestation des services de santé incombe principalement aux gouvernements des provinces et des territoires. Bien que chaque régime provincial d'assurance-santé doive se conformer aux critères et conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces ont pu développer au cours des années des réseaux de soins de santé qui tiennent compte de leurs particularités. À l'heure actuelle, les systèmes provinciaux de santé sont de style et de nature variés.

En dépit de leur singularité, les régimes de soins de santé des provinces font face aux mêmes défis. De façon générale, les ministères provinciaux de la santé sont fortement préoccupés par les dépenses de santé. Dans toutes les provinces canadiennes, les dépenses au titre de la santé accaparent des sommes très importantes; à l'heure actuelle, elles représentent environ le tiers des budgets provinciaux et territoriaux. Vraisemblablement, ces dépenses vont continuer d'augmenter en raison de facteurs tels que le vieillissement de la population, le SIDA, le développement de technologies nouvelles, l'augmentation des salaires des ressources humaines et l'accroissement des coûts en institution. Les provinces portent également une attention accrue aux limites du modèle médical traditionnel qui, dit-on, met l'accent sur la maladie plutôt que sur la santé. Elles s'interrogent aussi sur les modes actuels de financement ainsi que sur le rôle et la répartition des divers professionnels de la santé.

Afin de trouver des solutions permettant de relever les défis du siècle prochain dans le secteur de la santé, les provinces ont mis sur pied différentes commissions d'enquête ou groupes de travail. Les sections suivantes décrivent les mandats des commissions et groupes de travail et présentent une brève liste des principales recommandations.

A. LE MANDAT DES COMMISSIONS D'ENQUÊTE PROVINCIALES ET DES GROUPES DE TRAVAIL

Le nombre de commissions d'enquête et d'étude sur les soins de santé annoncées par les provinces ces dernières années témoigne de leur volonté d'examiner toutes les facettes de leur système dans le but d'en accroître l'efficacité et l'efficacités et de préparer

l'avenir. Les commissions d'enquête du Québec, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve, ainsi que le réseau consultatif du Manitoba, ont examiné sérieusement l'orientation future de leurs programmes de soins de santé et ont déjà publié des rapports. En outre, une commission royale d'enquête, présidée par Robert Evans, a été mise sur pied en Colombie-Britannique. En Ontario, plusieurs groupes de travail ont été mis sur pied pour analyser des aspects variés du régime de soins de santé. Par ailleurs, les provinces impliquées dans l'examen de leur système de santé se sont également rencontrées et ont partagé leur vision entre elles. En effet, la Commission albertaine a tenu, en avril 1989, une conférence de trois jours qui a réuni les représentants de nombreux comités et commissions des provinces. Cette conférence leur a permis d'échanger leurs idées et de partager leur expérience relativement à des aspects multiples du système de soins de santé.

Afin d'évaluer des approches innovatrices pour répondre aux besoins changeants de soins de santé, des mandats variés ont été confiés aux commissions et groupes de travail. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, la commission s'est penchée sur les moyens de contrôler le coût des soins de santé dans les trois secteurs les plus coûteux : les hôpitaux, les soins médicaux et les médicaments d'ordonnance. De son côté, la commission royale de Terre-Neuve s'est intéressée aux coûts relatifs aux hôpitaux et aux maisons de santé. C'est dans une perspective plus globale que les commissions du Québec, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique et le réseau consultatif du Manitoba ont entrepris d'analyser l'état actuel de leurs régimes respectifs de soins de santé.

B. SOMMAIRE DES RAPPORTS PROVINCIAUX

Les rapports des commissions et groupes de travail des provinces font plusieurs constats. Tout d'abord, les citoyens des provinces jouissent d'un niveau de santé relativement élevé, si on le compare à celui des habitants d'autres pays, et semblent généralement satisfaits de leur réseau de soins de santé. Cependant, on dénombre dans les provinces d'importantes inégalités dans l'état de santé de différents groupes de la population. On retrouve, dans toutes les provinces, des régions moins bien desservies. Les rapports soulèvent certaines préoccupations quant à la main-d'oeuvre sanitaire, notamment la pénurie de personnel dans certains domaines et la mauvaise répartition géographique. On mentionne que les besoins en matière de santé sont en évolution et posent de nombreux défis. L'interaction entre le caractère limité des ressources disponibles et le caractère presque illimité des besoins ou des demandes impose des contraintes financières aux régimes de soins de santé. Ce fardeau financier

se trouve accentué notamment par le recours aux technologies nouvelles dispendieuses, le chevauchement des services entre les établissements, le remboursement des honoraires médicaux à l'acte et l'importance accordée au secteur institutionnel. Tous les rapports insistent sur la nécessité de préserver la qualité et l'accessibilité des services. Toutefois, on croit que des modifications s'imposent si l'on veut être en mesure de répondre aux besoins de la population à l'aube du 21^e siècle. Parmi les solutions proposées dans les différents rapports, il convient de mentionner les recommandations communes suivantes :

1. Il faut porter une attention accrue aux limites du modèle médical traditionnel qui met l'accent sur la maladie. Pour ce faire, le système doit être réorienté. Ainsi, il faut souligner davantage la promotion de la santé et la prévention des maladies. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)
2. Une décentralisation et un processus de régionalisation sont nécessaires pour améliorer la qualité du réseau et la prestation des services, et donc parvenir à une gestion plus efficace. On suggère ainsi de déléguer des responsabilités et des pouvoirs à des organismes régionaux sanitaires et d'adapter le réseau des services aux besoins régionaux. Les autorités régionales sanitaires pourraient être chargées de la planification et de la gestion de tous les services et programmes de santé offerts sur leur territoire. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)
3. Un processus d'évaluation et de planification doit être mis sur pied. À cet égard, on recommande dans certaines provinces de créer un conseil de la santé chargé de conseiller le gouvernement au sujet de la politique provinciale de la santé et de contrôler et évaluer le rendement du réseau de soins de santé. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse)
4. Il faut rationaliser la mise en application des technologies en matière de santé. Ainsi, les techniques nouvelles devraient faire l'objet d'une évaluation quant à leurs coûts et leurs avantages avant d'être adoptées. (Nouvelle-Écosse, Québec)
5. Afin d'améliorer la répartition géographique et de mieux planifier le développement de la main-d'oeuvre sanitaire, on recommande d'examiner en profondeur le rôle présent et futur des ressources humaines

- dans le domaine de la santé, d'évaluer leurs effectifs et leur distribution géographique et d'établir des objectifs quant au niveau des admissions collégiales et universitaires. (Nouvelle-Écosse, Québec, Saskatchewan)
6. Il y a lieu d'établir des politiques relatives au nombre de médecins, à leur répartition professionnelle et géographique, ainsi qu'à leur utilisation. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec) En outre, il faudrait repenser leurs modes de rémunération et envisager l'opportunité de mettre sur pied un système mixte de rémunération basé selon le lieu de profession. (Nouvelle-Écosse, Québec, Saskatchewan)
 7. Il faut encourager une redistribution des ressources destinées aux soins hospitaliers et aux services médicaux vers des programmes communautaires et de soins à domicile. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse) En outre, il est nécessaire d'établir une collaboration profitable et équitable et une meilleure coordination entre le réseau institutionnel et les ressources communautaires. (Nouvelle-Écosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)
 8. Il faudrait élaborer des stratégies particulières à l'égard des groupes ayant des besoins spéciaux tels que les minorités culturelles, les immigrants et les autochtones. On suggère par exemple une intensification des activités préventives et des soins communautaires et à domicile. (Québec, Saskatchewan)
 9. Les provinces doivent accentuer leurs efforts de recherche, tant au niveau de la politique et de la gestion des services de santé que de l'analyse de solutions de rechange. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec, Alberta)
 10. Les citoyens devraient être mieux informés de façon à faciliter leur accès au réseau de soins de santé; ils devraient également recevoir l'information sur les coûts des services de santé. On recommande, dans certaines provinces, que les consommateurs jouent un rôle plus actif dans la planification des services de santé. (Nouveau-Brunswick, Québec, Alberta, Saskatchewan)
 11. Devant la tendance à la hausse des coûts des soins de santé, il y a lieu de revoir les modes et les sources de financement, le processus d'allocation des budgets et le paiement des ressources. Dans certains rapports, il est recommandé que les gouvernements fédéral et des provinces

entreprennent ensemble une étude de la *Loi sur le financement des programmes établis* et que l'on revoie la *Loi canadienne sur la santé*. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec)

Le Québec a déjà entrepris une des premières étapes visant à introduire certains de ces changements dans son réseau de soins de santé. Le gouvernement du Québec a dernièrement publié un Livre blanc sur la réforme du système de la santé et des services sociaux. La réforme proposée est principalement axée sur le citoyen. À cet égard, le Livre blanc soutient que le citoyen devrait participer au processus décisionnel, assumer une partie du coût des services et recevoir des services adaptés à ses besoins et le plus près possible de son milieu de vie¹. En outre, le rapport demande que la *Loi canadienne sur la santé* soit modifiée afin que le gouvernement du Québec puisse instaurer un impôt-services sur certains services complémentaires de santé². Par ailleurs, le Parti libéral du Québec examine d'autres propositions en matière de santé. En effet, la Commission Allaire a récemment publié un document d'orientation politique dans lequel il est notamment recommandé que le Québec possède l'autorité exclusive dans le domaine de la santé³. Le gouvernement du Québec rendra publiques ses orientations en matière de partage des compétences au cours des prochains mois.

du FPE, le paiement de base est fondé sur la contribution moyenne accordée par le gouvernement fédéral en 1975-1976 et ajusté à un facteur de progression qui tient compte d'une moyenne accrue de taux de croissance du PIB par habitant.

Cette annexe donne les détails sur la méthode de calcul utilisée pour évaluer les droits des provinces au titre du FPE dans le domaine de la santé et explique comment les transferts au comptant et en dérogation d'impôt sont calculés.

A. CALCUL DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE

La valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels chaque province a droit au titre de la santé est calculée comme suit :

$$\text{Contribution totale versée en vertu du FPE (santé)} = \left[\begin{array}{l} \text{Droits par habitant} \\ \text{pour les} \\ \text{services} \\ \text{securés} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Droit par habitant} \\ \text{pour les} \\ \text{services} \\ \text{complémentaires} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{Facteur} \\ \text{de} \\ \text{progression} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{Population} \\ \text{de la} \\ \text{province} \end{array} \right]$$

1 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une Réforme Axée sur le Citoyen*, Gouvernement du Québec, 1990, p. 12.

2 *Idem*, p. 88.

3 Comité constitutionnel du Parti libéral du Québec, *Un Québec libre de ses choix*, 28 janvier 1991, p. 43-45.

CALCUL DES CONTRIBUTIONS VERSÉES AUX PROVINCES AU TITRE DE LA SANTÉ EN VERTU DU FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS

Aux termes de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé (FPE)*, chaque province reçoit un transfert pour l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie et l'enseignement postsecondaire. Dans le cadre du FPE, le paiement de base est fondé sur la contribution moyenne accordée par le gouvernement fédéral en 1975-1976 et ajusté à un facteur de progression qui tient compte d'une moyenne mobile du taux de croissance du PNB par habitant.

Cette annexe donne les détails sur la méthode de calcul utilisée pour évaluer les droits des provinces au titre du FPE dans le domaine de la santé et explique comment les transferts au comptant et en points d'impôt sont obtenus.

A. CALCUL DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE

La valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels chaque province a droit au titre de la santé est calculée comme suit :

$$\begin{array}{l} \text{Contribution} \\ \text{totale} \\ \text{versée en} \\ \text{vertu du FPE} \\ \text{(santé)} \end{array} = \left[\begin{array}{l} \text{Droits par} \\ \text{habitant} \\ \text{pour les} \\ \text{services} \\ \text{assurés} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Droit par} \\ \text{habitant} \\ \text{pour les} \\ \text{services} \\ \text{complémentaires} \end{array} \right] * \left[\begin{array}{l} \text{Facteur} \\ \text{de} \\ \text{progression} \end{array} \right] * \left[\begin{array}{l} \text{Population} \\ \text{de la} \\ \text{province} \end{array} \right]$$

Les droits par habitant pour les services de santé assurés correspondent au coût moyen per capita encouru par le gouvernement fédéral dans le cadre des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie pour l'exercice financier de base

1975-1976; ce coût s'élevait alors à 144,34 \$ par habitant. Les droits par habitant pour les services complémentaires de santé, qui sont offerts depuis 1977-1978, atteignaient alors 20 \$. Les citoyens de toutes les provinces reçoivent donc un montant égal pour les services de santé.

Les contributions fédérales par habitant versées au titre du FPE sont rajustées chaque année par un facteur de progression. Ce facteur de progression correspond à une moyenne mobile composée, sur trois ans, de l'accroissement du PNB par habitant. L'utilisation d'une moyenne mobile basée sur les trois années civiles précédant l'exercice financier durant lequel les paiements de transfert sont effectués permet d'atténuer les fluctuations trop brusques qui pourraient survenir dans l'évolution du PNB; le facteur de progression ne retient donc que l'évolution moyenne.

Le facteur de progression a été touché lors des modifications apportées aux transferts du FPE depuis le milieu des années quatre-vingt. Pour l'exercice financier 1985-1986, le facteur de progression utilisé dans le calcul des droits au titre du FPE correspondait à :

$$\text{la racine cubique de } \frac{\text{(PNB/habitant de 1984)}}{\text{(PNB/habitant de 1981)}}$$

En raison de l'adoption, en 1986, du projet de loi C-96, (*Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*) le facteur de progression a été diminué de 2 %. Par exemple, pour l'exercice financier 1986-1987, le facteur de progression était égal à :

$$\text{la racine cubique de } \frac{\text{(PNB/habitant de 1985)}}{\text{(PNB/habitant de 1982)}} - 0.02$$

En fait, le facteur de progression a été diminué de 2 % de l'exercice 1986-1987 jusqu'à l'exercice 1989-1990. Après cette période, les transferts totaux par habitant ont été gelés à leur niveau de 1989-1990. Le montant total des paiements de transfert versés à chaque province augmente donc uniquement lorsque la population de la province s'accroît.

Compte tenu du budget fédéral de 1991, ce gel des transferts pourrait se poursuivre jusqu'en 1994-1995. Il se pourrait également que le facteur de progression soit par la suite diminué de 3 % et, conséquemment, devienne égal pour l'exercice 1995-1996 à :

$$\text{la racine cubique de } \frac{(\text{PNB/habitant de 1994})}{(\text{PNB/habitant de 1991})} - 0.03$$

Le FPE est autorisé par la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces sont tenues de respecter les critères et conditions de cette loi afin de percevoir la totalité des droits en matière de santé.

B. TRANSFERTS AU COMPTANT ET TRANSFERTS EN POINTS D'IMPÔT

Les transferts du FPE regroupent deux composantes : d'une part, un transfert sous forme d'une réduction des impôts sur le revenu des particuliers et des sociétés et, d'autre part, une contribution au comptant.

i) Réduction de l'impôt fédéral sur le revenu :

En vertu du FPE, le gouvernement fédéral accorde à chaque province un espace fiscal correspondant à des réductions de 1 point de l'impôt fédéral sur le revenu des sociétés et de 13,5 points de l'impôt de base sur le revenu des particuliers. Le Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. Les provinces dont le potentiel fiscal est inférieur à la norme représentative reçoivent des paiements de péréquation afin que le transfert après péréquation soit égal à cette norme (les provinces constituant la norme sont le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Le transfert en impôts est réparti entre la santé et l'enseignement postsecondaire dans les proportions de 67,9 % et 32,1 % respectivement.

ii) Contribution au comptant :

Le transfert au comptant correspond à la différence entre le total des droits de chaque province en matière de FPE, calculés à partir du facteur de progression, et la valeur du transfert fiscal.

La performance de l'économie canadienne influe de deux façons sur le montant des contributions que le gouvernement fédéral peut verser aux provinces : d'une part, la croissance économique entre dans le calcul du facteur de progression; d'autre part, elle

influe directement sur les recettes fédérales, notamment les recettes tirées de l'impôt sur le revenu des particuliers et de l'impôt sur les sociétés. Ainsi, lorsqu'il y a ralentissement économique, le facteur de progression servant à ajuster le montant total des transferts est moindre. En outre, une croissance économique faible affecte à la baisse les revenus que le gouvernement tire des impôts; il en résulte un montant plus faible des transferts totaux de points d'impôt.

Les droits versés aux provinces dans le cadre du FPE sont présentés au tableau suivant.

TABLEAU
CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE CADRE DU
FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS
(en milliers de dollars)

| | T.-N. | I.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | QC | ONT. | MAN. | SASK. | ALB. | C.-B. | T.N.-O. | YUK. | TOTAL |
|------------------|---------|----------|---------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|-----------|---------|--------|------------|
| 1977-1978 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 41,615 | 8,869 | 61,609 | 50,697 | 703,968 | 685,141 | 75,931 | 69,136 | 181,073 | 216,171 | 3,328 | 2,262 | 2,099,800 |
| comptant | 65,143 | 13,058 | 102,340 | 79,914 | 602,270 | 993,949 | 131,009 | 112,889 | 204,709 | 260,071 | 5,445 | 2,233 | 2,573,030 |
| total | 106,758 | 21,927 | 163,949 | 130,611 | 1,306,238 | 1,679,090 | 206,940 | 182,025 | 385,782 | 476,242 | 8,773 | 4,495 | 4,672,830 |
| 1978-1979 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 47,209 | 10,133 | 69,835 | 57,668 | 793,131 | 766,864 | 85,778 | 78,714 | 213,905 | 248,320 | 3,822 | 2,620 | 2,377,999 |
| comptant | 78,444 | 16,377 | 119,329 | 96,136 | 655,933 | 1,153,613 | 149,276 | 133,421 | 242,420 | 313,176 | 6,132 | 2,660 | 2,966,917 |
| total | 125,653 | 26,510 | 189,164 | 153,804 | 1,449,064 | 1,920,477 | 235,054 | 212,135 | 456,325 | 561,496 | 9,954 | 5,280 | 5,344,916 |
| 1979-1980 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 52,824 | 11,438 | 79,021 | 64,985 | 896,300 | 867,546 | 96,605 | 89,371 | 262,055 | 292,005 | 4,452 | 2,995 | 2,719,597 |
| comptant | 90,889 | 19,679 | 135,961 | 111,811 | 723,887 | 1,303,270 | 166,215 | 153,769 | 289,434 | 369,001 | 7,009 | 3,133 | 3,374,058 |
| total | 143,713 | 31,117 | 214,982 | 176,796 | 1,620,187 | 2,170,816 | 262,820 | 243,140 | 551,489 | 661,006 | 11,461 | 6,128 | 6,093,655 |
| 1980-1981 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 61,204 | 13,287 | 91,449 | 75,249 | 1,037,681 | 996,307 | 110,904 | 103,817 | 327,103 | 350,423 | 5,263 | 3,466 | 3,176,153 |
| comptant | 98,726 | 21,435 | 147,514 | 121,384 | 768,067 | 1,426,879 | 178,899 | 167,465 | 332,464 | 412,985 | 7,377 | 3,454 | 3,686,649 |
| total | 159,930 | 34,722 | 238,963 | 196,633 | 1,805,748 | 2,423,186 | 289,803 | 271,282 | 659,567 | 763,408 | 12,640 | 6,960 | 6,862,802 |
| 1981-1982 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 69,082 | 14,908 | 103,127 | 84,746 | 1,170,428 | 1,131,385 | 124,886 | 109,143 | 394,693 | 392,346 | 5,819 | 3,862 | 3,604,425 |
| comptant | 109,211 | 23,568 | 163,032 | 133,975 | 851,702 | 1,577,527 | 197,430 | 194,979 | 385,025 | 472,216 | 8,546 | 3,984 | 4,121,195 |
| total | 178,293 | 38,476 | 266,159 | 218,721 | 2,022,130 | 2,708,912 | 322,316 | 304,122 | 779,718 | 864,562 | 14,365 | 7,846 | 7,725,620 |
| 1982-1983 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 76,762 | 16,569 | 115,002 | 94,369 | 1,274,055 | 1,302,238 | 139,685 | 121,783 | 455,899 | 430,739 | 7,562 | 3,721 | 4,038,384 |
| comptant | 123,627 | 26,681 | 185,212 | 151,984 | 1,009,994 | 1,770,078 | 224,963 | 223,338 | 361,343 | 553,089 | 9,075 | 4,633 | 4,644,017 |
| total | 200,389 | 43,250 | 300,214 | 246,353 | 2,284,049 | 3,072,316 | 364,648 | 345,121 | 817,242 | 983,828 | 16,637 | 8,354 | 8,682,401 |
| 1983-1984 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 79,507 | 17,158 | 118,915 | 97,684 | 1,306,136 | 1,374,877 | 144,671 | 119,836 | 433,090 | 423,322 | 8,189 | 3,650 | 4,127,035 |
| comptant | 142,483 | 30,747 | 213,108 | 175,063 | 1,202,858 | 2,026,357 | 259,267 | 263,097 | 471,252 | 663,738 | 10,503 | 4,983 | 5,463,456 |
| total | 221,990 | 47,905 | 332,023 | 272,747 | 2,508,994 | 3,401,234 | 403,938 | 382,933 | 904,342 | 1,087,060 | 18,692 | 8,633 | 9,590,491 |
| 1984-1985 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 86,243 | 18,848 | 130,239 | 106,660 | 1,422,608 | 1,540,045 | 158,972 | 124,604 | 455,513 | 440,291 | 9,556 | 3,940 | 4,497,519 |
| comptant | 151,605 | 33,134 | 228,943 | 187,493 | 1,274,999 | 2,158,859 | 279,452 | 291,132 | 516,199 | 743,008 | 11,262 | 5,658 | 5,881,744 |
| total | 237,848 | 51,982 | 359,182 | 294,153 | 2,697,607 | 3,698,904 | 438,424 | 415,736 | 971,712 | 1,183,299 | 20,818 | 9,598 | 10,379,263 |
| 1985-1986 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 94,144 | 20,756 | 143,481 | 116,943 | 1,554,778 | 1,735,171 | 175,275 | 128,769 | 466,982 | 468,067 | 9,724 | 4,204 | 4,918,294 |
| comptant | 159,552 | 35,177 | 243,167 | 198,191 | 1,336,959 | 2,262,886 | 297,048 | 318,873 | 575,548 | 806,007 | 13,315 | 6,228 | 6,252,951 |
| total | 253,696 | 55,933 | 386,648 | 315,134 | 2,891,737 | 3,998,057 | 472,323 | 447,642 | 1,042,530 | 1,274,074 | 23,039 | 10,432 | 11,171,245 |
| 1986-1987 | | | | | | | | | | | | | |
| Impôt | 102,713 | 22,887 | 157,805 | 128,388 | 1,707,981 | 1,948,184 | 193,595 | 182,564 | 454,490 | 508,818 | 9,509 | 4,732 | 5,421,666 |
| comptant | 164,163 | 36,582 | 252,217 | 205,201 | 1,363,093 | 2,331,188 | 309,416 | 291,788 | 660,854 | 847,848 | 15,020 | 6,305 | 6,483,675 |
| total | 266,876 | 59,469 | 410,022 | 333,589 | 3,071,074 | 4,279,372 | 503,011 | 474,352 | 1,115,344 | 1,356,666 | 24,529 | 11,037 | 11,905,341 |

TABLEAU (suite)
CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE CADRE DU
FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS
(en milliers de dollars)

| | T.-N. | I.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | QC | ONT. | MAN. | SASK. | ALB. | C.-B. | T.N.-O. | YUK. | TOTAL |
|------------------|---------|----------|---------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|-----------|---------|--------|------------|
| 1987-1988 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 114,275 | 25,607 | 176,613 | 143,282 | 1,911,189 | 2,230,565 | 217,045 | 204,332 | 479,894 | 572,154 | 10,663 | 5,046 | 6,090,665 |
| comptant | 164,936 | 36,959 | 254,908 | 206,801 | 1,328,957 | 2,323,017 | 313,265 | 294,916 | 688,703 | 885,431 | 14,894 | 6,995 | 6,499,782 |
| total | 279,211 | 62,566 | 431,521 | 350,083 | 3,240,146 | 4,553,582 | 530,310 | 499,248 | 1,168,597 | 1,437,585 | 25,557 | 12,041 | 12,590,447 |
| 1988-1989 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 122,714 | 27,827 | 190,726 | 154,322 | 2,049,885 | 2,470,867 | 234,193 | 218,811 | 511,736 | 627,341 | 12,085 | 5,469 | 6,625,976 |
| comptant | 168,689 | 38,252 | 262,179 | 212,138 | 1,355,779 | 2,365,029 | 321,935 | 300,788 | 717,079 | 903,446 | 14,747 | 7,511 | 6,667,572 |
| total | 291,403 | 66,079 | 452,905 | 366,460 | 3,405,664 | 4,835,896 | 556,128 | 519,599 | 1,228,815 | 1,530,787 | 26,832 | 12,980 | 13,293,548 |
| 1989-1990 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 131,846 | 30,117 | 205,125 | 166,196 | 2,222,804 | 2,662,375 | 250,786 | 232,929 | 563,607 | 680,157 | 13,131 | 5,988 | 7,165,061 |
| comptant | 174,892 | 39,948 | 272,094 | 220,455 | 1,376,629 | 2,487,320 | 332,662 | 308,974 | 743,634 | 964,172 | 15,605 | 7,681 | 6,944,066 |
| total | 306,738 | 70,065 | 477,219 | 386,651 | 3,599,433 | 5,149,695 | 583,448 | 541,903 | 1,307,241 | 1,644,329 | 28,736 | 13,669 | 14,109,127 |
| 1990-1991 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 145,198 | 33,043 | 225,933 | 183,436 | 2,460,663 | 2,974,994 | 276,181 | 253,476 | 607,047 | 791,394 | 13,912 | 6,258 | 7,971,535 |
| comptant | 163,932 | 37,307 | 255,079 | 207,103 | 1,187,495 | 2,274,919 | 311,812 | 286,179 | 725,392 | 898,136 | 15,220 | 7,769 | 6,370,343 |
| total | 309,130 | 70,350 | 481,012 | 390,539 | 3,648,158 | 5,249,913 | 587,993 | 539,655 | 1,332,439 | 1,689,530 | 29,132 | 14,027 | 14,341,878 |
| 1991-1992 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 153,000 | 35,000 | 238,000 | 193,000 | 2,593,000 | 3,163,000 | 292,000 | 267,000 | 638,000 | 841,000 | 15,000 | 7,000 | 8,435,000 |
| comptant | 157,000 | 36,000 | 246,000 | 199,000 | 1,072,000 | 2,173,000 | 301,000 | 275,000 | 720,000 | 876,000 | 14,000 | 7,000 | 6,076,000 |
| total | 310,000 | 71,000 | 484,000 | 392,000 | 3,665,000 | 5,336,000 | 593,000 | 542,000 | 1,358,000 | 1,717,000 | 29,000 | 14,000 | 14,511,000 |
| 1992-1993 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 163,000 | 37,000 | 256,000 | 207,000 | 2,779,000 | 3,412,000 | 314,000 | 285,000 | 688,000 | 906,000 | 16,000 | 7,000 | 9,070,000 |
| comptant | 148,000 | 34,000 | 232,000 | 187,000 | 911,000 | 2,011,000 | 284,000 | 259,000 | 694,000 | 841,000 | 13,000 | 7,000 | 5,621,000 |
| total | 311,000 | 71,000 | 488,000 | 394,000 | 3,690,000 | 5,423,000 | 598,000 | 544,000 | 1,382,000 | 1,747,000 | 29,000 | 14,000 | 14,691,000 |
| 1993-1994 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 175,000 | 40,000 | 275,000 | 222,000 | 2,992,000 | 3,699,000 | 338,000 | 307,000 | 746,000 | 980,000 | 17,000 | 8,000 | 9,799,000 |
| comptant | 137,000 | 32,000 | 216,000 | 174,000 | 727,000 | 1,811,000 | 265,000 | 241,000 | 662,000 | 801,000 | 12,000 | 6,000 | 5,084,000 |
| total | 312,000 | 72,000 | 491,000 | 396,000 | 3,719,000 | 5,510,000 | 603,000 | 548,000 | 1,408,000 | 1,781,000 | 29,000 | 14,000 | 14,883,000 |
| 1994-1995 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 187,000 | 43,000 | 296,000 | 239,000 | 3,222,000 | 4,000,000 | 364,000 | 330,000 | 807,000 | 1,059,000 | 19,000 | 9,000 | 10,575,000 |
| comptant | 125,000 | 29,000 | 198,000 | 160,000 | 526,000 | 1,594,000 | 244,000 | 222,000 | 627,000 | 754,000 | 11,000 | 5,000 | 4,495,000 |
| total | 312,000 | 72,000 | 494,000 | 399,000 | 3,748,000 | 5,594,000 | 608,000 | 552,000 | 1,434,000 | 1,813,000 | 30,000 | 14,000 | 15,070,000 |
| 1995-1996 | | | | | | | | | | | | | |
| impôt | 199,000 | 46,000 | 316,000 | 254,000 | 3,448,000 | 4,296,000 | 390,000 | 353,000 | 867,000 | 1,137,000 | 20,000 | 10,000 | 11,336,000 |
| comptant | 123,000 | 29,000 | 195,000 | 157,000 | 433,000 | 1,532,000 | 241,000 | 218,000 | 635,000 | 759,000 | 10,000 | 5,000 | 4,337,000 |
| total | 322,000 | 75,000 | 511,000 | 411,000 | 3,881,000 | 5,828,000 | 631,000 | 571,000 | 1,502,000 | 1,896,000 | 30,000 | 15,000 | 15,673,000 |

Source : Division des relations fédérales-provinciales, ministère des Finances
1977-1978 à 1987-1988 : Calcul final
1988-1989 : Premier rajustement provisoire, 8 mars 1990
1989-1990 à 1990-1991 : Deuxième rajustement au calcul des avances, 11 décembre 1990
1991-1992 à 1995-1996 : Prévisions préparées par le ministère des Finances, avril 1991

RAPPORT MINORITAIRE

Le rapport sur le régime de soins de santé porte sur une grande quantité de problèmes complexes touchant les soins de santé au Canada. Tout en souscrivant à bon nombre des recommandations qui y sont contenues, je m'élève contre le rapport en ce qui a trait aux questions suivantes :

I. Le rapport majoritaire ne traite pas suffisamment des compressions faites par le gouvernement fédéral dans le Financement des programmes établis, ni des conséquences de ces compressions. Il ne dit pas que le gouvernement libéral a provoqué l'érosion du régime du FPE, au début des années quatre-vingt, en supprimant le programme de garantie de recettes et en instituant le régime du 6 et 5 p. 100. Il reste silencieux sur le fait que le gouvernement fédéral actuel aura, entre 1986 et l'an 2000, réduit les paiements de transfert aux provinces et aux territoires de 62,4 milliards de dollars dans le domaine de la santé. D'ici l'an 2000, cette amputation atteindra 10,9 milliards de dollars par année. Les compressions ont été abondamment décrites par le Conseil national du bien-être social, la Bibliothèque du Parlement et l'Association des universités et collèges du Canada. Les conséquences de ces réductions sur le régime national d'assurance médicale sont de deux ordres :

- a) La capacité des provinces de continuer à dispenser des services de santé est gravement compromise, surtout dans le cas des provinces plus petites et moins fortunées. Comme conséquence directe des dernières compressions, Terre-Neuve a été obligée de fermer des lits d'hôpitaux, de mettre à pied du personnel médical et de réduire d'autres services de santé. L'universalité et l'accessibilité des soins de santé sont compromises dans plusieurs provinces.
- b) Les transferts au comptant aux termes du FPE cesseront au Québec dès 1996-1997 et, dans toutes les autres provinces, d'ici quelques années. Lorsque le gouvernement fédéral cessera de faire des transferts au comptant à une province, il ne sera plus en mesure de faire respecter les normes

nationales. Le ministre de la Santé a même reconnu que, d'ici 1996, le Québec pourra gérer davantage son régime d'assurance-maladie (Hansard, 11 juin 1991, p. 1436).

Même si le rapport majoritaire indique que le gouvernement fédéral pourrait très bien priver les provinces d'autres paiements de transfert comme moyen pour faire respecter les normes nationales, il est inconcevable que pareille solution soit acceptable politiquement ou légalement dans le contexte des relations fédérales-provinciales d'aujourd'hui. Trois provinces, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario, ne reçoivent plus de paiements de péréquation et elles contestent devant les tribunaux la décision fédérale de limiter à 5 p. 100 l'augmentation annuelle de leurs paiements comptants en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

En l'absence des normes nationales énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* et sans les moyens pour faire respecter ces normes, nous n'aurons plus de régime national d'assurance-santé garantissant des soins médicaux de base à tous les Canadiens. Nous pourrions nous retrouver avec 12 programmes complètement différents, régis par des normes complètement différentes pour ce qui est de l'universalité, de l'accessibilité, de l'intégralité de la protection, de la transférabilité et de l'administration sans but lucratif, et comportant toutes sortes de frais modérateurs et de frais de surfacturation. Une des caractéristiques par lesquelles nous nous définissons en tant que Canadiens, surtout par rapport aux États-Unis, a trait à notre système de soins de santé. Au Canada, il n'y a pas d'entraves financières à l'obtention des traitements médicaux nécessaires; le système est relativement efficace et il jouit d'une bonne réputation auprès de la population. Les Canadiens se déplacent par affaires, en touristes ou pour trouver du travail, en sachant que les mêmes normes de soins de santé sont appliquées dans toutes les provinces et tous les territoires. *Cette réalité favorise l'identité et l'unité nationale.* Je n'appuierai jamais, et les Canadiens non plus, un changement qui provoquerait la destruction de notre programme national.

La recommandation cruciale, qui a été avalisée par tous les autres membres du Comité, entraînerait la renégociation complète de l'assurance-santé au Canada, y compris la renégociation des éléments mêmes du financement en vertu du FPE, des normes prévues par la *Loi canadienne sur la santé* et du partage des responsabilités entre les provinces et les territoires. Pour les provinces, la renégociation ouvre la porte à des notions comme la désaffiliation, les frais modérateurs, la surfacturation et les régimes de soins à deux échelons comme aux États-Unis où les nantis ont une

assurance privée. Or, ce sont tous là des éléments qui contribueront sans aucun doute à démolir le système national d'assurance-santé dont les Canadiens bénéficient à l'heure actuelle.

Bien que le but de l'étude ait été de déterminer dans quelle mesure les modalités fiscales en vigueur permettent d'avoir une base de financement satisfaisante, stable et offrant malgré tout une certaine latitude, pour un système de santé qui réponde aux besoins des Canadiens (voir l'Introduction du rapport majoritaire), le Comité n'a pas réellement abordé cette question d'une façon directe. C'est en partie parce que ces modalités fiscales ne cessent de changer à la suite de la décision arbitraire et unilatérale du gouvernement fédéral de réduire les paiements de transfert aux provinces et aux territoires.

J'estime, pour ma part, que le régime d'assurance-santé était stable et souple, mais que l'action cumulative de gouvernements fédéraux successifs l'a privé de ces qualités.

RECOMMANDATIONS :

- 1. Que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à maintenir un programme national de soins de santé complets, financé conjointement par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, en rétablissant les fonds enlevés du régime de Financement des programmes établis.**
- 2. Que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à protéger les garanties offertes aux Canadiens dans la *Loi canadienne sur la santé*, soit d'un système de soins de santé universel, accessible, offrant une protection intégrale, transférable et administré par un régime public sans but lucratif, exempt de frais modérateurs et de surfacturation, en inscrivant ces garanties dans des règlements que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires devront appliquer intégralement. De plus, qu'une charte sociale incluant les soins de santé soit intégrée à la Constitution en tant que garantie ultime pour les Canadiens.**

II. L'autre principale faiblesse du rapport, c'est de ne pas insister suffisamment sur la responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine de la promotion et de la protection de la santé, de la prévention de la maladie et de la recherche médicale fondamentale et appliquée. Le gouvernement fédéral est mieux placé que les provinces et les territoires pour montrer la voie et éviter le double emploi et l'inefficacité.

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle de premier plan dans ces domaines et il finançait la majorité des activités. Son rôle et ses responsabilités ont d'ailleurs été décrits dans les rapports Lalonde et Epp. Le rapport majoritaire n'aborde pas suffisamment les compressions budgétaires faites par le gouvernement fédéral dans ces domaines depuis quelques années. Le gouvernement fédéral doit réaffirmer sa présence au niveau de l'aide financière et du leadership dans les domaines de la promotion et de la protection de la santé ainsi que de la recherche médicale, s'il veut trouver des solutions aux problèmes plus vastes que traverse notre régime de santé.

RECOMMANDATION :

- 3. Que le gouvernement fédéral réaffirme ses obligations importantes dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de la recherche médicale, non seulement en supprimant les compressions budgétaires, mais en augmentant sensiblement les dépenses de programme dans ces domaines.**

Jim Karpoff

N.P.D. — Surrey-Nord

DEMANDE D'UNE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

En vertu de l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des *Procès-verbaux et témoignages* pertinents du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (*fascicules nos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 53, 54 de la deuxième session et le fascicule n° 1 de la troisième session qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

BOB PORTER

LE MERCREDI 22 MAI 1991 (2)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 20 h 03, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (président).

Membres du Comité présents: John Gels, Mary Glancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres absents: Jim Karpoff remplace Chris Awerthny, Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 22 h 08, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 21 MAI 1991 (1)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 16 h 55, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 17 h 33, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 22 MAI 1991 (2)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 20 h 03, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 22 h 06, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 23 MAI 1991 (3)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 21, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 11 h 41, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 28 MAI 1991 (4)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 21, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Mary Clancy, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Edna Anderson remplace Nicole Roy-Arcelin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Il est convenu, — Que Raisa Deber de l'Université de Toronto soit engagée pour revoir le projet de rapport et conseiller le Comité, au tarif maximal de 599 \$ par jour, faux frais exclus.

À 10 h 39, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 4 JUIN 1991 (5)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 15 h 36, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche. *De l'Université de Toronto:* Raisa Deber.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 17 h 46, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 5 JUIN 1991 (6)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 19 h 17, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 22 h 22, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 12 JUIN 1991 (7)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 19 h 07, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Autre député présent: Jean-Luc Joncas.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Il est convenu, — Que le projet de rapport, tel que modifié, soit adopté.

Il est convenu, — Que le titre du rapport soit: Le régime de soins de santé au Canada et son financement : des choix difficiles.

Il est ordonné, — Que le président présente le rapport à la Chambre.

Il est convenu, — Que, en vertu de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format tête-bêche, bilingue, avec une page couverture distinctive.

Il est convenu, — Que le Comité autorise l'impression, en annexe, de l'opinion dissidente du Parti libéral ou du Nouveau parti démocratique, ou des deux, selon le cas.

Il est convenu, — Que le total des honoraires versés à Raisa Deber ne dépasse pas 2 894 \$, incluant les frais de voyage (Ottawa-Toronto), selon les termes du contrat.

Il est convenu, — Que le Comité remercie la greffière et les attachées de recherche pour leur travail et leur dévouement tout au long des travaux.

À 21 h 24, la séance est levée.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

LE MERCREDI 12 JUIN 1991 (7)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 10 h 07, dans la salle 208 de l'édifice de l'Quai, sous la présidence de Bob Porter (président).

Membres du Comité présents: John Gode, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Koppell remplace Chris Axworthy, Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Autre député présent: Jean-Luc Joubert.

Autres présents: Du Service de recherche civile et Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Il est adopté: — Que le projet de rapport, tel que modifié, soit adopté.

Il est adopté: — Que le titre du rapport soit "L'urgence des soins de santé au Canada et son financement". Que deux copies.

Il est adopté: — Que le projet de rapport se rapporte à la Chambre.

Il est adopté: — Que, en vertu de l'article 104 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de fournir à la Commission d'enquête le rapport.

Il est adopté: — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format 10½ x 16½ cm, avec une couverture en papier glacé.

Il est adopté: — Que le Comité achète, en annexe, de l'opinion dissidente du Parti libéral du député de Toronto, pour un total de 100 copies, au cas.

Il est adopté: — Que le total des dépenses pour le rapport ne dépasse pas 2 854 \$, incluant les frais de voyage, d'hébergement, de transport et les autres du contrat.

Il est adopté: — Que le Comité achète, en annexe, des attachées de recherche pour leur travail et leur déplacement au cours de l'étude.

À 21 h 21, la séance est levée.

Le Président du Comité

Bob Porter

