



**CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA**

**EXAMEN PARLEMENTAIRE DU *PLAN DÉCENNAL POUR  
CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ***

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**La présidente  
Joy Smith, députée**

**JUIN 2008  
39<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION**



---

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

**EXAMEN PARLEMENTAIRE DU *PLAN DÉCENNAL*  
*POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ***

**Rapport du Comité permanent  
de la santé**

**La présidente  
Joy Smith, députée**

**JUIN 2008  
39<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION**



# **COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

## **PRÉSIDENTE**

Joy Smith

## **VICE-PRÉSIDENTS**

Lui Temelkovski  
Christiane Gagnon

## **MEMBRES**

L'hon. Carolyn Bennett

Patrick Brown

Patricia Davidson

Steven Fletcher

Susan Kadis

Luc Malo

L'hon. Robert Thibault

David Tilson

Judy Wasylycia-Leis

## **GREFFIÈRE DU COMITÉ**

Carmen DePape

## **BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

### **Service d'information et de recherche parlementaires**

Nancy Millier Chenier

Odette Madore

Sonya Norris



# LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

## SIXIÈME RAPPORT

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à l'article 25.9 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, le Comité a examiné les progrès réalisés dans la mise en œuvre du « Plan décennal pour consolider les soins de santé » et présente ses conclusions et recommandations.



# **EXAMEN PARLEMENTAIRE DU PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ**

## **INTRODUCTION**

Le paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* prévoit un examen tous les trois ans par un comité parlementaire des progrès réalisés dans la mise en œuvre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (Plan décennal), approuvé par les premiers ministres en 2004. Le paragraphe 25.9(2) de la Loi exige qu'un rapport soit déposé au Parlement dans les trois mois qui suivent le début de l'examen, mais il est possible de prolonger ce délai. Le gouvernement fédéral a mandaté le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes pour effectuer le premier examen prévu par la Loi.

Le Comité a entrepris l'examen le 13 mars 2008 et a terminé ses audiences publiques le 27 mai 2008. Il a tenu quatre audiences auxquelles ont participé des témoins qui représentaient le gouvernement fédéral, les professionnels de la santé, des syndicats, des entreprises pharmaceutiques, des organismes autochtones, ainsi que le milieu universitaire et de la recherche. Le Comité a aussi entendu les témoignages du Conseil canadien de la santé (ci-après appelé le Conseil de la santé) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), tous deux mandatés, conformément au Plan décennal, pour rendre compte au public des progrès réalisés au chapitre de la consolidation des soins de santé. Le présent rapport fait état des conclusions et des observations du Comité au sujet des progrès généraux accomplis dans la mise en œuvre du Plan décennal.

## **LE PLAN DÉCENNAL**

Depuis de nombreuses années, les temps d'attente pour obtenir des soins de santé préoccupent de plus en plus les Canadiens d'un bout à l'autre du pays. Le manque d'accès aux services et aux produits de santé nécessaires – comme les soins à domicile et les médicaments d'ordonnance – inquiète, et la population souhaite des réformes qui rendront le système de santé efficace, sûr et équitable. Réagissant à ces préoccupations, les premiers ministres ont conclu en septembre 2004 un accord historique – le Plan décennal – visant à renouveler les soins de santé, à améliorer l'accès et à accroître les comptes rendus aux citoyens. En vertu du Plan, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (F/P/T) s'engageaient à entreprendre un ensemble exhaustif et ambitieux d'initiatives dans le domaine de la santé, dans le cadre d'une collaboration afin de régler les problèmes communs. Le Plan reconnaissait un fédéralisme asymétrique et a donc permis qu'interviennent des arrangements distincts entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec. Le présent rapport en tient compte.

Le programme commun de réforme du système de soins de santé prévu par le Plan décennal comportait dix éléments :

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

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

À l'appui du Plan décennal, le gouvernement fédéral a versé des fonds supplémentaires aux provinces et aux territoires, soit 41,3 milliards de dollars répartis sur la période allant de 2004-2005 à 2013-2014. Ces fonds comprennent 35,3 milliards de dollars au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS), ainsi qu'un financement ciblé de 5,5 milliards de dollars au titre du Transfert visant la réduction des temps d'attente et 500 millions de dollars provenant du Fonds pour l'équipement médical.

Lorsqu'ils ont entrepris cet examen, les membres du Comité ont posé deux questions fondamentales : quelles sont les réalisations depuis 2004, et quels ont été les progrès accomplis par tous les ordres de gouvernement à l'égard de chacun des dix éléments du Plan?

## **ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS**

### **A. Les temps d'attente**

Le Plan décennal engage les gouvernements à établir des cibles fondées sur des données probantes à l'égard des temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : oncologie, cardiologie, imagerie diagnostique, remplacement d'articulation et restauration de la vue. En décembre 2005, les gouvernements ont annoncé qu'ils avaient honoré leur engagement et établi toutes les cibles sauf pour l'imagerie diagnostique, à l'égard de laquelle aucune cible n'a encore été établie. Comme beaucoup de diagnostics reposent sur l'imagerie, certains témoins se demandaient si l'absence de cible dans ce domaine ne réduit pas l'utilité des cibles établies à l'égard des temps d'attente pour les autres traitements prioritaires.

Les gouvernements se sont aussi engagés dans le Plan à fixer, au plus tard le 31 décembre 2007, des délais pluriannuels pour atteindre les cibles annoncées en décembre 2005. La date limite arrivée, quelques provinces seulement s'étaient fixé des délais dans lesquels atteindre certaines des cibles en matière de temps d'attente. Il en résulte que la plupart des gouvernements ne peuvent pas produire de rapport annuel sur la mesure dans laquelle ils pourront respecter les délais pluriannuels, comme l'exige le Plan.

D'après le Conseil de la santé, le Transfert visant la réduction des temps d'attente a aidé les gouvernements provinciaux et territoriaux à faire des progrès dans ce domaine; ils ont en effet employé les fonds pour accroître leur capacité et réduire leurs listes d'attente. Ils ont surtout

investi dans l'équipement, les ressources humaines, la formation et la sensibilisation des professionnels, la technologie et les systèmes d'information. Le Conseil a de plus signalé que beaucoup d'entre eux ont créé des sites Web sur lesquels les patients peuvent voir combien de temps ils devront attendre pour subir divers traitements. À son avis, ces sites Web constituent un premier pas valable de toute démarche visant à faciliter l'accès des patients à une information plus détaillée sur les temps d'attente et à leur redonner confiance dans le système.

Le Plan décennal oblige l'ICIS à faire rapport du progrès réalisé dans toutes les provinces dans le dossier des temps d'attente. L'ICIS s'est parfaitement acquitté de cette obligation, et depuis 2004, il a produit quatre rapports. Selon ses données les plus récentes, le nombre de chirurgies dans les domaines prioritaires a augmenté de 13 p. 100 au Canada (abstraction faite du Québec) entre 2004-2005 et 2006-2007. Au cours de la même période, le nombre d'appareils d'imagerie diagnostique a augmenté de 27 p. 100 pour les appareils d'IRM et de 12 p. 100 dans le cas des tomodensitomètres, et le nombre d'examen pratiqués a connu une progression encore plus forte. Les porte-parole de l'ICIS nous ont avoué ne pas être en mesure de dire si la multiplication des chirurgies pratiquées et des appareils de diagnostic en usage a entraîné une réduction significative des temps d'attente.

Un facteur important complique l'évaluation de cette réduction : le fait que l'ICIS se sert des données et de l'information qui est affichée sur les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux et que cette information demeure partielle. Par exemple, cinq provinces seulement publient les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires; les autres n'en font rapport que dans quatre de ces domaines. De même, trois provinces seulement font état du pourcentage des traitements dispensés en radiothérapie qui respectent les cibles nationales ou leur propre cible provinciale. L'ICIS se heurte à un autre problème, à savoir que les gouvernements provinciaux et territoriaux ne font pas tous rapport de leurs données de la même façon. Les mesures différentes qu'ils utilisent font qu'il est difficile de comparer et d'évaluer le progrès réalisé en matière de réduction des temps d'attente dans l'ensemble du Canada. Par exemple, l'ICIS n'a pu comparer la réduction des temps d'attente que dans trois provinces pour les remplacements d'articulation et dans quatre, pour la chirurgie de la cataracte. De plus, les provinces ne produisent pas toutes des données conjoncturelles; seules quelques-unes le font, et c'est relativement nouveau.

Les bulletins de rendement produits par l'Alliance sur les temps d'attente montrent que quelques gouvernements ont réussi à réduire un peu les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, mais l'Alliance note que dans l'ensemble, les gouvernements n'honorent pas parfaitement l'engagement pris dans le Plan décennal. Comme l'ICIS, l'Alliance a insisté sur le fait qu'à défaut de données comparables, il est difficile d'évaluer les progrès réalisés.

Un certain nombre de témoins ont dit craindre que les efforts déployés pour abrégé les temps d'attente dans les domaines prioritaires n'aient malencontreusement eu pour conséquence de les prolonger pour d'autres traitements. Cela met en évidence la nécessité de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente pour un plus grand nombre d'opérations, sinon pour toutes. Les témoins ont dit qu'établir des cibles de réduction des temps d'attente dans cinq domaines prioritaires est une première étape valable, mais qu'il ne faut pas en rester là. L'Alliance sur les temps d'attente a dit qu'elle avait élaboré des cibles pour sept autres opérations

spécialisées et qu'elle avait encouragé les gouvernements à s'y reporter pour établir leurs cibles pluriannuelles.

## **B. Les ressources humaines en santé**

Le Plan décennal engage les gouvernements à augmenter le nombre de leurs professionnels de la santé en fonction d'une évaluation des lacunes et à établir des objectifs de formation, de recrutement et de conservation du personnel professionnel au plus tard le 31 décembre 2005. Tous les gouvernements se sont engagés à publier leurs plans d'action relatifs aux ressources humaines en santé et à faire régulièrement rapport des progrès réalisés. Le Conseil de la santé a fait savoir que la plupart d'entre eux le font, mais que souvent, ces rapports ne sont pas assez détaillés. Quatre d'entre eux seulement ont fait état des besoins de leur population en matière de santé; quelques-uns ne disent rien de leurs cibles; et quatre seulement établissent leurs cibles en fonction du Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé. Ce cadre fédéral-provincial-territorial est censé faciliter la planification et la gestion des ressources humaines du secteur de la santé, mais les intervenants ne lui accordent pas tous l'attention et l'appui nécessaires à son efficacité.

Le Conseil de la santé a également dit au Comité que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont augmenté le nombre d'inscriptions dans les écoles professionnelles et mis sur pied de nouvelles stratégies de recrutement et de conservation en vue de remédier au manque de ressources humaines dans le secteur de la santé. Malgré cela, un certain nombre de témoins ont dit que les programmes de formation en santé n'accueillent toujours pas assez d'élèves pour produire le nombre de nouveaux diplômés qu'il faut pour remplacer les professionnels qui quittent la main-d'œuvre active. En fait, le Comité s'est souvent fait dire que la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé est nationale. L'information disponible sur la gravité de ces lacunes porte à croire que le Canada est peut-être sur le point de connaître une « crise » dans ce domaine.

À l'heure actuelle, les données sur les professionnels de la santé portent surtout sur le manque de médecins et de personnel infirmier et très peu sur les pénuries dans les autres professions de la santé. Selon les données de l'ICIS, le nombre de médecins et d'infirmiers/infirmières n'a connu de 2004 à 2006 qu'une augmentation négligeable, compte tenu de la croissance de la population au cours de la même période. L'ICIS est en train de mettre sur pied cinq nouvelles bases de données sur les ergothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les technologues de laboratoire médical et les technologues en radiation médicale. Cet enrichissement des données devrait permettre de mesurer le nombre actuel de professionnels, d'en établir la combinaison et la répartition idéales et de prévoir les futurs besoins, ce qui devrait aider les décideurs à élaborer leurs stratégies de recrutement et à planifier les ressources humaines dans le domaine de la santé.

Des témoins ont dit au Comité que certaines provinces perdent leurs diplômés au profit d'autres provinces à la recherche de médecins, d'infirmiers/infirmières et d'autres professionnels de la santé dans les mêmes spécialités. Certes, un certain nombre de provinces travaillent en symbiose pour mieux planifier et gérer leurs ressources humaines du secteur de la santé, mais la collaboration pancanadienne envisagée dans le Plan décennal n'a pas encore permis une

planification coordonnée. Les témoins ont opiné que cette question relève du Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé.

Des témoins ont également signalé que la pénurie de ressources humaines en santé étant un phénomène mondial, ils craignent qu'on ne recrute de plus en plus de professionnels de la santé formés à l'étranger. C'est qu'à leur avis, les employeurs canadiens vont « braconner » des travailleurs dans les pays en développement. Ils ont donc suggéré aux gouvernements non d'encourager l'immigration de professionnels de la santé formés à l'étranger, mais de soutenir le perfectionnement et la formation linguistique de ceux qui fournissent déjà des soins de santé au Canada et d'accélérer la reconnaissance de leurs titres de compétence.

Dans le cadre du Plan décennal, le gouvernement fédéral s'est engagé à affecter 100 millions de dollars à la formation de nouveaux professionnels de la santé autochtones. En 2005, il a lancé l'Initiative sur les ressources humaines en santé d'origine autochtone, un programme de cinq ans. Santé Canada a dit au Comité qu'à la fin de mars 2008, l'Initiative avait déjà bénéficié de quelque 36 millions de dollars. Le Conseil de la santé a fait savoir qu'elle semble être en voie d'atteindre sinon d'excéder un certain nombre d'objectifs. Il a notamment signalé que depuis son lancement, le nombre de bourses d'études mises à la disposition d'étudiants autochtones en soins de santé a triplé. Le gouvernement fédéral projette de publier d'ici à la fin de l'exercice financier un rapport détaillé sur les progrès réalisés dans le cadre de l'Initiative.

### **C. Les soins à domicile**

Aux fins du Plan décennal, les premiers ministres ont convenu de couvrir certains soins à domicile avant 2006 à partir du premier dollar en fonction des besoins déterminés. Les services en question comprennent les soins actifs de courte durée à domicile, les soins communautaires de santé mentale de courte durée dispensés à domicile et les soins en fin de vie; l'expression « de courte durée » signifie deux semaines de services. Les ministres de la Santé devaient faire un rapport à leurs premiers ministres respectifs sur la concrétisation graduelle de l'engagement sur les soins à domicile au plus tard le 31 décembre 2006, mais le Comité a appris que ce rapport n'est toujours pas disponible.

Les témoins qui ont parlé de l'engagement pris à l'égard des soins à domicile ont déploré la portée limitée des services couverts par le Plan décennal. Y voyant un bon départ, ils estimaient toutefois qu'il trahit une conception limitée et irréaliste des soins à domicile, soulignant qu'il ne prévoyait rien à l'égard d'autres services importants de soutien à domicile, comme les travaux ménagers et la préparation des repas. Le programme ne s'attaque pas non plus au problème des établissements de soins de longue durée. Ces témoins préconisaient des programmes assurant tant des services d'auxiliaires domestiques pour malade requérant des soins intensifs que des services à domicile de longue durée (ou continus).

D'autres témoins ont signalé qu'en maints endroits du pays, l'intégration des services de soins à domicile aux soins de santé primaires laisse encore à désirer. À leur avis, il y aurait lieu de coordonner parfaitement les services de soins à domicile et les autres aspects des soins de santé primaires partout au Canada.

Pour sa part, le Conseil de la santé a noté qu'on ne fait pas assez pour suivre les progrès réalisés dans la réforme des soins à domicile et en faire rapport au public. L'ICIS a établi un système d'information sur les soins à domicile, mais seules quelques provinces y participent, avec pour résultat qu'on connaît mal l'état des soins à domicile dans l'ensemble du Canada.

#### **D. Les soins de santé primaires, les dossiers de santé électroniques et la télésanté**

En ce qui concerne les soins de santé primaires, les gouvernements se sont engagés à respecter l'objectif consistant à assurer à 50 p. 100 des Canadiens l'accès à des équipes multidisciplinaires 24 heures par jour et 7 jours par semaine d'ici à 2011. Ils ont aussi convenu d'établir un réseau voué aux meilleures pratiques afin que les professionnels puissent plus facilement échanger de l'information sur la réforme des soins primaires et faire rapport régulièrement des progrès réalisés dans la réforme.

Le Conseil de la santé a dit au Comité que dans certaines parties du pays, l'objectif consistant à assurer des services multidisciplinaires à 50 p. 100 de la population d'ici à 2011 devrait être atteint dans les délais prévus. Mais les progrès sont inégaux et souvent difficiles à mesurer. En fait, peu de gouvernements ont établi des cibles ou élaboré des stratégies permettant de mesurer et de suivre les progrès réalisés et d'en faire rapport. S'il est difficile d'évaluer et de faire connaître les progrès de la réforme des soins de santé primaires, c'est en partie parce qu'on ne s'entend pas sur la définition de l'expression « équipes multidisciplinaires » employée dans le Plan décennal. Dans certaines provinces, elle s'applique dès qu'une infirmière travaille aux côtés du médecin traitant; dans d'autres, elle s'entend strictement d'un groupe de médecins, alors que dans quelques-unes, elle englobe une gamme plus large de professionnels de la santé. On ne s'entend pas non plus sur le nombre et les types de patients que ces équipes doivent traiter. Dans son rapport de 2007, le Conseil insiste sur la nécessité d'établir des définitions ou des paramètres de mesure communs à tous ainsi que les données et les indicateurs voulus pour suivre les progrès de la réforme des soins de santé primaires.

Comme promis dans le Plan décennal, les gouvernements ont établi le réseau fondé sur les meilleures pratiques afin que professionnels de la santé et gestionnaires de services de soins de santé puissent plus facilement partager leur information et résoudre les difficultés qu'ils ont à réformer les soins de santé primaires. Toutefois, après avoir mené une série d'activités en 2005 et 2006, le réseau a été dissout en raison d'un manque de financement ciblé.

Dans le Plan décennal, les premiers ministres reconnaissent avoir investi des capitaux importants dans l'établissement de dossiers de santé électroniques (DSE) afin de permettre la réforme du système de soins de santé et conviennent d'accélérer la mise au point et l'implantation du service. Ils s'engagent à doter 50 p. 100 des Canadiens d'un DES interopérable au plus tard en 2010. Ils demandent de plus qu'on intensifie les efforts consacrés à la télésanté afin de la rendre plus accessible dans les collectivités éloignées ou rurales.

Des témoins ont dit au Comité que les initiatives de réforme des soins de santé ne porteront pas fruit sans les DSE. À leur avis, les DSE auraient notamment pour avantages de faciliter l'accès aux soins, d'améliorer la qualité des services, de favoriser la sécurité des patients et d'accroître l'efficacité et l'efficacités des services. D'autres ont insisté sur le fait que les DSE

pourraient non seulement améliorer l'échange d'information sur les patients, éviter de faire les tests diagnostiques en double et améliorer les résultats cliniques et la sécurité des patients, mais aussi influencer fortement sur la façon dont les professionnels de la santé s'organisent et travaillent ensemble à prodiguer les soins. Le Comité a appris qu'Inforoute Santé du Canada a investi jusqu'à maintenant 1,6 milliard de dollars avec un rendement estimatif de 8 pour 1.

Malgré les investissements faits récemment dans le cadre d'Inforoute, les gouvernements tardent à implanter les DSE. Selon les estimations du Conseil de la santé, en mars 2008, 7 p. 100 seulement des Canadiens avaient un dossier de santé électronique. Les gouvernements ne sont donc pas en voie d'atteindre l'objectif consistant à établir d'ici à 2010 pour 50 p. 100 des Canadiens des DSE sécurisés et liés à d'autres facettes de la prestation des soins de santé, un objectif que le Conseil de la santé juge déjà trop modeste. La lenteur des progrès réalisés dans ce dossier est attribuable à l'absence de financement de contrepartie par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Selon le Conseil, comme le public est massivement favorable à ces investissements, les gouvernements doivent trouver des façons de financer cet élément essentiel de la réforme des soins de santé et d'accélérer son implantation. Certains témoins ont recommandé d'augmenter et d'accélérer le financement d'Inforoute afin de concrétiser rapidement le projet de DSE formulé par les premiers ministres.

Quant à la télésanté, quelques témoins ont signalé que cette technologie s'est révélée tout particulièrement utile dans les provinces où il faut assurer des soins de santé primaires dans des régions isolées. Elle sert aussi à suivre l'état de santé des patients qui habitent chez eux en communiquant électroniquement des données sur leur état de santé à des fournisseurs de soins éloignés pour qu'ils les évaluent. Malgré des avantages démontrables, le recours à la télésanté pour améliorer la qualité des soins et la collaboration entre des professionnels de la santé séparés par de grandes distances n'a toujours pas atteint son plein potentiel.

#### **E. L'accès aux soins dans le Nord et la santé des Autochtones**

Dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral a pris deux engagements pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les collectivités nordiques. Premièrement, il a proposé de créer un Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires grâce auquel les gouvernements territoriaux disposeraient sur cinq ans de 150 millions de dollars de plus pour procéder à des réformes à long terme et accroître le financement direct des coûts de transport pour raison médicale. Deuxièmement, il a convenu d'élaborer avec les territoires une stratégie conjointe pour le Nord.

Le Comité n'a rien entendu sur le Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires au cours de ses audiences. On ignore si le Fonds a été créé et, si c'est le cas, quelles initiatives ont été prises pour faciliter des réformes à long terme et mieux soutenir financièrement le transport pour raison médicale. Le Comité n'a rien appris non plus sur l'élaboration d'une stratégie conjointe à l'égard de la santé dans le Nord.

Bien que le Plan décennal ne prévoie rien de précis au sujet des Autochtones, les premiers ministres et les dirigeants autochtones ont convenu d'unir leurs efforts pour élaborer un plan directeur afin d'améliorer la santé des Autochtones et de leur donner accès à plus de services de

santé. Les premiers ministres et les dirigeants autochtones ont examiné le *Plan directeur de la santé des Autochtones* à la réunion qu'ils ont tenue à Kelowna, en Colombie-Britannique, en novembre 2005. Le gouvernement fédéral a alors affecté 1,3 milliard de dollars sur cinq ans, dont 870 millions pour stabiliser le système de santé des Premières nations et des Inuits et 445 millions pour promouvoir la transformation et le renforcement des capacités. Le *Plan directeur* prévoit aussi la mise en œuvre du Cadre de rapports sur la santé des Autochtones, lequel cadre doit permettre de rendre compte des progrès à la lumière des principaux résultats escomptés en matière de santé. Ce cadre devait être achevé en 2007 et les premiers rapports sont attendus en 2010-2011.

Les organismes autochtones ont dit au Comité que l'apport de fonds découlant du communiqué de Kelowna de 2005 et du *Plan directeur de la santé des Autochtones* est resté relativement modeste. Cela a été confirmé par le Conseil de la santé, qui a aussi noté que certaines provinces travaillent étroitement avec les collectivités autochtones et le gouvernement fédéral pour améliorer les soins de santé et les conditions de vie dans chaque région, bien qu'ils progressent beaucoup moins vite qu'on ne l'avait d'abord pensé.

Pour répondre à certains des besoins urgents des populations autochtones, le gouvernement fédéral a annoncé en 2007 un train de projets pilotes visant à garantir les temps d'attente pour les soins prénatals et le traitement du diabète dans les collectivités de Premières nations. De plus, le Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones (200 millions de dollars sur la période allant de 2005 à 2010) finance plus de 100 projets visant à intégrer les services de santé des peuples autochtones, à améliorer l'accès aux services et à faire participer davantage les collectivités locales à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services de santé.

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

En vertu du Plan décennal, les premiers ministres ont ordonné à leurs ministres de la Santé d'établir un groupe de travail ministériel chargé de concevoir et d'appliquer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) et de faire un rapport à ce sujet au plus tard le 30 juin 2006. La stratégie devait prévoir un train de mesures dans les domaines suivants: une couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance; un formulaire pharmaceutique national; des améliorations à la procédure d'approbation des médicaments; l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché; des stratégies pour l'achat des médicaments et des vaccins; les habitudes en matière de délivrance des ordonnances; la délivrance électronique des ordonnances; l'accès aux médicaments non brevetés et la parité internationale de leurs prix; les facteurs de coût et les meilleures pratiques. Le groupe de travail ministériel fédéral, provincial et territorial sur la SNPP a été créé en octobre 2004 et a publié un rapport d'étape en juin 2006.

Plusieurs témoins ont dit au Comité que l'établissement des divers éléments de la SNPP et d'une stratégie pancanadienne a été lent jusqu'à maintenant. À leur avis, le processus n'a pas été très transparent, les intervenants ont été consultés assez tard et on en sait encore assez peu sur la façon dont les choses se passent dans beaucoup des domaines clés (p. ex. à l'égard des médicaments coûteux pour le traitement des maladies rares).

De même, dans son rapport de 2008, le Conseil de la santé écrit que les progrès réalisés par les gouvernements vers la création de la SNPP promise en 2004 sont inacceptables. Il note par exemple que le dossier de la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance est au point mort et qu'il n'y a toujours pas de formulaire pharmaceutique unique au Canada. Certains témoins ont signalé que, faute de leadership fédéral et d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial actif, de nombreux problèmes jugés urgents dans la Stratégie sont encore abordés de façon isolée. Le Conseil de la santé fera un rapport au cours de l'année sur les progrès réalisés dans l'application de cette stratégie.

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

En vertu du Plan décennal, les gouvernements ont accepté de collaborer à la mise au point d'interventions coordonnées dans les foyers de maladies infectieuses et à d'autres urgences en matière de santé publique grâce au nouveau Réseau de santé publique. Ils se sont aussi engagés à établir une stratégie pancanadienne de santé publique, à travailler en collaboration à établir des objectifs et des cibles en matière de santé et à favoriser le travail intersectoriel en mettant à profit des initiatives comme celle des écoles salubres. Pour sa part, le gouvernement fédéral s'est engagé à investir périodiquement dans la production des vaccins nécessaires à la Stratégie nationale d'immunisation. La Stratégie offrira aux enfants canadiens de nouvelles garanties d'immunisation.

Des témoins ont dit au Comité que le gouvernement fédéral avait fait des progrès en matière de santé publique et de prévention des maladies. Il a en effet investi 1 milliard de dollars sur cinq ans dans la capacité d'intervention fédérale en cas de pandémie de grippe et il appuie la Stratégie nationale d'immunisation. Il a aussi lancé la première stratégie nationale de contrôle du cancer, a soutenu l'élaboration de la Stratégie canadienne en santé du cœur et a établi la Commission de la santé mentale du Canada.

Malgré ces initiatives, le Conseil de la santé dit craindre, dans son rapport de 2008, que l'idée d'une stratégie pancanadienne intégrée de vie saine permettant de lutter contre certaines pathologies n'ait été abandonnée. Dans l'ensemble, les dépenses publiques visant à favoriser une vie saine ne représentent encore qu'une infime partie de ce que le Canada dépense pour traiter des maladies et des blessures évitables.

## **H. L'innovation en santé**

Le Plan décennal engage le gouvernement fédéral à continuer d'investir dans les sciences et la technologie de la santé et dans la recherche en santé. Les fonctionnaires fédéraux ont dit au Comité qu'au cours des quatre dernières années, le gouvernement a investi des sommes considérables dans la recherche en santé, dont 440 millions de dollars en fonds nouveaux affectés à l'innovation axée sur la santé. Plusieurs témoins ont insisté sur la nécessité d'investir de façon soutenue pour attirer et conserver des chercheurs de calibre international, pour faire des découvertes et des innovations et pour en tirer profit.

## **I. Reddition de comptes et rapports**

Le Plan décennal prévoit la production de trois types différents de rapports. Premièrement, ainsi que nous le signalions dans les sections précédentes, plusieurs rapports sont exigés des provinces et des territoires pour certains éléments du Plan (p. ex. temps d'attente, ressources humaines en santé, soins à domicile, réforme des soins primaires). Certains de ces rapports sont assortis d'une échéance et d'autres doivent être produits tous les ans ou périodiquement. Il convient de noter que pour certains éléments, aucun rapport n'est exigé des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux (p. ex. accès aux soins dans le Nord, prévention, promotion et gestion de la santé publique, innovation dans le domaine de la santé, prévention et résolution des différends).

Deuxièmement, le Plan décennal prévoit : « Tous les arrangements de financement exigent que les provinces et les territoires remettent des rapports à leurs citoyens. » Aux yeux de certains témoins, cela signifie que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent faire un rapport pour obtenir les fonds prévus dans le Plan. En 2004, les premiers ministres ont souscrit aux ententes de financement et à l'obligation de faire des rapports.

Et troisièmement, le Plan décennal oblige le Conseil canadien de la santé à faire rapport tous les ans de l'état de santé des Canadiens et des résultats en matière de santé, de même que des progrès réalisés à l'égard de chacun des éléments. Il prévoit aussi que l'ICIS doit faire un rapport sur la diminution des temps d'attente dans les provinces et les territoires. Le gouvernement fédéral verse des fonds au Conseil canadien de la santé et à l'ICIS pour qu'ils tiennent les Canadiens au fait de la refonte des soins de santé. Depuis 2004, le Conseil canadien de la santé a publié quatre rapports annuels et quelques rapports sur divers éléments du Plan. Pour sa part, l'ICIS a publié quatre rapports annuels sur les temps d'attente. (voir l'Annexe A pour les liens électroniques à ces rapports.)

Le Conseil de la santé et l'ICIS peuvent baser leurs propres rapports sur ceux que doivent produire les provinces et les territoires sur les éléments du Plan et sur les ententes de financement. Or, les provinces et les territoires ne rendent pas tous compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan, comme l'exige ce dernier, et les rapports qui sont publiés ne comportent pas tous des renseignements exhaustifs ou comparables. De plus, certains témoins ont fait valoir que comme l'Alberta et le Québec ne participent pas aux travaux du Conseil canadien de la santé, deux provinces échappent au mécanisme de reddition des comptes établi dans le Plan décennal. Par ailleurs, il est difficile de suivre les progrès accomplis à l'égard des éléments du Plan pour lesquels aucun rapport n'est exigé.

L'absence de données et d'informations normalisées, uniformes et comparables sur la santé des Canadiens nuit énormément à la surveillance de la mise en œuvre du Plan décennal et à la production de rapports à ce sujet. Des témoins ont dit au Comité qu'un comité consultatif fédéral-provincial-territorial avait été mis sur pied pour élaborer des indicateurs de rendement communs aux fins des rapports sur la refonte des soins de santé, mais ce conseil a été dissout un an plus tard. Ce comité avait établi 18 indicateurs, mais des témoins ont affirmé que certains ne sont d'aucune utilité dans l'établissement des rapports portant sur les éléments du Plan décennal et que d'autres qui présentent un intérêt sont peu utilisés. À défaut de rapports plus normalisés et

établis en collaboration par tous les gouvernements, les Canadiens n'ont pas la garantie que les nouveaux fonds et les nouvelles pratiques visant à améliorer les soins de santé feront la moindre différence.

Les représentants du gouvernement fédéral que le Comité a entendus n'ont toutefois pas indiqué si le gouvernement fédéral avait fait un rapport sur les éléments du Plan décennal ni s'il le fera. Les rapports du Conseil canadien de la santé renseignaient sur ce que le fédéral a fait en 2005 dans le domaine des soins à domicile et des ressources humaines en santé et en 2006, sur les temps d'attente, la gestion des produits pharmaceutiques, les soins à domicile et les soins primaires. Les tableaux de son rapport de 2007 comparant les divers gouvernements ne contiennent pas de données fédérales, tandis que son rapport de 2008 ne comporte aucun tableau comparant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous ne savons donc encore que peu de choses sur les progrès réalisés dans le cadre du Plan décennal par le gouvernement fédéral.

Quant aux comptes que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent rendre, des témoins ont dit estimer que le gouvernement fédéral assortit les paiements de transfert prévus dans le Plan décennal de peu de conditions. De façon analogue, on peut lire ce qui suit dans le rapport du Conseil de la santé publié en 2007 : « Nous ne pouvons pas préciser où les provinces et territoires investissent les fonds de transferts fédéraux en matière de santé, car le détail n'en est pas donné. » Les exigences du Plan décennal en matière de production de rapports ne figurent pas dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. Il faut toutefois signaler que la majeure partie des fonds affectés au Plan provient du Transfert canadien en matière de santé (TCS), de sorte qu'ils sont assujettis à la *Loi canadienne sur la santé* et à ses exigences en matière de déclaration. Il est plus facile de repérer les fonds ciblés pour la réduction des temps d'attente et l'équipement médical que ceux du TCS. Il n'en demeure pas moins que la plupart des provinces et des territoires n'honorent pas leur engagement de publier des rapports annuels sur les éléments du Plan décennal.

Comme les soins de santé relèvent principalement des provinces et des territoires, des témoins ont fait valoir que le gouvernement fédéral devrait fournir des fonds sans les lier à des conditions ou à des objectifs. D'autres, toutefois, estimaient que le gouvernement fédéral a le droit – ou le devoir – constitutionnel d'utiliser son pouvoir de dépenser pour atteindre dans le domaine de la santé des objectifs qui sont de l'intérêt de tous les Canadiens. Selon eux, le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership pour maintenir l'intégrité de la *Loi canadienne sur la santé*, sinon le système se fragmentera davantage. Qui plus est, en tant que cinquième fournisseur de services de santé en importance, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de participant direct.

Des témoins ont dit au Comité que le comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la gouvernance et la responsabilité était un partenaire clé du Conseil de la santé, car il partageait l'information sur la façon dont les gouvernements dépensent les fonds qu'ils reçoivent en vertu du Plan décennal, mais ce comité intergouvernemental a été démantelé, et l'information sur le financement n'est pas facile à obtenir, car dans la plupart des cas, elle n'existe même pas.

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

Dans le cadre du Plan décennal, les premiers ministres ont formellement souscrit au processus de prévention et de résolution des différends (PRD) que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* et qui est décrit dans une lettre de 2002 du ministre fédéral de la Santé.

Il n'a pas été question du processus PRD même lors des audiences du Comité consacrées au Plan décennal. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de témoins ont dit juger que les rapports annuels sur la *Loi canadienne sur la santé* ne donnent pas assez d'information sur les questions relatives à l'observation (ou au défaut d'observation) de la *Loi*. Ils ont proposé que Santé Canada use de ses pouvoirs discrétionnaires pour faire respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* à l'égard des paiements de transfert et fasse un rapport au Parlement. D'autres ont recommandé que la vérificatrice générale du Canada fasse une vérification des fonds transférés par le fédéral aux provinces aux fins de la prestation des soins de santé.

## **VERS UN PROGRAMME GLOBAL DE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ**

La section qui précède a présenté une évaluation des progrès réalisés ou du peu de progrès marqué à l'égard de chaque élément du Plan décennal, selon les témoignages entendus et les mémoires reçus lors des audiences. Dans la présente section, le Comité formule des recommandations afin de faire avancer la réalisation du programme exhaustif en soins de santé établi en vertu du Plan, en mettant l'accent sur le rôle du gouvernement fédéral.

### **A. Rapports**

Les rapports à la population constituent un élément clé du Plan décennal. Il a été convenu que les Canadiens seraient informés à intervalles réguliers de l'évolution de la réforme du système de soins de santé et qu'ils pourraient constater dans quelle mesure les gouvernements s'acquittent des engagements pris en vertu du Plan décennal. Certains des rapports exigés ont été préparés, mais, en dépit des travaux accomplis par le Conseil de la santé et l'ICIS, le fait est que les gouvernements n'ont pas présenté systématiquement comme convenu, à la population, des rapports en temps opportun.

Malheureusement, le gouvernement fédéral est particulièrement fautif à cet égard. Les représentants du gouvernement qui ont comparu devant le Comité n'ont pas donné de détails sur les progrès réalisés par le gouvernement fédéral au titre de chacun des dix éléments du Plan décennal. Ces renseignements étaient exigés par écrit en vertu d'une motion à cet effet adoptée le 17 avril 2008, et de nouveau le 4 juin 2008. Santé Canada a fourni les informations après les délibérations du Comité; celles-ci sont présentées à l'Annexe B du rapport. Le Comité estime que les renseignements, qui auraient grandement facilité l'examen du Plan décennal, n'ont pas été présentés au moment voulu. Il est de la plus grande importance que tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, présentent les rapports exigés en vertu du Plan décennal.

D'après les témoignages reçus, le Comité estime que le Conseil de la santé et l'ICIS se sont acquittés de leur obligation de publier des rapports annuels. Toutefois, ils peuvent difficilement montrer dans quelle mesure les gouvernements provinciaux et territoriaux s'acquittent des

engagements imposés dans le Plan décennal vu l'absence de rapports systématiques et uniformes de leur part. De l'avis du Comité, il faut que toutes les compétences fournissent des renseignements pertinents pour qu'on puisse rendre compte du renouveau des soins de santé et signaler les progrès aux citoyens. Cette obligation vaut pour tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral. Pour cette raison, le Comité recommande :

**RECOMMANDATION 1 : Que le gouvernement fédéral fasse rapport, comme il l'est exigé, sur les progrès accomplis en fonction de chacun des éléments du Plan décennal, et ce, d'ici la fin de l'exercice financier 2008-2009; et qu'il encourage toutes les provinces et tous les territoires à publier les rapports exigés en respectant les échéances fixées dans le Plan.**

## **B. Collecte de données**

Le manque de données et le manque d'uniformité dans les données existantes compliquent le suivi de la mise en œuvre du Plan et l'établissement de rapports. Comme signalé précédemment dans le présent rapport, les données sur les temps d'attente utilisent différentes mesures, les données sur les ressources humaines en santé sont insuffisantes, l'expression « équipes multidisciplinaires » est mal définie, etc.

Le Comité croit, comme les témoins, que le manque de données cohérentes et comparables complique l'évaluation de la réforme et l'établissement de rapports sur les progrès. Malgré les travaux louables qu'ont accomplis les organismes pour fournir de l'information dans le domaine de la santé, il faut, au Comité et à la population canadienne, davantage de données et d'indicateurs comparables, une meilleure collaboration et des mécanismes d'échange de données entre tous les gouvernements pour évaluer les progrès. Le Comité recommande donc :

**RECOMMANDATION 2 : Qu'avec la collaboration des provinces et des territoires et de concert avec le Conseil canadien de la santé et l'Institut canadien d'information sur la santé, le gouvernement fédéral convienne d'un ensemble de données et d'indicateurs comparables pour garantir l'évaluation adéquate des progrès accomplis à l'égard du Plan décennal; que le gouvernement fédéral veille à ce que cet ensemble d'indicateurs s'applique à ses groupes de clients; et que ce travail soit terminé d'ici la fin de l'exercice 2008-2009.**

## **C. Financement fédéral**

Le Comité est conscient qu'il n'existe aucune disposition législative ou autre permettant de pénaliser les provinces qui ne se conforment pas au Plan décennal. Elles sont libres de rendre compte aux citoyens, mais non au gouvernement fédéral. C'est pourquoi, comme le veut la première recommandation du Comité, il importe d'accorder la priorité à l'amélioration des rapports publics, par toutes les provinces et tous les territoires, sur les progrès accomplis au chapitre du renouvellement des soins de santé. Les contribuables canadiens méritent une plus grande transparence à l'égard des milliards de dollars investis conformément au Plan décennal.

Dans ses rapports, le Conseil de la santé a indiqué à maintes reprises que même si le gouvernement fédéral communique des estimations des fonds alloués pour chaque province et territoire sur le site Web du ministère des Finances, il ne publie pas de rapports distincts pour les populations envers lesquelles il a une responsabilité directe. Le Comité recommande donc :

**RECOMMANDATION 3 : Que le gouvernement fédéral fasse rapport sur les dispositions de financement qui s'appliquent aux populations envers lesquelles il a une responsabilité directe.**

#### **D. Collaboration pancanadienne**

Quand ils se sont entendus sur le Plan décennal, les premiers ministres pensaient que les gouvernements chercheraient à résoudre ensemble les problèmes communs dans l'intérêt de tous les Canadiens, quels que soient leurs lieux de résidence. De nombreux témoins ont dit au Comité qu'il est nécessaire de remettre à l'ordre du jour une même vision pancanadienne des soins de santé afin de renforcer le système et de mettre en place des mécanismes pour concrétiser cette vision.

Il existe déjà des mécanismes, comme le Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé, mais celui-ci ne bénéficie pas de l'attention ni du soutien qu'il lui faudrait de tous les intervenants pour porter fruit. Inforoute Santé du Canada est un autre cadre de collaboration pancanadienne, qui est dédié aux dossiers électroniques en santé et à la télésanté, deux autres éléments du Plan décennal. Dans ces domaines, il serait possible de hâter les progrès grâce à une meilleure collaboration intergouvernementale. En ce qui concerne la gestion des produits pharmaceutiques, on a créé la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques en tant que cadre pancanadien pour régler les problèmes dans ce dossier grâce à la collaboration, mais elle n'a connu que peu d'activité, voire aucune, depuis 2006.

D'autres processus établis afin de faciliter la collaboration pancanadienne ont simplement été démantelés, comme le réseau voué aux meilleures pratiques (réforme des soins primaires) et le Comité consultatif F/P/T sur la gouvernance et la responsabilité (partage d'information sur les dispositions de financement).

Le Comité est conscient qu'il n'existe pas un seul régime de soins de santé au Canada, mais au moins 14, incluant les soins de santé offerts par le gouvernement fédéral ou financés par celui-ci. Cela complique la coordination d'une réforme d'envergure. Mais il convient avec les témoins que des mesures de coordination qui transcendent les frontières géographiques et politiques s'imposent pour régler les graves problèmes reliés aux nombreux éléments du Plan décennal. Par conséquent, le Comité recommande :

**RECOMMANDATION 4 : Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'engagent à nouveau publiquement à conjuguer leurs efforts, comme le prévoit le Plan décennal, et que le gouvernement fédéral assure la collaboration entre ses groupes de clients au pays.**

## **E. Santé des Autochtones**

Le Comité est préoccupé par le manque de données sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan directeur de la santé des Autochtones*. On en sait peu également sur le Cadre de rapports sur la santé des Autochtones, riche de promesses, qui pourrait nous permettre de connaître et de surveiller l'état de santé des Autochtones. Pour cette raison, le Comité recommande :

**RECOMMANDATION 5 : Que le gouvernement fédéral dépose au Parlement un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan directeur de la santé des Autochtones*, sur l'élaboration du Cadre de rapports sur la santé des Autochtones, et, plus particulièrement, sur la réalisation de ses travaux pour les Premières nations et les Inuits, et ce avant la fin de 2008-2009.**

## **CONCLUSION**

Le Comité croit que ces recommandations auront pour effet d'accélérer l'application du Plan décennal pour consolider les soins de santé. À son avis, l'application de ses recommandations facilitera le prochain examen parlementaire prévu dans la Loi, qui doit être effectué en 2011.



## **LISTE DES RECOMMANDATIONS**

### **RECOMMANDATION 1**

**Que le gouvernement fédéral fasse rapport, comme il l'est exigé, sur les progrès accomplis en fonction de chacun des éléments du Plan décennal, et ce, d'ici la fin de l'exercice financier 2008-2009; et qu'il encourage toutes les provinces et tous les territoires à publier les rapports exigés en respectant les échéances fixées dans le Plan.**

### **RECOMMANDATION 2**

**Qu'avec la collaboration des provinces et des territoires et de concert avec le Conseil canadien de la santé et l'Institut canadien d'information sur la santé, le gouvernement fédéral convienne d'un ensemble de données et d'indicateurs comparables pour garantir l'évaluation adéquate des progrès accomplis à l'égard du Plan décennal; que le gouvernement fédéral veille à ce que cet ensemble d'indicateurs s'applique à ses groupes de clients; et que ce travail soit terminé d'ici la fin de l'exercice 2008-2009.**

### **RECOMMANDATION 3**

**Que le gouvernement fédéral fasse rapport sur les dispositions de financement qui s'appliquent aux populations envers lesquelles il a une responsabilité directe.**

### **RECOMMANDATION 4**

**Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'engagent à nouveau publiquement à conjuguer leurs efforts, comme le prévoit le Plan décennal, et que le gouvernement fédéral assure la collaboration entre ses groupes de clients au pays.**

### **RECOMMANDATION 5**

**Que le gouvernement fédéral dépose au Parlement un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan directeur de la santé des Autochtones*, sur l'élaboration du Cadre de rapports sur la santé des Autochtones, et, plus particulièrement, sur la réalisation de ses travaux pour les Premières nations et les Inuits, et ce avant la fin de 2008-2009.**



## ANNEXE A

### Rapports annuels du Conseil canadien de la santé :

2005 : *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*

[http://healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=35&Itemid=36](http://healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=36)

2006 : *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité*

[http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=57](http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=57)

2007 : *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*

[http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=120&Itemid=96](http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=120&Itemid=96)

2008 : *Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003-2008*

[http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=197&Itemid=9](http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=197&Itemid=9)

### Rapports annuels de l'Institut canadien d'information sur la santé :

2005 : *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui sont les utilisateurs des services d'urgence et quels sont les temps d'attente?*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_451\\_F&cw\\_topic=451&cw\\_rel=AR\\_1266\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_451_F&cw_topic=451&cw_rel=AR_1266_F)

2006 : *Temps d'attente et soins de sante au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_549\\_F&cw\\_topic=549&cw\\_rel=AR\\_1385\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_549_F&cw_topic=549&cw_rel=AR_1385_F)

2007 : *Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province, 2007*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_1909\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1909_F)

2008 : *Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province, 2008*

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_1909\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1909_F)



*Transmis à la greffière du Comité par courrier électronique le mardi 10 juin 2008 à 10h 15*

Carmen DePape  
Greffière, Comité permanent de la santé  
Chambre des communes  
131, rue Queen, 6<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

Madame,

Je vous écris en réponse à la motion du 5 juin 2008 qui a été adoptée par le Comité permanent de la santé et qui se lit comme suit :

Que le ministère de la Santé de même que l'Agence de la santé publique du Canada présentent d'ici le 10 juin 2008 leur analyse des progrès réalisés à ce jour pour chacune des sections de la réunion des premiers ministres sur l'Accord de 2004 sur la santé, comme précédemment demandé par le Comité le 17 avril 2008, et que les administrations provinciales ne soient pas liées par la présente motion.

Dans notre réponse à une motion similaire du Comité datée du 17 avril 2008, nous avons présenté les renseignements les plus complets fournis par le Conseil canadien de la santé sur les progrès accomplis relativement à chacun des aspects de l'Accord.

Comme la présente motion exige nommément l'analyse de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons le plaisir de présenter aux membres du Comité une analyse de la mise en œuvre de chacun des dix aspects de l'Accord qui a été rédigée pour usage interne avant notre comparution devant le Comité.

Je souhaite aux membres du Comité beaucoup de succès dans leurs délibérations.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères salutations.

Karen L. Dodds, Ph.D.  
Sous-ministre adjointe

Pièces jointes : 10

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### RÉDUIRE LES TEMPS D'ATTENTE ET AMÉLIORER L'ACCÈS

---

Les gouvernements FPT sont en train de réaliser d'importants progrès en ce qui a trait aux engagements qu'ils ont pris dans le cadre de l'Accord 2004 de la santé, réussissant à réduire sensiblement le temps d'attente et à obtenir et à fournir des informations aux Canadiens sur les progrès obtenus.

#### **Réduire le temps d'attente**

##### Financement dans le cadre de l'Accord 2004 de la santé

Le gouvernement du Canada a respecté ses engagements dans le cadre de l'accord 2004 en allouant 5,5 milliards de dollars aux provinces et territoires à même le Fonds pour la réduction des temps d'attente, dans le cadre des transferts fédéraux supplémentaires de 41 milliards de dollars sur 10 ans pour renforcer les soins de santé. Le Fonds pour la réduction des temps d'attente a permis aux provinces et aux territoires d'augmenter leurs investissements existants à l'appui de diverses initiatives en vue de réduire les temps d'attente. Ce genre d'investissement reconnaît la responsabilité des provinces et territoires dans la prestation des soins de santé et soutien leurs efforts en vue de garantir un accès opportun à des soins de qualité.

##### Initiative nationale sur les temps d'attente

Par ailleurs, le gouvernement du Canada a investi sur le développement et la diffusion de connaissances en vue de documenter des stratégies de gestion et de réduction des temps d'attente par le biais de l'Initiative nationale sur les temps d'attente (INTA). Le budget de 2005 a alloué au départ 15 millions de dollars sur quatre ans à cette initiative afin d'aider les initiatives sur les temps d'attente qui viendraient renforcer et servir d'appoint aux initiatives provinciales et territoriales. Néanmoins, le budget supplémentaire des dépenses pour 2005 n'ayant pas été approuvé, l'initiative n'a pas reçu son allocation de 2 millions de dollars de la première année. C'est pourquoi on a fini par lui accorder 13 millions de dollars sur trois ans (2006-2007 à 2008-2009).

Voici quelques exemples des résultats obtenus à ce jour : nouveaux partenariats entre chirurgiens, autres professionnels des soins de santé et gouvernements provinciaux pour améliorer la gestion des temps d'attente pour les interventions orthopédiques; adoption des leçons apprises d'un modèle favorisant l'usage approprié de l'imagerie diagnostique; et établissement de la première base de données nationale sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique.

##### Jalons

Le 12 décembre 2005 les gouvernements ont annoncé 10 jalons ou points de repère communs pour les temps d'attente dans quatre domaines de soins qui sont considérés prioritaires : maladies cardiovasculaires, cancer, remplacement d'articulations et rétablissement de la vue. Ces jalons, qui se fondent sur des recherches et des preuves cliniques, couvrent le remplacement de la hanche et du genou, la fixation des fractures à la hanche, la chirurgie des cataractes, le dépistage du cancer du sein et du col utérin, la radiothérapie pour le cancer et les pontages cardiaques.

Si les gouvernements n'ont pas établi des jalons fondés sur la preuve pour l'imagerie diagnostique, cela est en grande partie attribuable au fait que l'utilisation appropriée de ces technologies et des preuves connexes en ce qui a trait aux temps d'attente acceptables font l'objet d'un débat. Les gouvernements se sont engagés à développer de nouveaux jalons à mesure que de nouvelles preuves paraîtront et collaborent avec les Instituts de recherche en santé du Canada et des cliniciens pour des travaux à l'appui de l'établissement de nouveaux jalons.

## Cibles

Dans l'accord de 2004, les provinces et territoires se sont engagés à établir des cibles pluriannuelles pour atteindre les jalons prioritaires d'ici le 31 décembre 2007. En mars 2008, cinq provinces (l'Alberta, l'Ontario, le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan) avaient des cibles déclarées. Ces cibles varient et seul l'Alberta a déclaré publiquement des cibles en ce qui a trait à tous les jalons. Les cibles publiquement disponibles pour les interventions chirurgicales de la Saskatchewan ont été établies avant l'accord de 2004. Les cibles du Québec sont reliées à sa garantie d'accès tel qu'établi dans le projet de loi 33. Par ailleurs, plusieurs provinces (Manitoba, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) ont fait savoir publiquement qu'elles demeurent engagées à établir des cibles. Il importe de noter que toutes les administrations provinciales et territoriales ont fait savoir qu'elles estiment que les jalons constituent des buts qu'elles s'efforceront d'atteindre.

## Réduction des temps d'attente

Depuis la conclusion de l'accord 2004, les gouvernements ont entrepris une série de mesures pour réduire les temps d'attente, particulièrement dans les cinq domaines prioritaires nommément désignés (le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'imagerie diagnostique, le remplacement des articulations et le rétablissement de la vue). Les stratégies des provinces et des territoires pour améliorer la manière dont les temps d'attente sont surveillés, mesurés et gérés sont notamment :

- renforcer les capacités;
- utiliser la technologie pour surveiller et mesurer les temps d'attente;
- gérer l'accès pour aider les patients à se retrouver dans le système de santé;
- préciser comment les hôpitaux, les organismes de services de santé et les fournisseurs de santé sont responsables de rendre des soins de santé plus accessibles et d'en rendre compte au public canadien;
- évaluer l'accès des patients aux soins de santé et les résultats sur le plan de la santé aidant les gouvernements à déterminer comment il faut affecter les ressources pour obtenir des résultats plus efficaces.

Les activités et les progrès varient selon les domaines cliniques et les administrations, mais les provinces et territoires sont tous en train de travailler pour obtenir des réductions plus poussées dans les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, voire au-delà. Des améliorations concrètes ont ainsi été obtenues. En voici quelques exemples :

- En Alberta, 90 % des patients ont pu recevoir leur pontage cardiaque en 11 semaines en janvier 2008, soit moins que les 17,5 semaines qu'il fallait attendre en janvier 2007.<sup>1</sup>
- Au Manitoba, le temps d'attente moyen pour la radiothérapie contre le cancer était d'une semaine en janvier 2008.<sup>2</sup> En 1999, les patients atteints de cancer devaient attendre six semaines ou plus pour se faire soigner.<sup>3</sup>
- En Ontario, entre novembre 2004 et avril 2007, les temps d'attente pour le remplacement de hanche ont chuté de 27 % (soit 94 jours), alors que les temps d'attente pour le remplacement du genou ont reculé de 30 % (soit 133 jours) et ceux de la chirurgie des cataractes de 41 % (soit 128 jours).<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Alberta Health and Wellness Waitlist Registry, Monthly Provincial Trends Report - Selected Interventions (AWR - 1003), for 13 months ending January 2008. Disponible en anglais seulement sur le site : <http://www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/DownloadTrendReports.jsp> (Accessed: March 31, 2008).

<sup>2</sup> Santé Manitoba, voir la rubrique Information au sujet des délais d'attente dans le site Web <http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/radiation/body.fr.html> (Accessed: March 27, 2008).

<sup>3</sup> Manitoba Health, "Working for Better Health Care Sooner: Report to Manitobans on Health Care Services", (Mai 2006). Disponible en anglais seulement sur le site : [www.gov.mb.ca/health/waitlist/report2006.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/report2006.pdf)

<sup>4</sup> Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario - Communiqué de presse (27 avril 2007). Disponible sur le site : [www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news\\_releasesf/archivesf/nr\\_07f/aprf/nr\\_20070427\\_2f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_07f/aprf/nr_20070427_2f.html)

- Le gouvernement du Québec signale d'importantes réductions dans les temps d'attente prolongés pour des interventions comme la chirurgie des cataractes (qui a baissé de 64 %) et les chirurgies interventions à la hanche et au genou (qui ont baissé de 45 % et de 60 % respectivement) entre 2003 et 2007.<sup>5</sup>
- En Nouvelle-Écosse, le rythme des mammographies chez les femmes de 50 à 69 ans a pratiquement doublé depuis le début de la décennie et le temps d'attente moyen pour le dépistage mammographique dans les hôpitaux a chuté de 44 semaines en 2005 à 11 semaines en 2006.<sup>6</sup>

En reconnaissant ces efforts, en 2007, le Conseil canadien de la santé a fait savoir qu'il y avait assez d'activités en cours dans chaque administration, et que l'Alliance sur les temps d'attente avait signalé que des progrès avaient été réalisés en ce qui avait trait à la réduction des temps d'attente. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a récemment fait savoir que le nombre de chirurgies dans des domaines prioritaires pour la réduction du temps d'attente avait augmenté de 7 % en 2005-2006 par rapport à l'année précédente, alors que les interventions chirurgicales en dehors des domaines prioritaires avaient augmenté de 2 %.

### Garantie de délai d'attente pour les patients

Une des priorités actuelles du gouvernement fédéral consiste à favoriser le développement et la mise en œuvre de garanties de délai d'attente pour les patients à l'échelle du pays. Au printemps 2007, toutes les administrations provinciales et territoriales ont convenu d'établir une telle garantie dans un domaine prioritaire d'ici 2010. Cet engagement à établir ces garanties représente un nouveau jalon dans les efforts de réduction des temps d'attente. Ces garanties permettront au système des soins de santé d'avancer vers des soins plus attentifs aux patients et axés sur leurs besoins, tout en donnant aux patients une plus grande certitude quant à l'accès opportun aux soins.

Les garanties à l'égard des délais d'attente comprennent deux éléments clés :

- un échéancier défini pour établir le moment où des soins médicalement nécessaires doivent être fournis;
- accès à des possibilités de soins parallèles qui sont automatiquement offerts aux patients si le système ne peut fournir les soins selon l'échéancier défini.

Tel que prévu dans le budget 2007, le gouvernement fédéral est en train de fournir une nouvelle enveloppe de financement d'une valeur de 1 milliard de dollars aux provinces et territoires et à l'InfoRoute Santé du Canada à l'appui du développement et de l'établissement de garanties à l'égard des délais d'attente. Cela comprend :

- 612 millions de dollars destinés au Fonds de fiducie pour les garanties de délai d'attente, qui aidera les provinces et territoires dans leurs diverses initiatives en vue d'améliorer la certitude de l'accès opportun aux soins de santé assurés. En suivant les principes directeurs du Fonds de fiducie pour les garanties de délai d'attente, les provinces et territoires peuvent opter pour ce qui suit :
  - renforcer les capacités de manière massive pour accomplir une garantie du temps d'attente;
  - reconfigurer la prestation des services pour faciliter un usage amélioré des ressources du système;
  - acheter de l'équipement médical nouveau ou de remplacement qu'il faut pour respecter une garantie des délais d'attente;
  - former et engager des professionnels des soins de santé, y compris les intervenants-pilotes ou les coordonnateurs en soins;
  - offrir de l'aide aux patients pour se déplacer en vue d'obtenir des soins opportuns à l'intérieur ou à l'extérieur de l'administration dont ils dépendent;
  - élaborer et mettre en œuvre des pratiques de gestion des temps d'attente et des mesures d'efficacité en vue d'améliorer le déplacement des patients;

<sup>5</sup> Philippe Couillard, Journal des débats, Assemblée nationale du Québec (16 octobre 2007).

<sup>6</sup> Conseil canadien de la santé, *Éclaircir la question des temps d'attente* (juin 2007).

- élaborer et mettre en œuvre des mesures de sensibilisation du public, des patients et des fournisseurs en ce qui a trait à l'introduction et à la mise en œuvre d'une garantie des délais d'attente.
- 400 millions de dollars pour financer l'InfoRoute Santé du Canada, à l'appui de la mise en œuvre de garanties moyennant la mise au point de systèmes d'information sur la santé et de dossiers de santé électroniques.
- Un fonds de 30 millions pour des projets pilote pour garantir les délais d'attente, qui aidera les provinces et territoires à mettre à l'essai des approches novatrices dans le contexte des garanties, y compris pour ce qui est de recourir à des soins parallèles lorsque les échéanciers ne sont pas respectés. Pour l'instant, trois projets pilotes ont été annoncés dans le cadre de cette initiative :
  - La Nouvelle-Écosse recevra jusqu'à 8 millions de dollars pour deux projets pilotes qui mettront à l'épreuve les garanties des délais d'attente dans les domaines de l'imagerie diagnostique et de la chirurgie orthopédique.
  - Le Manitoba est en train de recevoir jusqu'à concurrence de 5,8 millions de dollars pour un projet pilote qui rationalisera les aiguillages des praticiens généraux aux spécialistes, dans des domaines qui comprennent le cancer, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la santé mentale.
  - Des accords de contribution pour sept autres projets pilotes sur les garanties des délais d'attente ont été mis au point pour des projets novateurs dans toute une gamme de domaines cliniques.

Le gouvernement du Canada est également en train de financer quatre projets pilotes fédéraux pour mettre les garanties à l'essai :

- En novembre 2006, le gouvernement du Canada a annoncé l'élaboration de deux projets pilotes dans les domaines du diabète et des soins prénataux dans des communautés sélectionnées de Premières nations. Le financement pour ces deux projets pilotes émane des programmes existants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).
- Le 5 janvier 2007, le gouvernement du Canada a annoncé que l'organisme Saint Elizabeth Health Care recevrait jusqu'à 3,7 millions de dollars sur 18 mois pour un projet pilote en vue d'établir une garantie de délais d'attente dans le domaine des soins des ulcérations diabétiques aux pieds pour les Premières nations vivant sur les réserves au Manitoba. Ce projet pilote est financé par l'Initiative nationale des temps d'attente.
- Le 11 janvier 2007, le gouvernement du Canada a annoncé un projet pilote sur les temps d'attente dans le domaine de la pédiatrie. Le Hospital for Sick Children (SickKids), au nom des 16 Paediatric Academic Health Science Centres (PAHSC), est en train de recevoir jusqu'à concurrence de 2 901 678 \$ sur 15 mois pour un projet pilote qui améliorera l'accès et la certitude d'obtenir des soins opportuns en chirurgie pédiatrique. Ce projet pilote est financé par le biais de l'Initiative nationale sur les temps d'attente.

Le travail au chapitre des garanties mise sur les réalisations du gouvernement à ce jour dans le domaine des temps d'attente et contribue à l'amélioration globale du système des soins de santé.

## **Obligation de rendre des comptes au public**

### Indicateurs comparables de l'accès

En mars 2006, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont approuvé les indicateurs comparables de l'accès aux professionnels de la santé, à l'imagerie diagnostique, au remplacement des articulations, à la restauration de la vue et aux soins du cancer et des maladies cardiovasculaires. Les provinces et territoires ont travaillé avec l'ICIS à l'élaboration plus poussée de données et de définitions pour le rapport sur les indicateurs comparables en ce qui a trait à l'accès. L'ICIS a fait valoir en février 2008 que si les informations disponibles au public sur les temps d'attente avaient augmenté beaucoup progressivement, les données comparables au niveau provincial continuent à évoluer. L'ICIS signale des initiatives dans de nombreuses administrations pour améliorer la qualité des données, tout en précisant qu'il existe des écarts d'une province à l'autre dans les mesures relatives au temps d'attente, ce qui veut dire que les temps d'attente signalés ne sont pas encore comparables d'une administration à l'autre.

## Reddition de comptes

Toutes les administrations ont pris des mesures pour informer leurs habitants à propos des temps d'attente par des moyens tels des rapports publics, des communiqués de presse et des sites Web. En fait, la plupart des provinces et territoires sont désormais en train de rendre compte régulièrement sur des sites Web accessibles au public et entièrement consacrés à l'information sur les temps d'attente. Si la qualité des rapports varie d'une administration à l'autre, en 2007, le Conseil de la santé a relevé un progrès important au niveau du rapport des temps d'attente. En février 2008, l'ICIS signalait que l'information sur les temps d'attente disponible au public avait augmenté de beaucoup, et que les provinces établissaient des rapports sur davantage de domaines prioritaires, fournissant des données plus actuelles et plus étayées. L'ICIS faisait valoir également que de nombreuses provinces s'attachent à améliorer la qualité de l'information dont elle dispose sur les temps d'attente et qu'il est désormais possible de constater les progrès effectués au fil du temps dans des domaines prioritaires sélectionnés dans certaines provinces.

L'ICIS a rempli son engagement de rendre compte des progrès sur les temps d'attente dans l'ensemble des administrations. Par exemple, il a fait paraître trois éditions annuelles de *Tableaux sur les temps d'attente - une comparaison par province*, le plus récent datant de février 2008, ainsi que le document *Temps d'attente et soins de santé au Canada : Ce que nous savons et ce que nous ignorons* (mars 2006). Le Conseil canadien de la santé fait paraître de son côté des mises à jour régulièrement sur les progrès en ce qui a trait au temps d'attente ainsi que des rapports complets sur la question, tels *Éclaircir la question des temps d'attente : que signifie les réductions et des garanties essentielles?* (juin 2007). Par ailleurs, le *sondage sur l'accès aux services de santé* de Statistique Canada fournit une mesure comparable de l'expérience et des perceptions des Canadiens et Canadiennes à l'échelle nationale et provinciale.

### **Commentaires du Conseil canadien de la santé**

En juin 2007, le Conseil canadien de la santé a fait paraître un rapport intitulé *Éclaircir la question des temps d'attente : que signifie les réductions et des garanties essentielles?* qui a fourni une mise à jour sur les progrès obtenus en ce qui a trait à réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires établis dans l'accord de 2004. Le rapport signalait que les diverses administrations étaient en train de se mobiliser pour tenter d'améliorer les temps d'attente et laisse supposer que le besoins des provinces et territoires de rendre compte au public à ce chapitre a fait un véritable bond en avant. En faisant allusion à un manque de données exhaustives et comparables, qui sont importantes pour pouvoir poursuivre les progrès, le rapport n'a pas pu établir de façon concluante si des réductions sensibles ont été atteintes avant l'échéance de mars 2007.

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

---

Dans l'ensemble, on a relevé d'importants progrès pour ce qui est de remplir les engagements pris lors de l'Accord de 2004 sur les ressources humaines en santé (RHS) et toutes les administrations du pays ont signalé que la planification des RHS allait de l'avant. La plupart des **plans d'action en RHS** des administrations ont été affichés sur le site Web du Conseil de la santé dès décembre 2005. Les deux administrations restantes (Colombie-Britannique et le Yukon) en sont aux étapes finales de leur processus de consultation et feront paraître les plans sous peu.

Les plans d'action des administrations s'inspirent du programme de renouvellement de la santé établi dans le cadre de l'Accord 2003 et tirent parti des travaux financés par le gouvernement fédéral par le biais de sa Stratégie pancanadienne en RHS. Dans l'Accord de 2004, il a été convenu que les plans d'action en RHS chercheraient à enrichir les travaux qui se poursuivent dans quatre domaines (c.-à-d., **relations de travail dans le domaine de la santé, éducation interdisciplinaire (interprofessionnelle), investissement dans l'enseignement postsecondaire, et agrément des professionnels de la santé**). En voici quelques points saillants :

- Les administrations partenaires ont accès aux informations sur les **relations de travail** dans le secteur de la santé saisies dans la Base de données intergouvernementale sur les relations de travail en santé qui est subventionnée au niveau FPT. La Colombie-Britannique a lancé ce projet en 2002 et continue à le diriger en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en œuvre des bases de données à l'échelle du pays.
- **Formation interdisciplinaire** (désormais appelée interprofessionnelle) et **investissement dans l'enseignement postsecondaire** : les administrations sont en train de profiter de 20 projets d'apprentissage financés par le biais du volet Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. Le but de cette initiative consiste à faire avancer la formation interprofessionnelle dans des établissements d'éducation postsecondaire de manière à ce que les professionnels de la santé affichent les compétences, les connaissances et les comportements leur permettant de travailler efficacement au sein d'équipes interprofessionnelles.
- Un nouveau processus pour la gestion de propositions pour changer **les titres de compétence à présenter pour pouvoir exercer une profession dans le domaine de la santé** a été approuvé par les ministres de la Santé FPT en 2004 et contribue désormais aux activités de planification des RHS. Cette démarche vise à fournir une évaluation uniforme et objective des propositions, tout en répondant aux besoins des diverses administrations.

Les gouvernements FPT poursuivent la mise en œuvre du **Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé**. Ce cadre de travail a été financé et mis au point par le comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines et approuvé par le Conseil des ministres de la Santé (le Québec y a consenti en principe) en juin 2005. Le cadre de travail prévoit un plan d'action avec des buts et objectifs, aussi bien que des activités désignées prioritaires à court, à moyen ou à long terme.

Le gouvernement du Canada a alloué 75 millions de dollars à l'**Initiative pour les professionnels de la santé diplômés à l'étranger**. L'initiative reflète la collaboration parmi les ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement, les employeurs, les associations professionnelles et les organisations aidant les immigrants et contribue à des solutions pour réduire la pénurie de RHS au Canada. Elle vise les professionnels de la santé qui sont venus résider au Canada en tant qu'immigrants, mais qui ne sont pas en mesure d'exercer la profession de leur choix.

L'initiative appuie toute une gamme de programmes de recyclage, de cours de communication, d'outils d'évaluation et autres permettant un accès plus facile à l'obtention d'une licence et d'un emploi au Canada parmi les immigrants hautement qualifiés.

Le nombre de professionnels de la santé diplômés à l'étranger (PSDE) qui ont été évalués a augmenté. L'Initiative des professionnels de la santé diplômés à l'étranger a alloué des fonds à la Nouvelle-Écosse, à la Colombie-Britannique et à l'Ontario par le biais de son volet de financement provincial et territorial, afin de créer de nouveaux centres et services pour les PSDE au sein de leurs administrations respectives. Ces centres fournissent des informations de première main, des conseils et des services d'aiguillage afin d'assurer que les PSDE puissent avoir rapidement accès aux services et au soutien dont ils ont besoin. En Ontario, le financement fédéral a été consacré à l'expansion des services d'évaluation aux centres d'évaluation des professionnels de la santé diplômés à l'étranger, afin d'inclure des professions autres que la médecine. Cette approche capitalise sur l'expertise existante en Ontario pour l'évaluation des diplômés en médecine étrangers tout en renforçant la capacité pour d'autres professions dans le domaine de la santé.

Le modèle albertain pour l'évaluation et l'intégration des infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger est en train de s'étendre aux administrations de l'ouest et du nord du Canada, ainsi qu'en Nouvelle-Écosse. En 2007-2008, le gouvernement du Canada, par le biais de l'IPSE, a également financé un projet pilote d'un montant de 536 112 \$ afin de permettre aux infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger d'être évalués avant leur immigration au Canada, accélérant ainsi le processus d'obtention de licence.

La faculté de pharmacie de l'Université de Toronto reçoit 1 065 415 \$ en vue de mettre au point un programme pilote pancanadien d'orientation à l'intention des PSDE. Ce programme répond à un besoin commun pour une orientation structurée et systématique à l'égard des nombreuses dimensions des métiers que l'on peut exercer en tant que fournisseur de soins de santé au Canada. Le programme a été implanté en guise de projet pilote un peu partout au pays et il sera également offert en ligne de sorte que tous les PSDE désireux d'exercer au Canada puissent y avoir accès, quelque soit leur emplacement géographique, s'adressant par la même occasion aux personnes qui souhaitent en savoir davantage sur le système des soins de santé canadien avant d'immigrer au Canada.

Les efforts en vue **d'augmenter le bassin** de ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada commencent à porter fruit. Tel que le signale l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le nombre de médecins exerçant au Canada a atteint 62 307 en 2006, ce qui représente une augmentation de 4,9 % par rapport à 2002, un taux qui dépasse celui de la croissance de la population (4,0 %). Le bassin des internes et des résidents a également augmenté de son côté. En 2006, on comptait 8 563 internes et résidents, soit une augmentation de 7,1 % par rapport aux 7 997 inscrits dans le système en 2005.<sup>7</sup> Aussi, l'ICIS signale qu'en 2006 on comptait 325 299 infirmières et infirmiers par opposition aux 321 590 recensés en 2005, soit une hausse de 1,2 %.<sup>8</sup>

#### Engagements concrets du gouvernement fédéral

On a relevé d'importants progrès pour ce qui est de remplir les engagements que le fédéral a pris dans le cadre de l'Accord de 2004. Ce qui suit n'en donne qu'un aperçu :

#### ***Accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger parmi les gouvernements participants :***

D'importantes réalisations ont été effectuées grâce aux 75 millions de dollars accordés par le gouvernement fédéral dans le cadre de son Initiative des professionnels de la santé diplômés à l'étranger. Les premiers succès récoltés découlent en partie d'une collaboration efficace entre les

---

<sup>7</sup> Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2006, ICIS

<sup>8</sup> Points saillants sur la main d'œuvre infirmière réglementée au Canada, 2006, ICIS

ministères fédéraux travaillant en partenariat étroit avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et de nombreuses organisations non gouvernementales. Voici quelques-unes de ces réalisations :

- Création de portails Web et d'autres outils de communication fournissant l'accès à des informations claires et pertinentes à propos de l'obtention de licences et la possibilité d'exercer au Canada. Par exemple, le site [www.img-canada](http://www.img-canada) a affiché une augmentation de 79 % du nombre de reprises où il a été consulté entre juillet 2006 et juin 2007 par rapport à la même période l'année antérieure.
- Environ 4 000 professionnels de la santé diplômés à l'étranger ont bénéficié des nouveaux services de conseils et d'évaluation, ainsi que des centres qui offrent des conseils spécialisés et des programmes sur l'obtention d'une licence et d'un emploi.
- Un programme de développement d'une faculté multimédia à l'intention des médecins a été mis au point et il est utilisé dans toutes les facultés de médecine du Canada.
- On est en train de mettre au point des programmes d'orientation et de recyclage pour combler rapidement les pénuries de physiothérapeutes, infirmières et infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoires médicaux et techniciens en radiation médicale.

***Instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langues officielles afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;***

Le gouvernement fédéral a établi l'**Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA)**, qui énumère quatre cibles pour l'atteinte de ses buts :

*Doubler le nombre de bourses offertes aux Autochtones pour faire carrière dans le domaine de la santé en l'espace de cinq ans :*

- L'IRHSA a augmenté le financement prévu pour les étudiants autochtones désireux de faire carrière dans le domaine de la santé, en passant de 500 000 \$ en 2004 à son niveau actuel de 3 millions de dollars par année, ce qui triple le nombre de bourses accordées chaque année.

*Doubler le nombre de professionnels de la santé Autochtones en l'espace de 10 ans :*

- Les bourses plus nombreuses désormais accordées aux Autochtones sont en train de se traduire par une augmentation du nombre d'étudiants autochtones poursuivant une carrière dans le domaine de la santé et finiront par multiplier le nombre de professionnels de la santé Autochtones dans les années à venir.

*Augmenter d'un tiers le nombre de directeurs/administrateurs de la santé agréés sur réserve en l'espace de cinq ans :*

- Les travaux en cours en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations aboutiront d'ici l'année prochaine à la mise au point et à la validation des compétences essentielles que doivent posséder les gestionnaires, processus qui se traduira par la certification de tous les gestionnaires de santé des Premières nations par des établissements d'enseignement agréés.

*Augmenter de 50 % le nombre d'établissements d'enseignement postsecondaire dotés de programmes de soutien aux étudiants autochtones dans le domaine de la santé, en l'espace de cinq ans :*

- Les travaux sont en cours dans chacune des régions de Santé Canada en vue de mettre en œuvre des programmes de soutien aux étudiants autochtones désireux de faire carrière dans le domaine de la santé, et on s'attend à atteindre cette cible dans les deux ou trois années à venir.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont participé à l'IRHSA moyennant la représentation des gouvernements FPT au sein de comités consultatifs en vue de faciliter les liens avec les plans de ressources humaines en santé des provinces et territoires. Par ailleurs, la Saskatchewan et le Manitoba ont tissé de solides partenariats avec les Premières nations et les partenaires fédéraux au niveau régional pour travailler ensemble à un nombre de projets relevant de l'IRHSA. La Colombie-Britannique, grâce à

son *Tripartite First Nations Health Plan*, s'engage elle aussi activement à la planification des RHS avec l'IRHSA et les Premières nations.

Le **Programme de soutien aux communautés de langue officielle en milieu minoritaire** de Santé Canada s'est vu allouer 75 millions de dollars sur cinq ans (2003-2004 à 2007-2008) en vue de financer des projets pour améliorer l'accès aux services de santé (dans la langue officielle de choix) pour les personnes résidant dans de telles collectivités. Le gouvernement fédéral finance également deux projets additionnels qui ciblent les efforts visant ces collectivités :

Le Consortium national de formation en santé s'est vu accorder 1 million de dollars sur quatre ans (2006-2007 à 2009-2010) de l'Initiative des professionnels de la santé diplômés à l'étranger. Le projet favorise la formation et l'intégration de professionnels de la santé francophones formés à l'étranger qui désirent obtenir une licence et exercer au Canada.

Le Consortium national de formation en santé s'est vu accorder 1,2 million de dollars sur six ans (2007-2008 à 2012-2013) de la Stratégie pancanadienne en RHS. Le projet vise à encourager la planification et la formation de RHS francophones en fonction des besoins actuels et futurs des communautés francophones en milieu minoritaire.

· ***Participer à la planification des RHS auprès des administrations intéressées.***

Tel que nous l'avons signalé, le gouvernement fédéral est en train de travailler en collaboration avec les administrations provinciales et territoriales en vue de mettre en œuvre le *cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Un plan d'action présenté en guise d'accompagnement se concentre sur les quatre domaines suivants :

- prévoir le nombre et la combinaison qui convient de professionnels de la santé;
- travailler de près avec les employeurs et le système d'éducation pour mettre au point une main-d'œuvre qui possède les aptitudes et compétences requises;
- obtenir une combinaison appropriée de fournisseurs de soins de santé et les déployer selon les modèles de soins qui conviennent;
- bâtir une main-d'œuvre viable avec des lieux de travail sains.

### Populations fédérales

Le gouvernement fédéral détient des responsabilités directes en matière de soins de santé sur deux fronts. Il lui appartient de veiller à la prestation de services de santé à des groupes de clients concrets au sein de la population canadienne ainsi que de veiller à la santé globale de la population canadienne dans le contexte de pandémies et de crises dans le domaine des soins de santé à l'échelle nationale.

En 2005, les six membres permanents du partenariat fédéral pour les soins de santé (Citoyenneté et Immigration, Service correctionnel Canada, Défense nationale, Santé Canada, la Gendarmerie royale du Canada et Anciens combattants Canada) ont mis au point et publié un *Plan d'action en RHS - Rapport d'étape*. En juillet 2006, le partenariat a établi un comité des ressources humaines en vue de :

- identifier et relever des défis communs en ce qui a trait aux ressources humaines en santé dans le cadre de leurs programmes de soins de santé respectifs;
- permettre une meilleure compréhension des barrières/obstacles que connaissent les organismes fédéraux;
- formuler des recommandations pour répondre aux questions auxquelles le personnel est confronté dans les secteurs des services de santé qui fournissent des soins aux populations sous administration fédérale.

Comme toute première priorité, le comité a complété un projet pilote pour étudier le recrutement et le maintien des effectifs des médecins employés par le gouvernement fédéral. Un rapport final, intitulé

*Étude sur le recrutement et le maintien de l'effectif des médecins employés du gouvernement fédéral*, est paru en mars 2007. Il fournit des informations précieuses de chacun des six organismes fédéraux en ce qui a trait à la pénurie de médecins employés par le gouvernement fédéral. L'étude décrit également les principaux défis que doivent relever les médecins employés par le gouvernement fédéral et formule six recommandations en vue de faciliter le recrutement et le maintien des médecins dans la fonction publique fédérale.

### Prochaines étapes

#### **Collaboration FPT :**

Le comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines est en train de mettre en œuvre *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Le plan d'action, qui comprend des priorités à court, moyen et long terme, sert à orienter l'établissement de priorités pour la phase suivante de la stratégie. Santé Canada continuera à favoriser la collaboration avec les intervenants de la santé. Le Ministère cherchera également à collaborer avec les secteurs de l'éducation et du marché du travail.

#### **Initiative des professionnels de la santé diplômés à l'étranger :**

Un point de mire essentiel pour l'initiative des professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSDE) résidera dans l'harmonisation des normes et processus d'évaluation des infirmières et infirmiers ainsi que des médecins formés à l'étranger, et ce à l'échelle du pays. En misant sur les travaux qui ont permis de jeter les assises pour ce qui a été réalisé jusqu'à maintenant, il s'agira de créer une approche plus rationalisée, uniforme et transparente à l'évaluation des diplômés en médecine à l'étranger. Le travail devra se concentrer sur l'évaluation de ces médecins par rapport au système de formation médicale supérieure et sur des évaluations de l'état de préparation à exercer la profession qui permettront aux médecins diplômés à l'étranger de passer rapidement par les démarches d'obtention d'une licence afin d'exercer leur profession aussi tôt que possible.

Un autre élément important dans le cadre de l'IPSDE sera la mise en œuvre intégrale de la cinquantaine de programmes qui ont été lancés depuis le début de l'initiative. Ces programmes créeront de nouveaux programmes pour combler les écarts; ils centraliseront et rendront les sources d'information plus facilement accessibles aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger; ils permettront de tisser des partenariats concertés ainsi que de transférer le savoir entre administrations et professions.

En partenariat avec d'autres ministères fédéraux, Santé Canada continuera à rassembler les provinces/territoires et les professions de la santé sur une base annuelle afin de faire connaître les progrès obtenus dans le cadre de l'IPSDE, de favoriser le réseautage et d'entreprendre une planification stratégique en vue de recenser les priorités politiques communes à l'heure de travailler pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des diplômés à l'étranger au Canada.

#### **ENGAGEMENTS RELATIFS À LA REDDITION DE COMPTES**

Douze des 14 administrations ont mis au point des **plans d'action RHS** qui seront éventuellement affichés sur le site Web du Conseil canadien de la santé. Les deux administrations restantes (la Colombie-Britannique et le Yukon) en sont aux dernières étapes de leurs processus de consultation et feront paraître leurs plans sous peu.

## **PERSPECTIVES DES INTERVENANTS**

### Commentaires du Conseil canadien de la santé

Le rapport annuel 2005 du Conseil de la santé reconnaît le rôle important des RHS, en affirmant que la formation de professionnels de la santé en équipes et en nombre suffisant constitue une priorité urgente et que, en l'absence d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins travaillant ensemble, tous les autres efforts sont voués à l'échec. Le rapport souligne cinq domaines prioritaires où il s'agit d'améliorer la main-d'œuvre du Canada dans le secteur des soins de santé :

- Insister fortement pour augmenter le nombre de programmes d'éducation et de formation interprofessionnels disponibles au Canada.
- Renseigner le public clairement sur les responsabilités en ce qui a trait à la prestation de services, particulièrement dans le domaine des soins de santé primaires.
- Éliminer les obstacles à l'optimisation des ensembles de compétences.
- Intégrer des plans provinciaux, territoriaux et régionaux pour la main-d'œuvre dans le domaine de la santé.
- Prendre des décisions en ce qui a trait à l'offre de professionnels disponibles tout en s'occupant de la portée des questions touchant l'exercice de la profession.

Le rapport annuel de 2006 du Conseil de la santé souligne les progrès en RHS, y compris la mise en œuvre de programmes d'éducation interprofessionnels, davantage d'inscriptions d'étudiants en médecine et en soins infirmiers, le lancement des stratégies de recrutement et de maintien en poste par les provinces et territoires, et l'établissement d'un cadre de planification des ressources humaines à l'échelle pancanadienne.

Dans le même rapport, le Conseil s'inquiète de questions telles la compétition pour les RHS parmi les administrations, le manque de cibles de recrutement et de maintien en poste bien définies dans certaines provinces, et l'absence d'un plan national pour les modèles de prestation futurs.

L'analyse du Conseil a abouti à deux recommandations clés :

- promouvoir des stratégies coordonnées nationales/provinciales/territoriales en matière de RHS, avec des cibles concrètes en fonction des besoins de soins de santé de leurs populations respectives, et que l'on crée un mécanisme de coordination nationale;
- mettre au point des outils de mesure appropriés de sorte que les Canadiens et Canadiennes puissent évaluer si les investissements en ressources humaines de la santé se traduisent par un accès amélioré aux soins, une meilleure coordination des soins et, en définitive, de meilleurs résultats.

---

## ANALYSE DE MISE EN ŒUVRE

### SOINS À DOMICILE

---

Selon l'information disponible, les progrès pour ce qui est de remplir les engagements se sont produits à des degrés variables, certaines administrations étant clairement en train de fournir tous les éléments convenus à l'égard des soins à domicile avec une couverture au premier dollar, alors que d'autres ont rempli leur engagement partiellement. Certaines administrations fournissent des services de soins à domicile, mais elles ne sont pas en mesure de fournir tous les éléments de chacune des catégories (p. ex., intraveineux à suivre au départ de l'hôpital, prise en charge, intervention en cas de crise et soins personnels).

**Les soins actifs de courte durée** à domicile (c.-à-d., au départ de l'hôpital) et les soins aux mourants sont ceux qui ont le plus avancé, bien que tous les services énumérés ne soient pas nécessairement disponibles en ce moment dans toutes les administrations avec une couverture au premier dollar. La disponibilité des services de soins personnels au premier dollar varie donc selon l'administration.

En ce qui a trait aux **soins palliatifs**, la couverture au premier dollar pour la prise en charge et les soins infirmiers aux mourants est en général fournie dans les administrations qui possèdent des programmes de soins à domicile bien intégrés. L'accès aux produits pharmaceutiques pour les clients en soins palliatifs varie. Là où il existe, il peut être fourni au moyen d'un plan pharmaceutique concret, propre aux soins palliatifs; dans d'autres administrations, les médicaments nécessaires peuvent être couverts par les plans existants pour les populations cibles (p. ex., médicaments pour les personnes âgées, personnes atteintes du cancer ou du sida, personnes handicapées ou ayant des besoins financiers spéciaux). De nombreuses administrations fournissent les soins personnels aux patients recevant des soins palliatifs, mais non pas nécessairement avec une couverture au premier dollar.

**Les soins actifs communautaires de santé mentale fournis à domicile** est le service qui a le moins évolué dans de nombreuses administrations et demeure l'engagement le plus difficile à remplir.

La structure de prestation des soins de santé de nombreux systèmes provinciaux et territoriaux veut dire que la plupart des services à domicile sont offerts au niveau local par l'entremise des autorités sanitaires régionales (tels les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, et les *centres locaux de services communautaires* (CLSC) au Québec). Ainsi, il peut également y avoir des écarts entre les provinces et les territoires en ce qui a trait à la prestation des services.

#### Accomplissements fédéraux

Anciens combattants Canada (ACC) possède l'un des programmes nationaux de soins à domicile les plus exhaustifs et va au-delà des engagements pris dans l'accord de 2004 au chapitre des soins à domicile. L'ACC continue à évaluer et à enrichir son Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) en réponse aux besoins changeants des clients admissibles. Une bonne partie des services sont offerts en fonction des critères d'admissibilité et des besoins et comprennent des outils de dépistage et d'évaluation, ainsi que des services de jardinage, de ménage et de soins personnels. Tous les avantages et services doivent être autorisés à l'avance par ACC. Le PAAC offre des soins infirmiers aux clients, mais pas sur une base continue (soins permanents de plus de deux heures par jour par une infirmière autorisée). Le budget 2008 accordait 282 millions de dollars sur trois ans pour veiller à ce que les principaux dispensateurs de soins survivants dans le besoin reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour demeurer autonomes chez eux.

Le Programme de Santé Canada pour les soins à domicile et les soins communautaires des Premières nations et des Inuits est financé en vue de fournir des services de base à domicile ainsi que des soins communautaires

(soins infirmiers, prise en charge, soins de relève et soins personnels) à des personnes atteintes d'une maladie chronique ou aiguë, aux personnes handicapées ainsi qu'aux personnes âgées dans la localité où ils résident.

### Commentaires du Conseil de la santé

Comme la date d'échéance pour présenter un rapport d'étape sur les soins à domicile était fixée au 31 décembre 2006, ce n'est que tout récemment que le Conseil de la santé a eu l'occasion d'évaluer les progrès (son troisième rapport annuel, paru en février 2007, n'a pas pu compter sur le rapport de décembre 2006). Dans l'ensemble, le Conseil s'est inquiété des défis que posent les lacunes au niveau du rapport et de la collecte de données.

Dans un rapport daté de janvier 2008, le Conseil de la santé faisait valoir qu'en 2005, de 2 à 5 % des Canadiens utilisaient les services et soins à domicile alors que 3 à 4 % des personnes de 65 ans ou plus affirmaient qu'elles avaient besoin de services à domicile qui ne leur étaient pas offerts. Le Conseil de la santé a fait valoir que si les gouvernements ont procédé à l'expansion des services à domicile depuis l'accord de 2004, il reste du chemin à faire. Il relève qu'en 2006, un Canadien sur quatre disait prodiguer des soins à un membre de la famille ou à un ami intime atteint d'un problème de santé grave dans les 12 derniers mois, 22 % de ces personnes soignantes manquant un ou plusieurs mois du travail et 41 % devant puiser dans leurs épargnes personnelles. Le rapport recommande que toutes les administrations augmentent leur couverture des soins à domicile et fassent en sorte que cette expansion constitue une priorité dans le cadre du renouvellement des soins de santé.

Rapport :

Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada, janvier 2008

---

## ANALYSE DE MISE EN ŒUVRE

### SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES

---

#### Soins de santé primaires

##### Cinquante pour cent des gens y ont accès 24 h sur 24 et 7 jours sur 7

Bien que toutes les provinces et territoires aient introduit une certaine forme d'équipe pluridisciplinaire, la plupart des Canadiens n'ont toujours pas accès en tout temps à des soins de santé primaires de toute première qualité. Ces soins sont primordialement offerts par les médecins de famille, la plupart desquels fournissent ces services uniquement pendant les heures de bureau.

La plupart des provinces et territoires disposent de **lignes d'information téléphoniques** fournissant un accès 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 à des conseillers en matière de santé.

De 2000 à 2006, et grâce aux 800 millions de dollars fournis par le **Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)**, on a constaté une bonne mesure d'activité à l'appui du renouvellement des SSP. De nombreux gouvernements provinciaux et territoriaux ont poursuivi ces efforts de renouvellement du secteur par la suite.

La plupart des administrations continuent à mettre en œuvre une forme de renouvellement des SSP post-FASSP. Dans certains cas, les provinces sont en train d'encourager l'adoption d'un modèle donné (p. ex., réseau de soins primaires en Alberta ou équipes de santé familiale en Ontario), alors que d'autres favorisent certaines activités, telle une gestion améliorée des maladies chroniques, le tout dans les cadres de travail existants. Pour ce faire, de nombreuses administrations provinciales et territoriales ont consacré des fonds non négligeables aux activités en SSP, l'Alberta s'étant montrée un chef de file en la matière, utilisant 100 millions de dollars de son allocation au titre du transfert pour la réforme de la santé à son initiative liée à un réseau de soins de santé primaires.

##### Réseau des pratiques exemplaires

Santé Canada a financé et dirigé trois événements s'inscrivant sous l'engagement visant un **réseau de pratiques exemplaires**. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a mis au point un réseau de soins de santé primaires conçu pour promouvoir le partenariat et échanger des connaissances entre décideurs et chercheurs partout au Canada.

##### Prochaines étapes en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires

Malgré des inquiétudes en ce qui a trait au risque de ralentissement du renouvellement des soins de santé primaires à l'arrivée à terme du FASSP, de nombreuses administrations ont en fait réussi à poursuivre les bons résultats et ont consacré d'importantes ressources aux activités en SSP. Tel que nous l'avons signalé, la plupart des provinces et territoires continuent à appuyer les domaines ciblés clés de la réforme des SSP dans leurs administrations respectives (par exemple, mise en œuvre continue de la technologie de l'information et des communications en Alberta, gestion améliorée des maladies chroniques dans toute la Colombie-Britannique, et accent sur l'évaluation, et donc capacité de rendre compte de la transformation du système en Saskatchewan).

À l'avenir, les efforts doivent continuer à soutenir la transition vers des soins axés sur des équipes. Les SSP ont un rôle important à jouer pour la prévention et la gestion des maladies liées au vieillissement, ainsi que pour assurer la continuité des soins (dans tous les secteurs et au fur et à mesure). Une meilleure gestion des maladies

chroniques au sein du secteur des soins de santé primaires moyennant une approche axée sur les équipes contribuera à réduire l'incidence des complications et des maladies secondaires.

### Commentaires du Conseil de la santé

Le Conseil de la santé accorde énormément d'importance au rôle du renouvellement des soins de santé primaires dans le cadre de la réforme globale des systèmes de santé. Les rapports les plus récents ont reconnu que des progrès sont en train de se produire, mais leur évaluation est plutôt restreinte.

Le Conseil de la santé a fait paraître un rapport sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile en janvier 2008 dans lequel il signalait que la grande majorité des Canadiens et Canadiennes (96 %) indiquent avoir un médecin de famille ou un endroit où ils peuvent régulièrement se diriger pour obtenir des soins de santé primaires. Le Conseil a néanmoins également fait savoir qu'un quart des gens qui ont besoin de soins pour des problèmes de santé mineurs avaient de la difficulté à obtenir des rendez-vous en temps voulu. Plus d'un tiers des personnes qui ont eu recours aux services d'urgence estimaient qu'ils auraient pu se faire soigner par leur médecin de famille s'il avait été disponible. Le Conseil de la santé a recommandé plusieurs mesures pour accélérer le changement : accès 24 h sur 24 7 jours sur 7 à l'information sur la santé et aux fournisseurs de soins, aux dossiers électroniques sur les patients et aux équipes interprofessionnelles de soins primaires.

Rapport : *Refaire le fondement* : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada, janvier 2008

### **Dossiers de santé électroniques (DSE)**

Toutes les administrations sont en train de travailler avec l'InfoRoute Santé du Canada pour la mise en œuvre des DSE et de la télésanté, et il y aurait donc lieu de conclure que les provinces et territoires ont accéléré leurs efforts en ce qui a trait à la télésanté et aux dossiers de santé électroniques.

Toutes les administrations provinciales et territoriales ont accéléré le développement et la mise en œuvre de leur engagement respectif en matière de **DSE**, en partie en travaillant à des projets avec l'InfoRoute Santé du Canada.

L'InfoRoute a également investi dans des projets provinciaux et territoriaux en vue d'élargir et de soutenir des initiatives de **télésanté** au Canada, y compris dans des communautés autochtones locales, rurales et isolées. L'InfoRoute continue également à travailler à des maillages entre les systèmes de télésanté et de dossiers de santé électroniques, ainsi qu'à l'intégration des activités de télémédecine à la prestation courante des services de santé. Des plans stratégiques en matière de télésanté sont désormais en place dans la plupart des administrations, le but consistant à mettre en œuvre des solutions de télésanté dans toutes les administrations d'ici le 31 décembre 2009.

Depuis 2001, le gouvernement du Canada a fourni 1,6 milliard de dollars, y compris 400 millions de dollars dans son budget 2007 à InfoRoute à l'appui du développement et de l'adoption de systèmes d'information sur la santé, y compris les dossiers de santé électroniques, des systèmes de surveillance de la santé publique, la télésanté et des outils aidant à réduire les temps d'attente.

### Prochaines étapes pour les DSE et télésanté

Le but du Canada voulant que les administrations FPT disposent de dossiers de santé électroniques au moyen de l'InfoRoute a été formulé en 2002-2003. Le but du Canada pour le développement des DSE (convenu par toutes les administrations) consiste à faire en sorte que 50 % des Canadiens et Canadiennes soient titulaires de documents de santé électroniques d'ici 2009 (la date cible a subséquemment changé à « la fin 2010 »).

L'adoption des technologies de l'information sur la santé par les cliniciens et autres professionnels de la santé est un élément clé pour la mise en œuvre réussie des DSE. Cela exige des stratégies de gestion du changement, y compris au niveau de la formation; InfoRoute et la plupart des administrations sont en train de travailler à la question.

#### Commentaires du Conseil de la santé

Le Conseil de la santé estime que les systèmes de gestion de l'information électronique offre d'incroyables possibilités de réduire l'erreur et d'améliorer la sécurité des patients, par la transmission d'informations exactes au moment voulu. Selon le Conseil de la santé, environ la moitié des 13 administrations provinciales et territoriales du Canada vont de l'avant en ce qui a trait au développement des DSE, et sont à la hauteur de l'aspect « plan ambitieux/ investissements pertinents » dont il est question dans l'accord. Si le Conseil de la santé reconnaît les progrès qui ont été faits par InfoRoute et les provinces et territoires, il estime en revanche que les progrès sont trop lents et les buts trop rudimentaires en ce qui a trait aux DSE, et dans son rapport annuel de 2006 qui est paru en février 2007, pour la deuxième année consécutive, il a fait appel à une couverture à 100 % des DSE pour tous les citoyens d'ici 2010, bien à l'avance du but d'InfoRoute qui consiste à obtenir un RSE parfaitement interexploitable pour 50 % des Canadiens d'ici 2010.

Dans son rapport de janvier 2008 sur le renouvellement des soins de santé primaires, le Conseil de la santé a signalé que la plupart des médecins au Canada s'en tiennent toujours aux dossiers manuscrits. Le Conseil a fait valoir que malgré la somme de plus de 1 milliard de dollars dépensée pour la mise en œuvre des DSE, seuls 5 % des Canadiens ont en fait un dossier de santé électronique. Le Conseil de la santé demande avec empressement à toutes les administrations d'en faire une priorité.

Rapport : *Refaire le fondement* : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada, janvier 2008

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE NORD

---

Les gouvernements fédéral et territoriaux sont en train de respecter leurs engagements en ce qui a trait à améliorer l'accès des soins de santé dans le Nord.

À la suite de l'Accord, l'engagement d'une somme de 150 millions de dollars s'est traduit par la création de l'Initiative pour un Système de Santé Durable dans les Territoires (ISSDT) et a été divisée en trois fonds distincts :

1. **Fonds de Déplacement Médical** (75 millions de dollars sur cinq ans) : fourni en guise de subvention annuelle à chacun des gouvernements territoriaux afin d'amortir le coût élevé du transport médical.
2. **Fonds pour l'Accès Territorial à la Santé** (65 millions de dollars sur cinq ans): fourni à parts égales à chacun des territoires à l'appui des activités de réforme de la santé à l'appui de l'un ou plusieurs des grands objectifs suivants :
  - réduire progressivement la dépendance à l'égard du système de santé;
  - renforcer les services au niveau communautaire;
  - renforcer la capacité autonome de fournir des services dans les territoires.
3. **Fonds du Secrétariat Opérationnel** (10 millions de dollars sur cinq ans) : fourni à l'appui des activités du groupe de travail des Sous-Ministres Adjoints (SMA) fédéraux/territoriaux, ainsi que pour financer un certain nombre de projets panterritoriaux.

#### Fonds de Déplacement Médical (FDM)

Le Fonds de Déplacement Médical a été fourni sur une base annuelle par le gouvernement fédéral aux gouvernements territoriaux. La subvention permet d'amortir directement les coûts de déplacement médical dans les territoires, permettant à celles-ci de redistribuer leurs ressources pour répondre à d'autres priorités. Santé Canada finance environ 50 pour cent des coûts de transport médical dans chacun des territoires.

#### Fonds pour l'Accès Territorial à la Santé (FATS)

Chacun des territoires a élaboré et est en train de mettre en œuvre un plan de travail en fonction du FATS en vue d'entreprendre une réforme de longue haleine dans le domaine de la santé. Chacun dispose d'importantes ressources spéciales émanant du FATS en vue de régler les enjeux touchant les ressources humaines dans le domaine de la santé, dont le recrutement et le maintien des effectifs, la formation, l'étendue de la pratique/les aspects réglementaires, ainsi que le perfectionnement professionnel. D'autres initiatives dans le cadre du FATS comprennent l'établissement d'un projet pilote pour le dépistage du cancer, les questions de santé mentale, l'amélioration des mesures d'intervention en cas d'urgence, et le soutien d'une ligne d'appel de soins infirmiers.

Dans le cadre de leur plan de travail axé sur le FATS, les Territoires du Nord-Ouest (T,N,-O) sont en train de mettre en place un Modèle de Prestation de Services Intégrés (MPSI) dans l'ensemble de leur système de santé et de services sociaux. Le MPSI souligne l'importance de renforcer les équipes de soutien régionales et territoriales. Il comporte trois éléments fondamentaux : intégration des services et collaboration professionnelle; intégration organisationnelle; et un ensemble de services essentiels disponible au sein du système de santé et de services sociaux. Le MPSI incarne l'orientation stratégique qui guide l'administration de santé des T.N.-O. et ses services sociaux dans la conception de son plan stratégique, d'un plan d'action des systèmes ainsi que du plan stratégique/plan d'activités des Autorités Sanitaires Régionales.

Le Yukon a quant à lui entrepris une Stratégie exhaustive en matière de Ressources Humaines de la Santé (RHS) à l'aide des ressources fournies par le FATS. La Stratégie établira les règlements en ce qui a trait aux praticiens de soins infirmiers, regroupera l'information de base au chapitre des RHS, étudiera et améliorera toutes les activités de maintien des médecins et des infirmières et infirmiers, le soutien médical, les étudiants en soins

infirmiers et autres professions liées à la santé, tout en renforçant le perfectionnement professionnel des fournisseurs de soins existants.

Le Nunavut est en train de mettre en œuvre un ensemble de programmes de sensibilisation et de formation en vue de perfectionner la capacité locale dans plusieurs professions et métiers liés à la santé. Cela comprend des cours de perfectionnement professionnel pour les infirmières et infirmiers en réanimation néonatale, les soins pédiatriques d'urgence et le maintien des fonctions vitales en cas de crise cardiaque aiguë. De nouveaux programmes menant à un diplôme sont en train d'être établis pour les travailleurs adjoints en santé mentale et en thérapie communautaire alors que le programme réussi du Nunavut pour la profession de sage-femme et les soins maternels est en train de se répandre dans davantage de localités.

#### Fonds du secrétariat opérationnel (FSO)

Un groupe de travail au niveau SMA a été établi à la fin de 2004 pour appuyer la gestion de la ISSDT et entreprendre des projets « pan-territoriaux » ciblés. Ces projets permettent aux gouvernements territoriaux de s'occuper de manière concertée des priorités qu'ils ont en commun et de travailler avec le gouvernement fédéral en vue de trouver des solutions à des enjeux qui datent de longtemps. Le financement des projets suivants a été approuvé et on prévoit diverses phases pour leur mise en œuvre :

- exploration des occasions et des pratiques exemplaires en ce qui a trait à la santé bucco-dentaire des enfants;
- appui au Réseau de Recherche de la Santé Arctique (RRSA) afin qu'il devienne un dirigeant autonome pour la coordination et la diffusion des recherches en santé au niveau panterritorial;
- une campagne panterritoriale dans les médias afin d'encourager des choix de style de vie sains;
- une évaluation des systèmes de déplacement médical dans les territoires.

#### Reddition de comptes

Bien qu'aucune formalité de rapport n'est spécifiée dans la section de l'Accord 2004 portant sur l'Accès aux Soins dans le Nord, les territoires se sont tout de même engagés à présenter des rapports et à rendre compte ans le cadre de la négociation d'accords concrets visant les 150 millions de dollars de ISSDT.

Selon leurs accords de financements, les gouvernements territoriaux sont principalement responsables de faire un rapport sur l'utilisation des fonds comme partie de leur rapport annuel régulier aux résidents. Les déclarations financières vérifiées annuelles des gouvernements territoriaux (c'est-à-dire leurs comptes publics) sont exigées de refléter les FDM, FATS, et FSO. C'est fait à un haut niveau et n'inclut pas de détail quant aux dépenses spécifiques sous chaque fonds. Les déclarations pour 2006-2007 étaient disponibles en décembre 2007. Les déclarations 2007-2008 seront disponibles avant décembre 2008.

Les territoires ont également convenu de préparer un rapport d'étape annuel à l'intention des sous-ministres de la Santé fédéral et territoriaux. Ces rapports, dont le premier a été transmis aux sous-ministres fédéral et territoriaux en août 2007, montrent comment l'ISSDT est en train d'aider à relever le défi pour ce qui est du perfectionnement et de la prestation des services de santé dans le Nord.

Les SMA fédéral et territoriaux ont par ailleurs convenu d'adopter un processus d'évaluation, y compris une évaluation formative (effectuée en décembre 2007) et une évaluation sommative du FATS et du FOS. Les résultats de l'évaluation formative fournissent un aperçu des succès et des défis que les gouvernements territoriaux ont connus lors de la mise en place de leur plan de travail pour le FATS, et en travaillant ensemble pour entreprendre des projets pan-territoriaux.

Bien qu'il n'y a pas d'évaluation formel des Fonds de Déplacement Médical, les territoires se sont consentis sur les Fonds du Secrétariat Opérationnel pour entreprendre une évaluation comparative de leur système de déplacement de voyage qui établira une base de renseignement afin d'informer sur les décisions prises et d'identifier les meilleures pratiques pour gérer ces systèmes. Ce travail sera complété en 2008/2009.

### Prochaines étapes

Dans le discours du Trône du 16 octobre 2007, le gouvernement s'est engagé à instituer une stratégie intégrée pour le Nord qui se concentrerait sur le renforcement de la souveraineté du Canada, la protection du patrimoine environnemental, la promotion du développement économique et social et l'amélioration et dévolution de la gouvernance. Santé Canada participe à des comités aux niveaux sous-ministres et sous-ministres adjoints pour élaborer la stratégie.

### Conseil de la santé

Le Conseil canadien de la santé n'a pas entrepris un examen distinct ni effectué des déclarations concrètes en ce qui a trait à l'ISSDT et les 150 millions de dollars dont elle est dotée.

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES (SNPP)

---

La SNPP a été l'un des nombreux domaines de convergence qui se faisaient concurrence dans le cadre de l'accord. Bien que plusieurs estiment que la SNPP n'a pas avancé aussi rapidement qu'escompté, les progrès qui ont été réalisés à l'égard des éléments prioritaires de la stratégie depuis les quatre dernières années sont appréciables.

#### Contexte

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle de plus en plus important pour la santé des Canadiens et Canadiennes et le système de soins de santé du Canada. Ils permettent de sauver des vies, préviennent la propagation des maladies, améliorent la qualité de vie, et atténuent la douleur et la souffrance. Leur rôle ne fera sans doute que s'accroître à l'avenir à mesure que les percées technologiques se traduisent par de nouvelles pharmacothérapies qui viendront remplacer les méthodes d'autrefois ou fourniront de nouvelles options là où aucunes n'existaient auparavant. Santé Canada travaille avec les provinces et territoires afin d'améliorer l'accès opportun et abordable à des produits pharmaceutiques de toute première qualité, tout en garantissant leur innocuité et efficacité.

La réglementation fédérale du secteur pharmaceutique se concentre sur trois objectifs : protéger la population canadienne des risques pour sa sécurité en déterminant si un médicament peut être mis en marché au Canada; stimuler l'innovation pharmaceutique en accordant des brevets tout en protégeant le consommateur contre les prix excessifs des médicaments brevetés; et fournissant les bienfaits des médicaments aux populations fédérales.

Le gouvernement fédéral joue un rôle de catalyseur et de bailleur de fonds pour aider à améliorer l'efficacité du système à tous les paliers de gouvernement. Si la couverture des médicaments demeure une responsabilité provinciale et territoriale et le mode de gestion peut différer d'une administration à l'autre (p. ex., écarts au niveau des barèmes de prix, des méthodes de remboursement et de couverture) la collaboration entre administrations peut aider à cerner les pratiques exemplaires, renforcer le pouvoir de négociation auprès des fabricants de médicaments et, en définitive, se traduire par une plus grande efficacité.

Les divers régimes d'assurance-médicaments fédéraux représentent ensemble le cinquième payeur le plus vaste parmi ce type de régime au Canada. (Les six régimes fédéraux sont gérés par Santé Canada, Anciens combattants Canada, la Défense nationale, la Gendarmerie royale du Canada, Service correctionnel Canada et Citoyenneté et Immigration Canada.) Ainsi, et à l'instar des administrations provinciales et territoriales, le gouvernement fédéral bénéficie des améliorations dans des domaines tels l'évaluation, les stratégies de négociation de prix et d'achat des médicaments.

#### Le travail fédéral

Le gouvernement fédéral a consacré d'importantes ressources humaine et financière à un leadership en partenariat avec la Colombie-Britannique de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, et des groupes de travail portant sur les éléments de cette stratégie.

Le gouvernement fédéral contribue à plusieurs éléments de la SNPP par d'autres moyens tel l'Inforoute et le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM). Depuis sa création en 2001, l'InfoRoute s'est fait accorder 1,6 milliard de dollars en financement fédéral. Sa mission consiste à promouvoir et à accélérer l'élaboration et la mise au point de systèmes d'information électronique sur la santé partout dans le pays avec des normes et technologies compatibles, jetant ainsi les assises nécessaires pour des initiatives futures visant la transmission d'ordonnances par voie électronique (prescription électronique). De la

même manière, le SCPUOM, financé par le gouvernement fédéral, contribue à l'élément "prescription et utilisation appropriées" de la SNPP par l'entremise de ses produits et services ainsi que ses maillages et partenariats avec les gouvernements FPT et d'autres intervenants. Le SCPUOM identifie et favorise l'utilisation d'informations cliniques et économiques fondées sur la preuve, en ce qui a trait à la prescription et l'utilisation optimales des médicaments.

Au-delà des neuf éléments de la SNPP, le gouvernement fédéral a entrepris d'autres initiatives pour améliorer la gestion des produits pharmaceutiques dans des domaines relevant clairement du ressort fédéral, par exemple, la mise au point d'une réglementation axée sur le cycle de vie des médicaments; l'examen du programme d'accès spécial; et la mise à jour des lignes directrices sur les prix excessifs du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Aussi, Santé Canada a travaillé de concert avec d'autres ministères fédéraux pour obtenir et fournir des informations nécessaires en ce qui a trait à la SNPP. Par exemple, le Bureau de la concurrence Canada a été invité à présenter son évaluation de l'environnement concurrentiel pour les médicaments génériques lors des réunions du groupe de travail de la SNPP.

### Travail des provinces et territoires

Nous nous préparons à tenir des discussions avec nos collègues provinciaux et territoriaux sur notre collaboration permanente en matière de gestion des produits pharmaceutiques. C'est l'occasion où jamais de définir la phase suivante de la SNPP, et ce dialogue permettra sans doute d'orienter notre approche à l'égard du travail en collaboration dans d'autres domaines d'intérêt mutuel touchant les produits pharmaceutiques.

### Commentaires du Conseil canadien de la santé

Dans son rapport annuel 2006 aux Canadiens, le Conseil canadien de la santé s'est dit déçu et a critiqué la lenteur des progrès en ce qui a trait à la mise en œuvre des éléments de la SNPP. Plus particulièrement, il a été déçu de la lenteur des progrès en ce qui a trait à la couverture des médicaments onéreux. Il a recommandé que les gouvernements procèdent rapidement afin de respecter leur engagement à l'égard de la couverture des médicaments onéreux, qu'une échéance pour la mise en œuvre soit établie et diffusée, et que les travaux débutent sans plus tarder pour la mise au point d'un plan de mise en œuvre.

Le Conseil de la santé a fait paraître un rapport sur les comportements et habitudes de prescription de médicaments des professionnels de la santé en octobre 2007 en guise de suivi au colloque politique qu'il a organisé en juin 2007. Bien qu'il ne porte pas directement sur la SNPP, ce rapport est important étant donné qu'un comportement amélioré en ce qui a trait aux prescriptions avait été inclus comme élément de la stratégie, même s'il ne faisait pas partie des cinq éléments prioritaires.

---

**ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE**  
**PRÉVENTION, PROMOTION ET SANTÉ PUBLIQUE**

---

**Réalisations**

**Les trois engagements principaux liés à la prévention et à la promotion pris dans l'Accord de 2004 étaient les suivants :**

- collaboration et coordination en intervenant dans des éclosions de maladies infectieuses et autres urgences de santé publique;
- bâtir sur les derniers investissements en immigration, grâce à la Stratégie nationale d'immunisation;
- travailler sur la Stratégie pancanadienne de santé publique, afin de faire face aux facteurs de risques communs et aux stratégies intégrées de maladies.

**Dans l'ensemble, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux remplissent leurs engagements lorsqu'ils font face à ces questions. Notamment :**

- Dans le domaine de l'éclosion de maladies infectieuses, les gouvernements ont appuyé la création d'un réseau pancanadien de santé publique en tant qu'organisme de concertation en avril 2005; ils ont lancé le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* en Décembre 2006; et ils ont collaboré à l'élaboration du Protocole d'entente sur l'aide mutuelle en cas d'urgence et sur l'échange d'information dans les cas d'urgence de santé publique
- Dans le domaine de l'immunisation, les gouvernements provinciaux et territoriaux s'efforcent de se conformer aux programmes d'immunisation pour les vaccins recommandés dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation, alors que le gouvernement fédéral a fourni deux vagues de financement d'une valeur de 300 millions de dollars sur trois ans dans les budgets de 2004 et 2007 afin de mettre en œuvre dans les provinces et les territoires les campagnes de vaccination recommandées (c.-à-d. les vaccins contre la pneumonie, la méningite, la varicelle et la coqueluche dans le cadre de la première vague de financement et le vaccin contre le virus du papillome humain dans le cadre de la seconde vague);
- Bien que l'élaboration de la Stratégie pancanadienne de santé publique ait été suspendue, les questions déterminées dans ce domaine ont été prises en charge par le biais de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie, aux niveaux fédéral, provincial et territorial, ce qui a donné les moyens de collaborer dans les cas de maladies chroniques et leurs facteurs de risques et l'*Initiative fédérale en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques*, ce qui inclut une combinaison d'investissements pour faire face aux facteurs de risques communs avec les stratégies spécifiques aux maladies pour les principales maladies chroniques.

On trouvera ci-après davantage de précisions sur chacun de ces domaines.

**Éclosion de maladies infectieuses et autres urgences de santé publique**

Les gouvernements FPT ont collaboré de manière productive et amélioré leur état de préparation et d'intervention en cas d'épidémie par le biais du **Réseau de santé publique**, qui a été créé comme mécanisme pour l'action concertée des FPT dans le domaine de la santé publique. Toutes les administrations participent activement et sont engagées à l'égard du Conseil du Réseau de santé publique au niveau médecins hygiénistes en chef/sous-ministres adjoints, et participent au groupe d'experts du réseau de santé publique qui se charge de mettre au point des interventions coordonnées face aux éclosions pandémiques et urgences. Deux groupes

d'experts, deux groupes de travail et un certain nombre de groupes consacrés aux divers enjeux contribuent aux travaux. L'ASPC a offert un important soutien au Réseau de santé publique en finançant les secrétariats des diverses composantes du réseau et en remboursant les membres pour leurs frais de déplacement.

Les investissements du GC au chapitre de **l'éclosion de maladies infectieuses et d'autres urgences de santé publique** comprennent 1 milliard de dollars sur cinq ans pour l'état de préparation en cas de grippe aviaire ou de pandémie d'influenza (600 millions de dollars) et à d'autres fins urgentes et imprévues (400 millions de dollars) dans le budget 2006. Les 600 millions de dollars ont été partagés entre l'ASPC, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (195 millions pour gérer les questions liées à la grippe aviaire). Dans le cadre du portefeuille de la santé, le financement se concentre sur sept domaines clés : prévention et avis précoce (40 millions de dollars); vaccins et antiviraux (162 millions de dollars); hausse subite de la capacité (29,5 millions de dollars); état de préparation en cas d'urgence (47 millions de dollars); science capitale et réglementation (112,5 millions de dollars); communication des risques (8,4 millions de dollars); et collaboration FPT (22,2 millions de dollars).

Ce financement viendra renforcer la capacité fédérale à se préparer et à intervenir en cas d'influenza pandémique, et chacune de ces activités aura des avantages directs ou indirects pour les provinces et territoires, dont : l'amélioration de l'état de préparation et de la capacité d'intervention en cas de pandémie parmi les Premières nations sur réserve et les communautés inuits; renforcement de la surveillance dans toutes les administrations; soutien à la recherche sur des vaccins pandémiques en vue d'accélérer l'examen des présentations visant de nouveaux médicaments antiviraux; et achat et positionnement partout au Canada des médicaments antiviraux nécessaires pour la réserve nationale.

Les efforts concertés comprennent les suivants :

- parution du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* en décembre 2006;
- entente en vue d'enrichir la réserve nationale d'antiviraux à 55,7 millions de doses d'ici la fin de l'exercice 2007-2008. À compter de mars 2008, la réserve contenait 53 millions de doses;
- entente sur une stratégie de traitement précoce antiviral pour tous les Canadiens et Canadiennes qui deviendraient malades pendant une pandémie et pour contenir ou prévenir l'éclosion d'une pandémie (c.-à-d. utilisation d'antiviraux dans des scénarios de soins prophylactiques);
- mise au point d'un projet politique sur l'usage des antiviraux pour la prévention en vue de contenir ou de prévenir une éclosion pandémique;
- entente sur la nécessité de préparer plusieurs protocoles d'entente pour documenter les efforts conjoints de gestion des urgences en ce qui a trait à : l'aide mutuelle à fournir pendant l'urgence (la question devrait être présentée aux ministres de la Santé FPT en septembre 2008); le partage d'information en cas d'urgence touchant la santé publique, y compris une pandémie (qui devrait être présentée aux ministres de la Santé FPT en septembre 2008);
- des travaux qui se poursuivent sur l'approche de gouvernance FPT à la planification et à la prise de décisions en cas de pandémie en vue d'optimiser l'efficacité et garantir la prise de décisions opportunes par le Conseil et en définitive, par les ministres de la Santé.

Les principales activités du Réseau de santé publique 2007-2008 comprenaient la préparation à une pandémie d'influenza et de grippe aviaire; un protocole d'entente sur l'aide mutuelle, un protocole d'entente sur le partage de l'information; et la gestion des urgences touchant la santé nationale. Le point de mire en 2008-2009 consistera à poursuivre ces efforts et à inclure des travaux dans d'autres domaines tel celui de la gestion et la surveillance des maladies chroniques et les indicateurs d'écarts dans le domaine de la santé.

Les activités de préparation à une pandémie d'influenza et de grippe aviaire se sont concentrées sur six éléments : des antiviraux pour le traitement et la prévention précoce; un plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza; une stratégie de vaccination en cas de pandémie; la planification d'exercices en cas de pandémie en temps réel; et la capacité d'intervention des laboratoires.

- Le groupe de travail sur l'utilisation **d'antiviraux** à des fins prophylactiques qui relève du Réseau de santé publique a mis au point des recommandations politiques nationales en vue de fournir des antiviraux prophylactiques pendant une grippe pandémique. Ces recommandations ont été approuvées

par les sous-ministres de la Santé FPT en novembre 2007 et sont en attente de l'approbation des ministres de la Santé FPT.

- En décembre 2006, les ministres de la Santé FPT ont approuvé le **Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza** dans le secteur de la santé, qui a été produit par le Comité sur la pandémie de l'influenza du réseau de santé publique. Un certain nombre d'annexes sont présentement à l'étude et paraîtront à l'été 2008 (p. ex., vaccins, contrôle des infections et mesures de prévention, services de laboratoire, soins cliniques).
- Le Réseau de santé publique formulera des recommandations sur une **stratégie de vaccination pandémique** à l'échelle pancanadienne, y compris des considérations pour la mise au point de vaccins et la conception des essais cliniques; des approches à l'immunisation; la surveillance et le contrôle des effets indésirables; et la distribution. On s'attend à ce que les recommandations finales soient présentées au printemps 2008.
- Le Réseau de santé publique est en train de coordonner la mise au point d'un **exercice de planification en temps réel**, afin de mettre à l'épreuve et de valider l'aptitude et la capacité du système de santé canadien de prévenir et de détecter une pandémie, et d'intervenir en conséquence conformément au Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, ainsi que pour avoir l'occasion de cerner et de combler toute lacune.
- La **capacité d'intervention des laboratoires** dépend de la collaboration et de la coopération entre laboratoires dans les administrations FPT en vue d'assurer une approche intégrée et efficace à l'investigation et au contrôle épidémiologique, particulièrement durant les événements touchant la santé publique. Les laboratoires seront en mesure de répondre aux besoins d'essai à des fins de diagnostic et de soutenir les travaux connexes, tels les stratégies d'administration d'antiviraux et de vaccination et la surveillance dans ce contexte.

Deux protocoles d'entente ont été mis au point et approuvés en principe par les ministres de la Santé FPT en décembre 2006, sous réserve de changements dans l'énoncé à apporter pour répondre aux inquiétudes et aux exigences juridiques énoncées par le Québec. Le *protocole d'entente sur l'échange d'information pendant une urgence de santé publique (PE sur l'échange d'information)* et le *protocole d'entente sur l'aide réciproque en cas d'urgence touchant la santé du public (PE sur l'aide réciproque)* ont été approuvés par le Conseil du réseau de santé publique.

Le système national de gestion des situations d'urgence sanitaires est conçu pour faciliter la planification et communication des urgences entre administrations moyennant une définition claire des rôles et responsabilités et l'établissement de directives opérationnelles et de protocoles en vue d'assurer une planification coordonnée. Le système comprend également des protocoles pour solliciter et recevoir de l'aide mutuelle, tel qu'indiqué dans le protocole d'entente FPT sur l'aide réciproque.

Les Premières nations et les Inuits ont exprimé des inquiétudes à propos de l'engagement à tous les niveaux de la capacité de planification et d'intervention, ainsi que sur la disponibilité de matériel de communication adapté à leurs cultures respectives. L'ASPC et Santé Canada sont tous deux en train de travailler avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami en vue de préparer des fiches d'information culturellement acceptables sur les pandémies, ainsi que des plans de travail trilatéraux sur l'état de préparation et la capacité d'intervention en cas de pandémie. En mai 2006, les ministres de la Santé FPT ont réaffirmé que les antiviraux de la réserve conjointe, les vaccins et les fournitures essentielles seront à la disposition des Premières nations et des communautés autochtones de la même manière que pour le reste de la population. Le financement à l'appui de la formation, de la planification et des essais a été directement consacré à la préparation de communautés des Premières nations et Inuits en cas de pandémie dans le budget 2006 (6 millions de dollars).

Le Laboratoire national de microbiologie est un chef de file pour ce qui est de mettre au point et d'appliquer des technologies modernes en santé publique pour le diagnostic, les vaccins et l'épidémiologie moléculaire. Le laboratoire a par ailleurs une renommée internationale pour sa capacité de transfert et partage son expertise avec d'autres pays en favorisant les échanges professionnels.

Le Canada travaille avec un certain nombre de partenaires internationaux dont l’OMS et l’Organisation panaméricaine de la santé pour la mise au point d’interventions coordonnées face aux éclosions de maladies infectieuses et d’autres urgences de santé publique. Une initiative clé résidait dans l’élaboration d’un règlement sanitaire international, qui est un règlement ayant force de loi que la plupart des pays ont adopté en vue de contenir la menace de maladies qui risquent de se répandre rapidement d’un pays à un autre.

Selon une enquête des Nations unies sur la grippe aviaire et pandémique parue en décembre 2007, la plupart des pays industrialisés disposent désormais de plans d’intervention en cas de pandémie. Aussi, un nombre croissant de pays à revenu faible et moyen sont en voie d’élaborer de tels plans.

Une analyse comparative des plans de lutte contre les pandémies effectuée dans le contexte de l’Initiative sur la protection de la santé mondiale (G7 + le Mexique) révèle un certain nombre de similitudes parmi les pays, dont toute une gamme de mesures de santé publique, réserve nationale d’antiviraux, surveillance, ainsi que quelques écarts principalement attribuables aux conditions contextuelles (rapport inédit). Le Canada est au nombre de quelques pays ayant un contrat en place avec un fabricant national pour l’acquisition de vaccins en cas de pandémie. Certains pays du G7 (le Canada, le Royaume-Uni, les États-Unis, le Japon et la France) se concentrent désormais sur la mise en œuvre de leurs plans respectifs.

Le Canada contribue activement au dialogue international au sujet de l’état de propagation mondiale auprès de plusieurs organismes internationaux : l’Initiative sur la protection de la santé mondiale; le Partenariat international contre la grippe aviaire et pandémique (IPAPI); l’Organisation mondiale de la santé et le Groupe de travail de l’APEC sur la santé. Entre 2005 et 2006, le Canada a contribué 105 millions de dollars à l’état de préparation internationale pour la lutte contre la grippe aviaire et pandémique.

Au nombre des réalisations concrètes, on retrouve un plan nord-américain pour la lutte contre la grippe aviaire et pandémique, qui a été adopté lors du Sommet des chefs dans le cadre du partenariat pour la sécurité et la prospérité qui s’est déroulé à Québec en août 2007 et l’aide technique et financière que le Canada offre aux pays en développement et aux organismes internationaux. En 2007, le Canada était classé par les Nations unies parmi les quatre principaux donateurs en ce qui a trait à la préparation internationale pour la lutte contre la grippe aviaire et pandémique.

### Immunisation

Les gouvernements FPT ont rempli leurs engagements vis-à-vis de **l’immunisation** au moyen de la Stratégie nationale d’immunisation. Au nombre des principaux résultats, les maladies pouvant être prévenues par vaccin ont reculé, on constate un accès équitable et opportun aux vaccins recommandés, des économies améliorées attribuables aux programmes d’immunisation, un meilleur niveau de surveillance et d’intervention en ce qui a trait à l’innocuité des vaccins, et un approvisionnement plus sécuritaire de vaccins. Les FPT ont établi le groupe de travail de la vaccinovigilance afin de régler les questions de sécurité revêtant le plus d’importance pour les diverses administrations en ce qui a trait aux vaccins.

Le GC a alloué 300 millions de dollars sur trois dans le cadre du budget 2004 aux provinces et territoires pour soutenir l’introduction de l’accès équitable partout au Canada à quatre nouveaux vaccins recommandés pour les enfants (pneumonie, méningite, varicelle et coqueluche chez les adolescents). Toutes les administrations provinciales et territoriales disposent désormais de programmes d’immunisation subventionnés par les fonds publics. Plus de deux fois plus d’enfants sont désormais protégés de ces maladies par rapport au niveau de 2003.

Dans le budget 2007, le GC a annoncé un financement fédéral de 300 millions de dollars sur trois ans pour permettre aux provinces et territoires d’appuyer l’introduction de programmes de vaccin contre le papillomavirus humain. L’Ontario, la Nouvelle-Écosse, l’Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont annoncé depuis des programmes de vaccination contre le papillome virus humain à l’automne 2007. D’autres provinces et territoires devraient lancer leurs programmes en 2008.

Les investissements fédéraux ont soutenu la solution pancanadienne pour un système de surveillance de la santé publique préconisé par l'InfoRoute Santé, et qui comprend la mise au point d'un module d'enregistrement de l'immunisation. Des efforts sont en train d'être déployés pour veiller à ce que le module soit conforme aux normes nationales actuelles. D'ici 2009, toutes les administrations auront accès à un tel registre.

Deux groupes de populations fédérale prioritaires ont été identifiés dans le plan de travail de 2007 : les personnes des Premières nations résidant hors réserve et les immigrants et réfugiés. Un groupe de travail est en train d'être créé qui aura pour toute première priorité de tisser des maillages avec des organismes nationaux et des organisations locales clés en vue d'effectuer une évaluation environnementale des activités des FPT ainsi que des approches et du matériel utilisés.

### Stratégie pancanadienne de santé publique (prévention des maladies chroniques)

Des **but**s en matière de santé ont été définis pour le Canada moyennant une consultation élargie et un processus d'homologation impliquant les gouvernements FPT, les experts en santé publique, les intervenants et les citoyens. L'Agence de santé publique du Canada (AFPC) a dirigé la mise au point des buts moyennant des consultations très étendues auprès des provinces et territoires et de plus de 300 experts et intervenants en santé publique lors de 12 séances de table ronde, cinq événements thématiques et cinq dialogues de délibération régionale ainsi que des consultations auprès de parlementaires. Quelque 400 personnes, groupes et organismes ont également donné leur avis à l'aide d'un sondage électronique ou en tenant leurs propres consultations. Les ministres de la Santé FPT se sont accordés sur les buts lors de leur conférence annuelle en octobre 2005, et ces buts doivent désormais agir comme points de référence pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Canadiens et Canadiennes, sans qu'il ne s'agisse pour autant d'une feuille de route détaillée.

Les engagements en matière de **promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures** sont en train d'être relevés au moyen de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et l'initiative en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. La stratégie a été approuvée par les ministres de la Santé FPT lors de leur conférence annuelle en octobre 2005. Elle représente un ensemble de principes communs conçu pour fournir un contexte national, un point de référence et une feuille de route pour une plus grande harmonisation et coordination parmi les secteurs.

Le groupe chargé des enjeux des modes de vie sains doit rendre compte des progrès effectués dans l'atteinte des cibles et des résultats indiqués dans la stratégie au Conseil du réseau pancanadien de santé publique, par le biais du groupe d'experts en promotion de la santé des populations.

Par l'entremise de l'AFPC, le GC fournit un soutien de secrétariat au groupe chargé d'échanges des modes de vie sains, qui fournit une tribune qui favorise les efforts concertés susceptibles de contribuer à améliorer les résultats globaux pour la santé ainsi que réduire les écarts en matière de santé - soit les buts de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Cela comprend : établir un réseau intersectoriel de modes de vie sains, un réseau pancanadien virtuel consacré aux modes de vie sains; la promotion de partenariats; et une collaboration et un échange d'information améliorés parmi les divers secteurs et administrations.

L'initiative en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques implique quant à elle une collaboration entre les gouvernements régionaux, provinciaux, territoriaux, fédéral et internationaux sur les trois piliers de l'initiative qui sont reliés entre eux : promotion de la santé, prévention des maladies chroniques, et détection et gestion des maladies chroniques. Des progrès ont été réalisés grâce aux initiatives de surveillance accrue des maladies chroniques; le Portail canadien des pratiques exemplaires pour la prévention des maladies chroniques, qui soutient les décideurs dans l'exercice de leurs fonctions; au niveau des politiques et de la recherche, ainsi que pour évaluer les facteurs de risque liés aux maladies chroniques.

Pour soutenir l'initiative des modes de vie sains et des maladies chroniques, en février 2007, le Secrétariat du Conseil du Trésor a approuvé un cadre de gestion axé sur les résultats et un cadre de responsabilisation pleinement mis au point. La participation des provinces et territoires à la mise en œuvre de l'initiative, principalement par le biais du Réseau pancanadien de santé publique, a facilité la mise en œuvre de ces

initiatives, dont les travaux des divers groupes d'experts chargés de la promotion de la santé des populations, de la prévention des maladies chroniques et des blessures, et du contrôle. Les représentants provinciaux et territoriaux participent également à des initiatives touchant les modes de vie sains et des maladies concrètes, dont la mise au point de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action.

L'initiative de modes de vie sains du GC s'adresse à tous les Canadiens et Canadiennes en mettant l'accent sur les enfants, les adolescents et les Autochtones. Ces mesures comprennent le rétablissement de ParticipACTION en 2007-2008 avec un investissement de 1,6 million de dollars pour aider les Canadiens à améliorer leur santé en faisant de l'exercice physique régulièrement. Les progrès du GC sur les stratégies concernant des maladies concrètes dans le cadre de l'initiative en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques comprennent les suivants :

Investissements du GC de 4,2 millions de dollars en 2007-2008 et 5,2 millions par année à titre permanent à compter de 2009-2010 pour appuyer la mise au point de la Stratégie canadienne de santé cardio-vasculaire et du plan d'action correspondant, ainsi que pour financer les efforts fédéraux précoces pour la lutte contre l'hypertension artérielle (un facteur de risque propre aux maladies cardio-vasculaires) et la surveillance des maladies cardio-vasculaires.

Action du GC à l'égard du diabète (financement de projets communautaires) et renouvellement de la stratégie canadienne du diabète à raison de 18 millions de dollars par année, en cours.

Investissements du GC de 13 millions en 2007-2008 et de 17 millions en 2008-2009, toujours en cours, à l'appui des activités de lutte contre le cancer, y compris la surveillance; le dépistage et la détection précoce; l'analyse et l'évaluation des facteurs de risque; les recherches intra-muros et extra-muros; et l'information publique, la programmation communautaire et le renforcement des capacités ciblées parmi les organisations qui s'intéressent aux Autochtones, aux personnes âgées et aux enfants atteints de cancer. Le GC a alloué 800 000 \$ à des organisations autochtones nationales afin de permettre leur participation à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

Voici quelques exemples des progrès obtenus par le GC sur les activités favorisant les modes de vie sains dans le cadre de l'initiative en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques :

Le GC a annoncé un investissement de 4,36 millions en 2007-2008 dans des projets nationaux sur les modes de vie sains moyennant le financement des contributions en matière d'activités physiques et de saine alimentation, qui est le volet national du Fonds des modes de vie sains.

- Le GC a alloué 2,66 millions de dollars en 2007-2008 pour appuyer les projets régionaux de promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation devant être développés au moyen d'ententes bilatérales avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Le GC a investi 1,044 millions de dollars en 2007-2008 dans des projets nationaux pour appuyer le perfectionnement des connaissances sur les modes de vie sains.

Le cadre de travail de l'initiative des modes de vie sains et des maladies chroniques est conforme à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (MS) intitulée *Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé*, qui favorise une approche concertée où les responsabilités des actions en vue de modifier les habitudes alimentaires et la régularité de l'activité physique appartiennent aux nombreux intervenants du public, du secteur privé et de la société civile.

Des discussions ont eu lieu par les FPT et le conseil du Réseau **pancanadien de santé publique** en ce qui a trait à la mise au point d'une stratégie pancanadienne de santé publique et on s'est entendu pour continuer à jeter les assises pour une stratégie et à passer en revue son évolution une fois que les priorités du court terme auront été accomplies.

Quant à l'engagement à l'égard des **écoles en santé**, les gouvernements FPT ont réussi à établir le consortium conjoint sur la santé en milieu scolaire. Ce consortium rassemble des représentants clés des divers ministères FPT responsables de la santé et de l'éducation. Il renforce la capacité de concertation et sert à promouvoir la compréhension et le soutien d'initiatives scolaires exhaustives en matière de santé. Chacune des administrations

membres compte désormais un ou deux coordonnateurs de santé dans les écoles qui relèvent du ministère de la Santé ou de l'Éducation ou des deux.

Le GC contribue à un financement annuel de 250 000 \$ dans le cadre de son engagement à l'égard de la province qui dirige le consortium (en ce moment la Colombie-Britannique). Les gouvernements provinciaux et territoriaux contribuent 217 000 \$ annuellement (le calcul se fonde sur le nombre d'habitants). Une réalisation importante du GC réside dans la création d'un comité de coordination fédéral interne qui agit comme forum d'échange d'information pour divers ministères/organismes fédéraux s'intéressant à la santé scolaire. Le comité a effectué une synthèse des activités scolaires actuelles du gouvernement fédéral en matière de santé dans tout un éventail de ministères, dont Patrimoine/Sport Canada, Statistique Canada et Ressources humaines et Développement social Canada.

Voici quelques-unes des principales réalisations du consortium :

- Réseautage : le consortium a établi un réseau national de coordonnateurs de santé scolaire dans chacun des provinces et des territoires participants et un représentant de l'ASPC pour appuyer la collaboration et l'échange d'information;
- Communications : il a établi un portail Internet du consortium sur les questions et les ressources canadiennes en matière de santé scolaire; a établi un bulletin décrivant les activités du consortium proposant des nouvelles et des liens pour avoir accès à des recherches et à des informations sur les événements et occasions;
- Promotion et défense des droits : le consortium a organisé et accueilli une conférence nationale sur la santé scolaire en 2006; effectué des présentations dans divers forums sur le consortium et la promotion d'approches exhaustives à la santé scolaire (deuxième conférence nationale de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC), prévention intégrée des maladies chroniques : 'ensemble en force' 2006; conférence de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2007; etc.);
- Gouvernance : le consortium a établi un programme régulier de téléconférences et de réunions parmi les administrations membres, y compris à l'intention des coordonnateurs de santé scolaire et des représentants principaux.

Le consortium a été reconnu comme un modèle de collaboration ayant des possibilités mondiales. La Banque mondiale et l'Organisation panaméricaine de la santé ont toutes deux manifesté de l'intérêt à l'endroit du modèle du consortium, et désireraient travailler avec le consortium de plus près. Le consortium travaille également avec le Réseau européen des écoles qui encouragent la santé.

### **Reddition de comptes**

Il n'y a aucune formalité de rapport, autre que celles exigées dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne des modes de vie sains*. Dans ce contexte, le groupe chargé des enjeux des modes de vie sains des FPT rend compte au Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, par le biais du groupe d'experts sur la promotion de la santé des populations, sur les progrès effectués pour atteindre les cibles et les résultats décrits dans la stratégie.

### **Prochaines étapes**

#### **Éclosion de maladies infectieuses et autres urgences de santé publique**

Les actions futures sur **les éclosions de maladies infectieuses et autres urgences de santé publique** ont été à l'ordre du jour en mai 2006, lors de la réunion des ministres de la Santé FPT et voici quelques-unes des activités prévues pour 2008-2009 :

- Le GC continuera à travailler avec l'industrie et des partenaires internationaux au développement, à l'essai et à l'homologation d'un vaccin efficace contre la grippe. Le Canada participe également au groupe de travail technique de l'OMS sur la production et la réglementation des vaccins.

- Le GC est en train de revoir son contrat de 10 ans avec le fabricant national de vaccins en vue d'assurer l'accès à la nouvelle technologie et de canaliser la capacité de production des vaccins. Le GC investit également des essais cliniques de vaccins en prévision de pandémie H5N1.
- Des investissements supplémentaires seront effectués pour veiller à ce que les besoins et inquiétudes des Premières nations et des Inuits entrent en ligne de compte, et un plan de travail trilatéral est en train d'être mis au point en vue d'améliorer l'état de préparation et la capacité d'intervention face à une pandémie dans les communautés des Premières nations et des Inuits.
- La participation d'organisations non gouvernementales et du secteur privé au développement de plans appropriés pour garantir la préparation en cas de pandémie et la continuité des affaires est nécessaire et avantageuse. Les gouvernements et le secteur privé travailleront ensemble pour veiller à la continuité de l'approvisionnement des biens et des services essentiels. Des ateliers intersectoriels continueront à avoir lieu et des documents, tels les foires aux questions ou l'orientation pour l'élaboration de plans de continuité des affaires sont en voie d'élaboration.
- Le GC atteindra la cible de la réserve nationale d'antiviraux d'ici la fin de l'exercice 2008-2009 moyennant l'acquisition de 2 millions de doses d'antiviraux à usage pédiatrique.
- Une nouvelle version du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé et les annexes connexes sur les vaccins, les services de laboratoire, les soins cliniques, le contrôle et la prévention des infections, paraîtra en 2008.
- Les annexes sur les mesures de santé publique, la surveillance, l'état de préparation psychosociale et les recommandations à l'égard de la planification de l'usage d'antiviraux pendant une pandémie feront également l'objet d'un examen en vue d'une publication en 2009.
- Les recommandations finales à l'égard d'une stratégie pancanadienne de vaccination en cas de pandémie seront mises au point.
- Un ensemble d'exercices en temps réel des mécanismes FPT pour les interventions en cas de pandémie se dérouleront et l'efficacité de chacune des administrations sera évaluée.
- Un cours de certification pour la détection précoce, la gestion et le signalement de maladies infectieuses émergentes, y compris l'influenza, sera lancé en 2008.

### Immunisation

Le GC s'est engagé à tirer parti des succès récemment obtenus pour l'expansion de programmes d'immunisation et pour améliorer l'accès, et poursuit ses travaux avec les provinces et territoires par le biais de la Stratégie nationale d'immunisation en vue de renforcer l'infrastructure et les programmes d'immunisation. Les nouveaux vaccins auront un impact majeur sur les programmes d'immunisation et l'épidémiologie des maladies pouvant être prévenues par des vaccins dans les années à venir.

### Stratégie pancanadienne en santé publique (prévention de maladies chroniques)

Les **buts en matière de santé** pourraient fournir un outil pour orienter les démarches futures des administrations sur les déterminants de la santé et pourraient aider à renforcer la gestion des questions horizontales à l'aide d'experts.

Les plans 2007-2008 pour la **promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures** compteront des activités liées à la gouvernance, à la coordination et à la mise en œuvre continue de l'initiative des modes de vie sains et des maladies chroniques, y compris par des activités de surveillance et d'évaluation.

L'ASPC travaillera à l'échelle du Réseau de santé publique pour continuer à cerner les priorités émergentes en santé publique et mesurera l'état de préparation pour aller de l'avant avec la **Stratégie pancanadienne de santé publique** par le biais du Conseil du Réseau de santé publique.

Les travaux futurs sur les **écoles en santé** comprennent la facilitation d'un système plus cohérent pour les formalités de rapport sur la santé et le développement social des enfants et des adolescents dans le milieu scolaire; publication de rapports sur des questions et tendances émergentes en matière de nutrition/alimentation saine, activité physique, comportements sociaux, santé sexuelle et autres; mise en œuvre d'un cadre

d'évaluation; et collaboration avec les organismes internationaux, dont l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé, la Banque mondiale et le Centre de collaboration du Réseau européen des écoles qui encouragent la santé.

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### INNOVATION ET RECHERCHE EN SANTÉ

---

L'engagement pris dans l'accord de 2004 à l'égard de l'innovation et de la recherche dans le domaine de la santé s'appliquait exclusivement au gouvernement fédéral. Dans l'ensemble, celui-ci y a répondu en majorant ses investissements dans des secteurs novateurs des sciences, des technologies et de la recherche.

Le gouvernement fédéral a investi des sommes importantes régulièrement pour innover dans le domaine de la santé depuis l'accord de 2004. De par le financement des coûts directs et indirects de recherche de catégorie mondiale dans des domaines prioritaires, par le renforcement des capacités de recherche, et la mise au point d'une infrastructure d'avant-garde, le gouvernement veille à ce que les entreprises de science et technologie (S et T) du Canada soient dotées de ce qu'il faut pour contribuer à un système de santé renforcé (p. ex., par le biais de produits de santé novateurs) et pour obtenir de meilleurs résultats au chapitre de la santé ainsi que d'autres avantages socioéconomiques pour la population canadienne.

#### Évaluation des réalisations du gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada a poursuivi ses investissements en vue de soutenir les activités à l'appui de l'innovation dans le domaine de la santé. Selon Statistique Canada, les dépenses fédérales totales au chapitre des S et T dans le domaine de la santé ont augmenté de presque 17 % depuis 2004 (passant de 1,25 milliard en 2004-2005 à 1,46 milliard en 2006-2007). Sur cette somme, 407 millions de dollars ont été consacrés à des activités de science et technologie intra-murales alors que 1,05 milliard de dollars ont été consacrés à des activités extra-murales.

Les investissements intra-muraux du gouvernement ont servi à appuyer la recherche et le développement ainsi que les activités scientifiques connexes (p. ex., gestion des risques, évaluation des risques, évaluation et surveillance), y compris dans le domaine de la santé, afin de relever les défis actuels et émergents qui se posent aux Canadiens et Canadiennes.

Le gouvernement a consacré ses investissements extra-muraux à quatre domaines clés :

- **coûts directs de la recherche** (initiatives en fonction du chercheur et des priorités ciblées) (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG), Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)). Il est à noter que grâce aux investissements effectués dans les budgets 2006, 2007 et 2008, le budget de base annuel des IRSC se situe actuellement à 820,1 millions de dollars, soit une majoration de 17,5 % par rapport à son budget annuel de 697,8 millions en 2005-2006;
- **coûts indirects de la recherche** (primordialement par le biais des 315 millions de dollars qu'Industrie Canada réserve chaque année à son Programme de financement des coûts indirects de la recherche qui dessert plus de 140 établissements postsecondaires partout au pays);
- **gens** (par le biais des conseils de subvention fédéraux et du Programme des chaires de recherche du Canada (CRC). Le programme des CRC investit 300 millions de dollars par année pour attirer et fidéliser certains des esprits les plus accomplis et prometteurs du monde. À compter de novembre 2007, le programme a accordé 1 851 chaires).
- **infrastructure** (surtout par le biais de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI). La FCI finance habituellement jusqu'à concurrence de 40 % des coûts d'infrastructure de projet; les coûts restants sont couverts par les gouvernements provinciaux/territoriaux, ainsi que par le secteur privé et volontaire.

Depuis 1997, la FCI a investi 3,75 milliards de dollars dans des projets d'infrastructure partout au Canada).

On trouvera le détail des investissements des budgets 2005, 2006, 2007 et 2008 à l'annexe A.

Les investissements du gouvernement du Canada ont :

- permis aux universités, aux hôpitaux de recherche et aux collèges du Canada de contribuer au développement socioéconomique dans toutes les régions du pays en entreprenant des recherches, le développement de la capacité de recherche, le transfert du savoir et la commercialisation;
- maintenu et amélioré la compétitivité internationale des instituts de recherche canadiens;
- veillé à ce que ces institutions attirent et maintiennent en poste les meilleurs chercheurs et étudiants, et continué à renforcer la capacité d'innovation en vue d'améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes et de leur procurer d'autres avantages socioéconomiques.

### Prochaines étapes

*Stratégie nationale des sciences et de la technologie du Canada - Réaliser le potentiel des sciences et de la technologie au profit du Canada*

Fort de la priorité accordée par le gouvernement aux sciences, à la technologie et à l'innovation en tant qu'éléments moteurs de la prospérité, de la compétitivité et d'une santé et une qualité de vie meilleures pour les Canadiens et Canadiennes, le 17 mai 2007, le premier ministre Harper a fait paraître une stratégie fédérale en S et T (Stratégie) intitulée « *Réaliser le potentiel des sciences et de la technologie au profit du Canada* »

En établissant un programme exhaustif et pluriannuel en S et T pour le Canada, cette stratégie cherche à promouvoir trois avantages distincts - des S et T canadiennes :

- un **avantage sur le plan des affaires** (un climat d'affaires compétitif qui encourage l'innovation des secteurs privés et facilite des partenariats publics privés pour la recherche et la commercialisation);
- un **avantage sur le plan du savoir** (recherche d'avant-garde dans des domaines prioritaires, y compris la santé, les sciences de la vie et les technologies connexes, qui produisent des avantages pour la santé, l'environnement, la société et l'économie);
- un **avantage sur le plan des gens** (attirer et fidéliser des personnes extrêmement compétentes). On s'attend à ce que la stratégie aide à fournir aux personnes, aux familles, et aux communautés de meilleurs médicaments et de meilleurs soins de santé, un environnement plus propre et plus sûr, des occasions mieux ancrées d'effectuer des recherches et des études, et une plus grande prospérité.

Les initiatives en S et T annoncées dans les budgets 2007 et 2008 donnent foi de l'engagement du gouvernement à agir sans plus tarder pour atteindre ces buts pour les Canadiens et Canadiennes.

### *Des programmes de recherche fédéraux plus intégrés*

La stratégie incite également les trois conseils fédéraux de subventions de recherche (IRSC, CRSNG et CRSH) à travailler ensemble et avec la collectivité scientifique afin d'établir une masse critique d'expertise dans des domaines prioritaires, dont la santé et les sciences de la vie. Les recherches dans le domaine de la santé exigent de plus en plus un effort et des mécanismes concertés à l'appui de l'intégration des activités dans tout un éventail de disciplines. Ce volet multidisciplinaire de la recherche est bien reconnu par les conseils : certains éléments de la recherche en santé perdurent dans les programmes du CRSNG et du CRSH.

D'autres acteurs clés de la collectivité scientifique fédérale travaillent ensemble pour mieux harmoniser leurs programmes et initiatives par rapport à la stratégie en S et T, y compris en se concentrant sur la santé et les autres domaines prioritaires visés dans la stratégie. Par exemple, le Conseil national de recherches du Canada (CNRC), organisme numéro un du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la R et D, a investi quelque 60 millions de dollars par an dans des recherches liées à la santé depuis 2004, notamment dans le domaine des maladies infectieuses, des maladies liées au vieillissement, du cancer et au niveau du diagnostic. Le CNRC travaille également pour veiller à ce que les plans d'activité de ses instituts soient bien harmonisés avec la Stratégie scientifique du CNRC 2006, intitulée *La science à l'oeuvre pour le Canada*, dont les objectifs sont parfaitement conformes à la Stratégie fédérale.

## Nouveaux investissements fédéraux découlant des derniers budgets :

### Budget 2005

#### *Financement pour l'innovation dans des domaines propres à la santé*

- Majoration de 32 millions de dollars dans le budget de base annuel des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), d'où un budget global de 697 millions de dollars,.
- 10 millions de dollars à la Fondation Terry Fox en reconnaissance du 25<sup>e</sup> anniversaire du Marathon de l'espoir, qui subventionne les recherches sur le cancer par le biais de l'Institut national du cancer du Canada (INCC).
- 35 millions de dollars sur les sept années à venir pour un nouveau réseau de centres d'excellence (RCE).

#### *Financement d'une composante innovation dans le domaine de la santé*

- 165 millions de dollars à Génome Canada à l'appui de ses recherches révolutionnaires en génomique.
- 30 millions de dollars au Conseil des académies canadiennes en vue d'appuyer le fonctionnement de base de l'organisation pendant 10 ans, jusqu'en 2015.
- 20 millions par année sur cinq ans à Precarn à l'appui de la recherche et du développement (R et D) dans des systèmes intelligents et la robotique avancée, prolongeant l'engagement antérieur au terme de sa durée de cinq ans.
- Majoration annuelle de 15 millions de dollars pour le Programme de financement des coûts indirects pour les recherches financées par le gouvernement fédéral dans les universités et collèges, ce qui amène le financement total annuel à 260 millions de dollars.

### Budget 2006

#### *Financement accru pour l'innovation dans des domaines propres à la santé*

- Majoration de 17 millions de dollars dans le budget de base annuel des IRSC, ce qui se traduit par un budget de base global de 723,5 millions de dollars, et permet l'institution de nouveaux programmes : une initiative de recherche en santé mondiale, une initiative de recherche clinique, et une initiative de recherche en médecine régénératrice et nanomédecine.

#### *Financement d'une composante innovation dans le domaine de la santé*

- 17 millions par année au Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG).
- 260 millions de dollars sur cinq ans pour l'Agence de santé publique du Canada et Santé Canada pour la mise en œuvre de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) pour le dépistage, la prévention et les activités de recherche, ainsi que pour améliorer la coordination entre le gouvernement fédéral, les groupes communautaires s'intéressant au cancer, et les provinces et territoires.
- En novembre 2006, le gouvernement a annoncé la création du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), une société indépendante sans but lucratif qui se charge de la mise en œuvre de la CSCC. Le PCCC aidera à appuyer une approche pancanadienne à la lutte contre le cancer et devra donc se concerter de près avec tous les partenaires pertinents en vue de faciliter une meilleure coordination des activités et des efforts à l'échelle du pays. Sur les 260 millions de dollars destinés au CSCC, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada reçoivent chacun 1 million de dollars par année sur cinq ans à l'appui des maillages entre les activités de transfert du savoir de PCCC et d'autres membres du portefeuille du cancer, ainsi que pour promouvoir des activités internationales et le leadership fédéral en matière de cancer.
- 40 millions de dollars par année pour le Programme de financement des coûts indirects de la recherche

- 20 millions de dollars par année pour le Fonds des leaders (FL) de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI).

## **Budget 2007**

### ***Financement pour l'innovation dans des domaines propres à la santé***

- Majoration de 37 millions de dollars dans le budget de base annuel des IRSC, se traduisant par un budget de base global de 780 millions de dollars. Cela représente une augmentation de 17 % du budget annuel de base depuis 2004.
- 30 millions de dollars sur cinq ans au Réseau d'application de la recherche sur les traumatismes médullaires que met sur pied la Fondation Rick Hansen.
- 10 millions de dollars sur les deux années à venir et 15 millions de dollars par an par la suite pour l'établissement d'une commission canadienne sur la santé mentale (la Commission) qui devra diriger la mise au point d'une stratégie nationale en matière de santé mentale.

### ***Financement d'une composante innovation dans le domaine de la santé***

- 37 millions de dollars pour le CRSNG, destinés à la recherche dans le domaine de l'énergie, de l'environnement et des technologies de l'information et des communications, y compris la santé (p. ex., dossiers de santé électroniques).
- 11 millions de dollars pour le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), pour la recherche en gestion, en affaires et en finances dans la mesure où ces domaines s'appliquent à la santé et à d'autres secteurs prioritaires.
- 46 millions de dollars (11 millions en 2008-2009) pour financer, sur une période de quatre ans, jusqu'à cinq nouveaux réseaux de centres d'excellence dans des domaines prioritaires, dont la santé, fonctionnant comme des entreprises à grande échelle.
- 350 millions en 2006-2007 et les deux années suivantes à l'appui de huit centres d'excellence en commercialisation et en recherche à grande échelle dans des domaines prioritaires où le Canada est équipé pour devenir un chef de file mondial, y compris la santé.
- 100 millions de dollars en 2006-2007 pour fournir à Génome Canada un financement continu pour ses six centres régionaux et les plates-formes technologiques connexes, voir à l'expansion des projets de recherche qui promettent, et soutenir la participation du Canada à des initiatives de collaboration stratégique dans le domaine de la recherche internationale.
- 10 millions de dollars sur les deux années à venir pour l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) en vue de renforcer ses activités et de lui permettre d'obtenir des fonds d'autres intervenants.
- 15 millions de dollars par année à l'appui du Programme de financement des coûts indirects de la recherche.
- 35 millions de dollars sur deux ans et 27 millions par année par la suite pour augmenter les bourses permettant à davantage de jeunes Canadiens et Canadiennes de suivre des études universitaires du deuxième cycle.
- 510 millions au FCI.
- 120 millions de dollars en 2006-2007 à CANARIE Inc., société à but non lucratif qui gère CA\*net, réseau de recherche haut de gamme et à haut débit qui relie les universités canadiennes, les hôpitaux consacrés aux recherches et d'autres installations scientifiques à l'étranger.

## **Budget 2008**

### ***Financement pour l'innovation dans des domaines propres à la santé***

- 34 millions par année aux IRSC pour les recherches portant sur les priorités de la population canadienne en matière de santé, y compris les besoins de santé des communautés du Nord, les problèmes de santé liés aux conditions environnementales, et l'innocuité des aliments et des médicaments;

- Fonds de 20 millions de dollars à la Fondation Gairdner en vue de créer les prix internationaux Gairdner Canada (science médicale);
- 21 millions de dollars sur deux ans en vue de renforcer la capacité des universités canadiennes - et de fidéliser de grandes autorités scientifiques par l'établissement de jusqu'à 20 chaires canadiennes de recherches à l'échelle mondiale, y compris dans le domaine de la santé;
- 100 millions de dollars pour la Commission de la santé mentale du Canada afin d'appuyer des pratiques exemplaires novatrices dans le domaine de la santé mentale.

***Financement d'une composante innovation dans le domaine de la santé***

- 140 millions de dollars à Génome Canada pour lancer un nouveau concours dans le domaine prioritaire de la recherche génétique, soutenir six centres régionaux du génome et aider les chercheurs canadiens à participer à un projet international en génomique.
- Fournir une somme supplémentaire de 15 millions de dollars par an au programme de financement des coûts indirects de la recherche pour aider les institutions à soutenir les activités de recherche rendues possibles par les nouvelles ressources fournies aux conseils de subvention fédéraux.
- 25 millions de dollars sur deux ans pour établir une nouvelle bourse dans le cadre du Programme de bourses d'étude à l'extérieur du Canada pour les étudiants de doctorat canadiens et étrangers particulièrement prometteurs.
- 3 millions de dollars sur les deux années à venir afin que les conseils de subvention fédéraux puissent établir une nouvelle allocation pour les récipiendaires des bourses d'études supérieures qui étudient dans des établissements à l'étranger. Ces nouvelles allocations auront une valeur de 6 000 \$ et seront offertes à 250 récipiendaires des bourses d'études supérieures chaque année pour un semestre d'études à l'étranger.
- 12 millions de dollars par année au CRSH pour des recherches susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension de la manière dont l'environnement touche la vie des Canadiens ainsi que des besoins de développement socioéconomique des communautés du Nord.

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### REDDITION DE COMPTES

---

#### Conseil canadien de la santé

L'Accord de 2003 a créé le Conseil canadien de la santé (le Conseil) en vue de surveiller l'évolution des engagements pris lors de l'accord et rendre compte en la matière (mesurant les progrès en ce qui a trait aux réformes du système de la santé). Dans l'Accord de 2004, les premiers ministres ont élargi le mandat du Conseil afin d'inclure des rapports sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes et les résultats de santé au sein de notre système.

Les ministres FPT de la Santé (à l'exception de l'Alberta et du Québec) participent en tant que membres corporatifs du Conseil. Le Conseil comporte par ailleurs 26 conseillers, 12 représentants gouvernementaux et 14 non-gouvernementaux. En ce moment, le Conseil se constitue d'un mélange d'autorités et d'experts dans des domaines concrets touchant la santé (questions liées aux patients/clients, systèmes de soins de santé, mesure du rendement, dirigeants communautaires).

Le Conseil publie un rapport annuel qui présente un aperçu général et une évaluation des initiatives de l'accord, en mettant l'accent sur le système de santé. Ce rapport comprend habituellement des informations sur des indicateurs de santé de valeur comparable. Par ailleurs, le Conseil fait paraître des rapports sur des thèmes concrets concernant les soins de santé et la santé des populations, dont: les progrès effectués en ce qui a trait aux temps d'attente; les soins primaires et les soins à domicile; les maladies chroniques; les leçons du diabète; et des questions liées aux produits pharmaceutiques.

#### Rapports FPT en vertu de l'Accord 2004 sur le renouvellement de la santé

- Les diverses administrations doivent en définitive rendre compte à leurs publics respectifs de la qualité et de la disponibilité des rapports sur les priorités en vertu de l'accord de 2004.
- Les administrations rendent compte régulièrement à leur public des résultats dans le domaine de la santé et du rendement du système de santé (p. ex., rapports annuels des ministres de la Santé et rapports sur des thèmes concrets).

#### Prochaines étapes pour l'élaboration des données et des indicateurs

- La capacité et l'intérêt de toutes les administrations de présenter des rapports comparables reposent sur la disponibilité d'indicateurs pertinents et adéquats sur le plan technique. Le gouvernement fédéral s'attache à améliorer les données et les indicateurs comme moyen d'encourager les PT à améliorer leurs rapports sur le système de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), organisme FPT indépendant et sans but lucratif, est en bonne position pour poursuivre les travaux d'élaboration des indicateurs. L'ICIS fournit les données essentielles et les analyses nécessaires pour documenter les rapports sur le système des soins de santé canadien, et travaille de concert avec les gouvernements FPT sur l'élaboration des données et des rapports sur le rendement du système des soins de santé.
- Le gouvernement fédéral a fourni à cette fin un financement supplémentaire à l'ICIS dans le budget 2007 (22 millions par an sur cinq ans) en vue d'augmenter la capacité de travailler avec les PT à l'élaboration d'indicateurs et de données comparables pour améliorer le système de rapport en matière de santé.

- En bref, le gouvernement fédéral :
  - continue à jouer un rôle de chef de file dans la collecte et la publication d'informations sur la santé aux Canadiens et Canadiennes (c.-à-d., rapports de Statistique Canada et de l'ICIS);
  - a investi de fortes sommes dans l'ICIS afin d'offrir des données plus nombreuses et améliorées à la population canadienne et aux provinces et territoires. Le budget 2007 prévoyait une somme supplémentaire de 22 millions de dollars pour l'ICIS (110 millions de dollars sur cinq ans) à consacrer en grande partie à poursuivre l'élaboration d'indicateurs de santé comparables. Cette somme vient s'ajouter aux 35 millions de dollars par année consacrés au renouvellement de l'initiative du carnet du route. Cela amène le financement total annuel consacré à l'ICIS à 81 millions de dollars;
  - prêche par l'exemple au moyen du rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé, qui est publié sur une base bisannuelle depuis 2002 pour rendre compte de l'évolution des engagements pris dans le cadre de l'accord;
  - participe depuis récemment à un groupe de travail FPT chargé d'élaborer des données et indicateurs comparables sur la santé des Autochtones.

---

## ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE

### SANTÉ DES AUTOCHTONES

---

#### **Plan directeur de la santé des Autochtones**

La réunion des premiers ministres tenue à Kelowna (C.-B.) les 24 et 25 novembre 2005 répondait à l'engagement des gouvernements FPT de convoquer une réunion de premiers ministres consacrée aux questions autochtones. Les divers paliers ont tenu promesse, déposant à l'occasion le *Plan directeur de la santé des Autochtones*, qui présentait des initiatives concrètes en vue d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones. Le *plan directeur* venait satisfaire à son tour l'engagement d'explorer des moyens pratiques de préciser les rôles et responsabilités pour présenter un rapport un an après.

#### **Des investissements fédéraux de 700 millions de dollars**

Le budget de 2005 venait confirmer l'allocation de 700 millions de dollars à l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), au Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones (FASSA) (dit également Fonds de transition) et à des investissements en amont pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chez les Autochtones. Les travaux avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones pour la mise en œuvre des diverses initiatives se poursuivent.

#### **Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones (FASSA) – 200 millions de dollars sur cinq ans**

Le gouvernement du Canada va continuellement de l'avant pour ce qui est de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans et de projets dans le cadre des trois enveloppes budgétaires du FASSA.

Enveloppe pour l'adaptation :

- Soutient les gouvernements provinciaux et territoriaux dans l'adaptation de leurs programmes de santé existants aux besoins propres à tous les peuples autochtones, y compris ceux résidant dans les zones urbaines et les établissements et communautés métis. La plupart des provinces ont présenté une demande pour des fonds de planification et, pour l'instant, six plans d'adaptation provinciaux ont été approuvés, un septième étant présentement à l'étude.

Enveloppe pour l'intégration :

- Soutient les activités des Premières nations et des communautés inuites en vue d'améliorer la coordination et l'intégration des systèmes de santé provinciaux/territoriaux et des services de santé fédéraux fournis dans ces communautés. Tous les plans d'intégration régionale ont été présentés et approuvés. De plus, 81 projets d'intégration ont été approuvés (mars 2008) et la phase de la mise en œuvre s'est amorcée.

Enveloppe pancanadienne :

- Soutient des initiatives d'intégration et d'adaptation inter-administrations dans trois volets : Premières nations, Inuits et Métis; financement des capacités des organisations autochtones nationales et des régions de Santé Canada en vue de faciliter la participation des peuples autochtones au FASSA; activités d'évaluation et de transfert du savoir; et administration globale du FASSA. Les plans pancanadiens ont été approuvés pour l'APN, l'ITK et le RNM, un total de onze projets ayant été retenus à ce jour.

#### **Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) – 100 millions de dollars sur cinq ans**

Le gouvernement du Canada est en train de donner suite aux engagements pris à l'égard des programmes faisant partie de l'IRHSA. Cette initiative se donne quatre cibles en vue de satisfaire les buts de programme :

- Doubler le nombre de bourses offertes aux Autochtones pour faire carrière dans le domaine de la santé en l'espace de cinq ans :
  - L'IRHSA a augmenté le financement prévu pour les étudiants autochtones désirant faire carrière dans le domaine de la santé, en passant de 500 000 \$ en 2004 à son niveau actuel de 3 millions de dollars par année, ce qui triple le nombre de bourses accordées chaque année.
- Doubler le nombre de professionnels de la santé Autochtones en l'espace de 10 ans :
  - Les bourses plus nombreuses désormais accordées aux Autochtones sont en train de se traduire par une augmentation du nombre d'étudiants autochtones poursuivant une carrière dans le domaine de la santé et finiront par multiplier le nombre de professionnels de la santé Autochtones dans les années à venir.
- Augmenter d'un tiers le nombre de directeurs/administrateurs de la santé agréés sur réserve en l'espace de cinq ans :
  - Les travaux en cours en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations aboutiront d'ici l'année prochaine à la mise au point et à la validation des compétences essentielles que doivent posséder les gestionnaires, processus qui se traduira par la certification de tous les gestionnaires de santé des Premières nations par des établissements d'enseignement agréés.
- Augmenter de 50 % le nombre d'établissements d'enseignement postsecondaire dotés de programmes de soutien aux étudiants autochtones dans le domaine de la santé, en l'espace de cinq ans :
  - Les travaux sont en cours dans chacune des régions de Santé Canada en vue de mettre en œuvre des programmes de soutien aux étudiants autochtones désirant faire carrière dans le domaine de la santé, et on s'attend à atteindre cette cible dans les deux ou trois années à venir.

*Investissements en amont pour la promotion de la santé et la prévention des maladies – 400 millions de dollars sur cinq ans*

Le budget 2005 a confirmé l'allocation de 400 millions de dollars sur cinq ans aux initiatives et aux programmes suivants : Initiative sur le diabète chez les Autochtones (190 millions de dollars); Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (65 millions de dollars); Programme de soins de santé maternelle et infantile (110 millions de dollars); Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (17,5 millions de dollars, Santé Canada); et Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et aux collectivités du Nord (17,5 millions de dollars, Agence de santé publique du Canada).

Le gouvernement du Canada a rempli ou ne tardera pas à remplir les engagements pris en ce qui a trait aux investissements en amont dans le cadre de ses politiques et programmes. La collaboration avec les provinces et les territoires à ce chapitre varie d'une région à l'autre en fonction des différences régionales en ce qui a trait aux modes de prestation des services et des enjeux et priorités intéressant les diverses administrations. Dans l'ensemble, la collaboration avec les provinces et les territoires a augmenté progressivement au niveau des programmes.

**Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) :**

- Élargie en 2006, l'IDA est un programme communautaire de prévention, de dépistage et de soins primaires. Plus de 600 communautés de Premières nations et d'Inuits ont accès à des activités de promotion de la santé et de prévention du diabète financées par l'IDA.
- L'objectif principal de l'IDA consiste à réduire le diabète de type 2 chez les Autochtones moyennant toute une gamme de services de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et de soins, le tout étant offert par un plus grand nombre de fournisseurs de soins compétents ainsi que de travailleurs se spécialisant dans le diabète.
- L'IDA soutient également les Métis, les Autochtones résidant hors réserve ainsi que les Inuits urbains en finançant des projets de prévention primaire en réponse à des demandes formulées à l'échelle nationale, une cinquantaine de projets étant financés en 2007-2008.

- En 2007-2008, 86 travailleurs communautaires de prévention du diabète ont été recrutés et formés, ce qui amène le total de personnes ayant reçu cette formation à 130.
- En 2006-2007, des fonds ont été alloués à deux projets de surveillance du diabète chez les Premières nations, examinés par les pairs. D'ici la fin de 2007-2008, un projet de surveillance du diabète aura démarré dans une vingtaine de communautés de Premières nations partout au Canada et un partenariat aura été établi avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de soutenir les recherches au niveau de l'intervention.

#### Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA) :

- Le but de la SNPSJA consiste à augmenter les facteurs de protection dont le renforcement du ressort psychologique ainsi que la réduction des risques liés au suicide. La stratégie comporte quatre éléments clés :
  1. activités de prévention primaire visant surtout la promotion de la santé mentale et la sensibilisation du public;
  2. activités de prévention secondaire appuyant les approches communautaires collectives en matière de prévention de suicide dans les collectivités des Premières nations et chez les Inuits;
  3. activités de prévention tertiaire visant à augmenter l'efficacité des interventions en situation de crise dans les collectivités des Premières nations et chez les Inuits;
  4. développement des connaissances en vue d'en savoir davantage sur le suicide et sa prévention dans les collectivités autochtones.
- En ce moment, quelque 140 projets sont en train d'être financés partout au Canada; il s'agit de projets communautaires conçus pour répondre aux besoins concrets et aux circonstances des jeunes en vue de prévenir le suicide.
- Pour faire participer les jeunes et renforcer la documentation relative aux pratiques sûres et efficaces de prévention du suicide, la SNPSJA est en train de financer la mise en œuvre de cinq projets de démonstration sur la promotion de la santé mentale.

#### Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) :

- Dans les réserves, le PSSMI cherche à ajouter aux services déjà offerts, notamment les soins infirmiers, le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale en vue d'améliorer la santé des femmes enceintes et des familles ayant des nourrissons et des enfants en bas âge. Les éléments du programme comprennent des visites à domicile, le dépistage et l'évaluation, la prise en charge et l'intégration de la dimension culturelle aux soins.
- Dans le Nord, le financement fourni vise à améliorer les programmes de promotion de la santé que Santé Canada prévoit déjà pour les femmes enceintes et les familles ayant de jeunes enfants, servant ainsi de complément aux services offerts par la province ou le territoire où elles résident.
- D'ici la fin de 2007-2008, le programme fournira des soins à domicile par des infirmières et des visiteurs familiaux aux femmes enceintes et aux familles ayant des enfants en bas âge dans quelque 70 communautés de Premières nations.
- Cette cible de 70 communautés exclut la région de l'Ontario, dont la situation lui est tout à fait propre. En Ontario, il existe un niveau élevé de collaboration en ce qui a trait à la planification entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Ainsi, les fonds fédéraux, qui ont commencé à être distribués aux communautés de l'Ontario à l'automne 2007, financeront jusqu'à concurrence de 50 projets tout en améliorant les services dans d'autres communautés.
- La région du Québec a pu amorcer la mise en œuvre de cinq projets au début de 2008, à l'issue de discussions fructueuses avec les organisations des Premières nations en vue d'envisager l'adoption du programme au Québec.

#### Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)

- Le PAPAR prépare les jeunes enfants autochtones de la naissance à l'âge de six ans pour aller à l'école en répondant à leurs besoins émotifs, sociaux, culturels et psychologiques, en plus de leurs besoins en matière de santé et de nutrition.

- Le programme met l'accent sur la promotion des langues des Premières nations, des activités pédagogiques en vue de préparer les enfants pour l'école ainsi que des activités de promotion d'une bonne alimentation, favorisant les choix de styles de vie sains et l'activité physique.
- Le PAPAN s'est élargi pour atteindre plus de 9 000 enfants. En 2006-2007, la gestion des immobilisations du PAPAN s'est améliorée, 7 millions de dollars ayant été transférés aux régions à l'appui des grands projets.

### **Autres investissements en services de santé historiquement fournis aux Premières nations et aux Inuits**

Le gouvernement du Canada a continué à investir dans les services de santé historiquement fournis aux Premières nations et aux Inuits dans ses budgets de 2006, 2007 et 2008.

- En 2006, 234 millions de dollars ont été réservés aux investissements dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, le développement des jeunes enfants, et l'adaptation des systèmes de santé afin de mieux répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits.
- Le budget de 2007 a augmenté le financement destiné à la santé des Premières nations et des Inuits de 126 millions de dollars pour atteindre des dépenses totales d'environ 2,1 milliards. Cette majoration comprend 60 millions de dollars pour le soutien des services de santé existants pour les Premières nations et les Inuits ainsi que 15 millions de dollars à l'appui de formes novatrices de prestation des services de santé, y compris des accords tripartites entre les provinces et les territoires, les Premières nations et les Inuits.
- Le budget de 2008 prévoit 147 millions de dollars sur les deux années à venir en vue de stabiliser les programmes en cours et d'instituer des améliorations concrètes devant aboutir à des résultats plus probants en ce qui a trait à la santé des Premières nations et des Inuits. Les fonds favorisent des améliorations dans la prestation des soins de santé par une intégration plus poussée avec les administrations provinciales et territoriales qui s'occupent de la santé. Le budget 2008 accorde également plus de 330 millions de dollars sur les deux années à venir à l'expansion du plan d'action sur l'eau potable dans les communautés des Premières nations. Sur cette somme de 330 millions de dollars, Santé Canada recevra environ 55 millions de dollars.

### **Explorer les questions touchant la santé des Métis**

Le gouvernement du Canada poursuit ses travaux en vue d'explorer les questions touchant la santé des Métis en collaboration avec d'autres paliers de gouvernement et les dirigeants Métis, dont un accord de 10 millions de dollars conclu en février 2007 dans le cadre de l'IRHSA en vue de soutenir les ressources humaines en santé des Métis, et un accord de 714 000 \$ conclu en janvier 2007 dans le cadre du FASSA pour aider les Métis à planifier l'adaptation et l'intégration améliorées des services de santé en vue de mieux satisfaire les besoins de leur peuple. Une somme supplémentaire de 625 000 \$ destinée au financement des capacités à même le FASSA a été fournie par les ententes conclues en 2005-2006 et 2006-2007 pour appuyer le travail des Métis à ce chapitre.

## **Reddition de comptes**

La réunion spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones s'est traduite par un engagement en vue d'explorer des moyens pratiques de préciser les rôles et responsabilités des diverses parties et de rendre compte des résultats aux premiers ministres et aux dirigeants autochtones un an après. Cet engagement faisait partie de l'élaboration d'un plan directeur en vue d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones.

Le *Plan directeur de la santé des Autochtones* a été déposé lors de la réunion des premiers ministres sur les questions autochtones, qui s'est déroulée à Kelowna (C.-B.) les 24 et 25 novembre 2005. Le *Plan directeur* a répondu à l'engagement d'explorer des moyens pratiques de préciser les rôles et responsabilités et de rendre compte des résultats en l'espace d'un an. Ce plan a servi à explorer et à mettre au point de nouvelles démarches en vue d'en arriver à une prestation impeccable des soins de santé d'une manière fidèle au mandat et aux questions d'ordre administratif et à la satisfaction des premiers ministres et des dirigeants nationaux des Autochtones.

## **COMMENTAIRES DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ**

Dans son rapport annuel 2006, le Conseil canadien de la santé a critiqué le gouvernement fédéral à certains égards, dont les aspects clés suivants :

- inaction perçue en ce qui a trait au *Plan directeur de la santé des Autochtones*;
- questions concernant l'adéquation des investissements pour renforcer la capacité des ressources humaines en santé autochtone et augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones;
- financement pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones;
- le plan et l'orientation globale du gouvernement fédéral en ce qui a trait au financement des programmes de santé autochtones.

Le rapport de 2006 recommandait au gouvernement fédéral de fournir une orientation claire en ce qui a trait au Plan directeur de la santé des Autochtones et l'accord de Kelowna tout en soulignant son plan et son orientation globale à l'appui de la santé autochtone. Le rapport ne s'est pas penché sur d'autres engagements du gouvernement fédéral, tels l'IRHSA ou les investissements en amont pour la promotion de la santé et la prévention des maladies.

## ANNEXE C LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Ministère des Finances</p> <p>Krista Campbell, chef principale, Division des relations fédérales-provinciales, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, Bureau du directeur</p> <p>Yves Giroux, directeur, Politique sociale, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale</p> <p>Jonathan Roy, analyste principal de la politique, Santé/Justice/Culture, Politiques sociales, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique de la santé</p> <p>Kathryn McDade, directrice générale, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique de la santé</p> <p>Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p> <p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Jane Billings, sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la planification et interaction de la santé publique</p> <p>Arlene King, directrice générale, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses</p>	2008/04/17	24
<p>Institut canadien d'information sur la santé</p> <p>Glenda Yeates, présidente-directrice générale</p> <p>Kathleen Morris, consultante</p> <p>Conseil canadien de la santé</p> <p>Jeanne Besner, présidente</p> <p>Albert Fogarty, conseiller</p> <p>Donald Juzwishin, chef de la direction</p>	2008/05/06	27

<b>Organisations et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
Association canadienne des institutions de santé universitaires Jean Bartkowiak, président-directeur général, Service de santé SCO Arthur S. Slutsky, vice-président de recherche, Hôpital St. Michael Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D) Russell Williams, président Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers Linda Silas, présidente Association canadienne du médicament générique Jim Keon, président Association canadienne des soins de santé Denise Desautels, directrice, Politiques et communications Pamela Fralick, présidente et chef de la direction  Congrès du travail du Canada Barbara Byers, vice-présidente exécutive Teresa Healy, analyste principale, Service des politiques économiques et sociales Association des pharmaciens du Canada Jeff Poston, directeur général Société canadienne de science de laboratoire médical Kurt Davis, directeur général Syndicat canadien de la fonction publique Paul Moist, président national L'Alliance sur les temps d'attente Lorne Bellan, co-président Jean-Luc Urbain, co-président	2008/05/13	29
Coalition canadienne de la santé Michael McBane, coordonnateur national Association canadienne des aliments de santé Anne Wilkie, vice-présidente, Chef des affaires réglementaires	2008/05/27	31

Organisations et individus	Date	Réunion
Secrétariat des professionnelles et professionnels de la santé du Canada		
Elisabeth Ballermann, co-présidente		
Association médicale canadienne		
Brian Day, président		
William Tholl, secrétaire général et chef de la direction		
Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Lisa Little, directrice par intérim, Politiques publiques		
Marlene Smadu, présidente		
Inuit Tapiriit Kanatami		
Onalee Randell, directrice, Département de la santé et de l'environnement		
Institut d'études canadiennes de McGill		
Antonia Maioni, directrice		
Organisation nationale de la santé autochtone		
Paulette Tremblay, présidente-directrice générale		



## **ANNEXE D LISTE DES MÉMOIRES**

---

### **Organisations**

---

**Association canadienne des aliments de santé**  
**Association canadienne des institutions de santé universitaires**  
**Association canadienne des soins de santé**  
**Association des infirmières et infirmiers du Canada**  
**Association des pharmaciens du Canada**  
**Association médicale canadienne**  
**Coalition canadienne de la santé**  
**Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers**  
**Institut d'études canadiennes de McGill**  
**Inuit Tapiriit Kanatami**  
**L'Alliance sur les temps d'attente**  
**Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)**  
**Organisation nationale de la santé autochtone**  
**Recherche Canada: Une alliance pour les découvertes en santé**  
**Secrétariat des professionnelles et professionnels de la santé du Canada**  
**Société canadienne de science de laboratoire médical**  
**Syndicat canadien de la fonction publique**



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du *Règlement*, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Un exemplaire des *Procès-verbaux* pertinents ([réunions n<sup>os</sup> 24, 27, 29, 31, 34 et 35](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée



## **Rapport libéral pour l'examen du plan de 2004 (Opinion complémentaire)**

Quand, en septembre 2004, les premiers ministres se sont réunis avec les dirigeants autochtones et ont ensuite souscrit à un historique plan décennal pour consolider les soins de santé, l'atmosphère était au consensus et à l'espoir.

Depuis son élection en janvier 2006, le gouvernement conservateur a montré qu'il n'avait pas pour priorité de tenir les engagements de l'État canadien aux termes du plan. Il n'a pris aucune initiative dans les sphères de compétence partagée et n'a à peu près rien fait dans les sphères de compétence fédérale.

En relisant le plan, on se sent ramené à une meilleure époque :

« Ces dernières années, un dialogue permanent entre les gouvernements, des patients, des fournisseurs de soins et plus généralement, les Canadiens et les Canadiennes, a donné lieu à un profond et vaste consensus sur un programme commun de renouvellement du système de santé au Canada. L'objet principal de ce programme est de veiller à ce que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux soins dont ils ont besoin quand ils en ont besoin. »

Le « dialogue permanent » s'est ni plus ni moins interrompu. Les réunions des ministres fédéral et provinciaux sont annulées l'une après l'autre. Les groupes de travail sur les ressources humaines en santé et sur une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques ne comptent à peu près aucune présence fédérale. Ayant adopté la position tout à fait rigide que la santé est une compétence provinciale, le gouvernement conservateur refuse d'y participer. La santé des Canadiens est manifestement une sphère de compétence qui intéresse tous les ministères, tous les ordres de gouvernement et tous les secteurs. Il n'y a pas à Ottawa de partenaire pour la santé et les soins de santé.

Au moment du plan décennal, il était clair que la confiance dans le système de santé s'effritait à cause de la longueur des temps d'attente :

« Les premiers ministres conviennent que l'accès à des soins en temps opportun dans tout le Canada constitue notre plus grande préoccupation et une priorité nationale. Ils se sont réunis et ont convenu d'un plan d'action fondé sur les principes suivants :

- universalité, accessibilité, transférabilité, intégralité et gestion publique;
- accès à des services médicalement nécessaires fondés sur le besoin et non pas sur la capacité de payer;

- réformes axées sur les besoins des patients afin de veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et où ils en ont besoin;
- collaboration entre tous les gouvernements qui travaillent ensemble dans un but commun qui est de répondre aux besoins changeants de tous les Canadiens en matière de soins de santé;
- réalisation de progrès par la mise en commun des pratiques exemplaires;
- reddition de comptes et transmission d'informations en permanence aux Canadiens afin de les renseigner sur les progrès accomplis;
- allocation d'une certaine souplesse aux provinces et aux territoires. »

Malheureusement, comme la Loi canadienne sur la santé n'est pas appliquée comme il faut, il y a des endroits au Canada où l'on peut payer pour passer avant les autres. La collaboration convenue aux termes des principes susmentionnés s'est complètement arrêtée. Les meilleures pratiques continuent de se partager au coup par coup et les secteurs de responsabilité fédérale comme la santé des autochtones, des militaires, des anciens combattants, etc. n'apprennent rien des provinces comme ils le feraient s'il y avait des structures et des communications.

Le plus décevant, c'est que les Canadiens continuent d'être mal renseignés sur les progrès accomplis. Pour pouvoir comparer la situation dans sa province ou son territoire avec celle des autres, il faut disposer de données comparables et transparentes. Le gouvernement a interprété l'octroi d'une « certaine souplesse aux provinces et aux territoires » comme une abdication totale de son obligation de rendre compte des résultats. Les 42 milliards de dollars devaient servir à « faire bouger les choses ». En l'absence de mécanismes d'information, les Canadiens ne savent pas si leur argent a été bien dépensé ou non.

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

Les premiers ministres se sont engagés à réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue d'ici le 31 décembre 2007 compte tenu des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et des territoires. Les Canadiens s'attendaient à ce que toutes les provinces fassent rapport des progrès réalisés dans les cinq domaines prioritaires. Or chacune des provinces s'est limitée à un seul domaine.

Les premiers ministres ont convenu de fournir à la population canadienne des informations cohérentes sur la réduction des temps d'attente :

« Chaque province et chaque territoire convient d'établir des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de

diagnostic et de traitement, d'ici le 31 décembre 2005, et d'en rendre compte à ses citoyens. »

Chose faite.

« Des points de repère fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue seront établis d'ici le 31 décembre 2005 au cours d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. »

Chose faite.

« Chaque province et chaque territoire établira d'ici le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère. »

Lettre morte.

« Les provinces et les territoires remettront chaque année à leurs citoyens des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente. »

Lettre morte.

### **Plans d'action stratégiques sur les ressources humaines en santé**

La pénurie de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de techniciens et autres professionnels de la santé prend des proportions critiques au Canada, tout le monde le reconnaît. Elle est particulièrement aiguë dans certaines régions.

Les premiers ministres ont convenu de poursuivre et d'accélérer l'élaboration de plans d'action sur les ressources humaines afin qu'il y ait des professionnels de la santé en nombre suffisant dans toutes les disciplines.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu d'« élaborer des plans, fondés sur leur évaluation des lacunes, en vue d'augmenter la réserve de professionnels de la santé, et de rendre ces plans publics d'ici le 31 décembre 2005 ». Ils se sont engagés à publier ces engagements et à rendre compte régulièrement des progrès accomplis. Or, s'il y a eu des progrès, les Canadiens ne le savent toujours pas.

Le gouvernement fédéral s'est engagé à :

« accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger »

Les Canadiens craignent que la situation ne se soit guère améliorée à cet égard. Le gouvernement fédéral s'est engagé à aider. Il lui incombe de rendre compte clairement des progrès réalisés dans ce domaine.

« instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langue officielle afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités »

Il incombe au gouvernement fédéral d'indiquer clairement jusqu'à quel point on est parvenu à augmenter le nombre des professionnels de la santé chez les groupes en question. Le plan décennal affectait 100 millions de dollars aux ressources humaines en santé pour les autochtones. Pour améliorer l'état de santé de nos peuples autochtones, il faut de toute urgence plus de professionnels de la santé autochtones. Le gouvernement fédéral a la responsabilité morale et constitutionnelle de renseigner les Canadiens sur les progrès réalisés dans ce dossier primordial et d'investir davantage si les progrès tardent à se manifester.

« prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé »

Le gouvernement fédéral doit faire davantage pour réduire le fardeau financier des étudiants en sciences de la santé. Depuis l'adoption du plan décennal, la dette moyenne des étudiants en médecine n'a cessé d'augmenter. Le revenu moyen des parents d'étudiants en médecine est à la hausse. Le gouvernement fédéral doit intervenir car l'endettement des étudiants constitue un facteur dissuasif inacceptable pour les jeunes issus de familles à revenu faible ou moyen.

« prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé »

Le gouvernement fédéral a complètement renoncé à jouer un rôle actif dans la planification des ressources humaines en santé; il doit offrir les incitations et les ressources nécessaires pour que les ressources humaines en santé soient en nombre optimal pour une population vieillissante. Le Canada devrait suivre l'exemple de la Norvège en établissant des lignes directrices déontologiques destinées à attirer des professionnels de la santé formés à l'étranger.

## **Soins à domicile**

Même en l'absence de consensus sur l'établissement dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé d'une stratégie globale et nationale en matière de soins à domicile, tous les gouvernements ont reconnu la valeur des soins à domicile comme moyen économique de fournir les services et sont en train d'organiser des services de santé à domicile destinés à prévenir ou à suivre l'hospitalisation.

Les premiers ministres ont convenu de « couvrir à partir du premier dollar avant 2006 un certain nombre de services à domicile en fonction des besoins déterminés ». Chaque province et chaque territoire devait « établir un plan de mise en œuvre graduelle de ces services et rendre compte chaque année à ses citoyens des progrès réalisés dans leur mise en œuvre ». Les premiers ministres ont chargé leurs ministres de la Santé d'explorer les mesures à prendre pour respecter l'engagement en matière de soins à domicile et de leur présenter un rapport à ce sujet avant le 31 décembre 2006.

Certaines provinces ont fait des progrès dans ce domaine, mais les Canadiens ne sont pas vraiment en mesure de comparer les provinces entre elles. Le gouvernement fédéral ne s'est pas donné la peine de recueillir les plans de mise en œuvre promis ni d'explorer les mesures à prendre pour remplir l'engagement en matière de soins à domicile ou pour que les provinces rendent compte des progrès accomplis à leurs citoyens comme le prévoit le plan décennal.

## **Réforme des soins primaires**

Voici ce qu'on pouvait lire dans le communiqué : « Toutes les provinces et tous les territoires accordent une grande priorité à l'accès en temps opportun aux soins primaires que devra apporter la réforme du système de santé. Les provinces et les territoires sont en train de réaliser des progrès importants en vue de respecter l'objectif établissant que, d'ici 2011, la moitié des Canadiens et des Canadiennes auront accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des équipes multidisciplinaires. » L'engagement des premiers ministres à créer le Réseau des pratiques exemplaires comme moyen de partager les informations et de surmonter les obstacles à la réforme des soins de santé primaires comme le champ de pratique professionnel et de rendre régulièrement compte des progrès réalisés n'a reçu aucun soutien du gouvernement fédéral. On a laissé expirer le populaire Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. L'abdication de responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine des ressources humaines en santé constitue une énorme entrave au progrès.

Même si les premiers ministres ont reconnu que « les télédossiers de santé et la télésanté jouent un rôle clé dans le renouvellement du système de santé, surtout pour les Canadiens et les Canadiennes qui vivent dans des régions rurales et éloignées », l'engagement qu'ils ont pris d'accélérer la mise en place des télédossiers, y compris la prescription électronique, et d'améliorer par la télésanté l'accès des collectivités éloignées et rurales aux services ne s'est guère concrétisé. L'infrastructure de la santé coûte cher, mais comme elle est intimement liée à l'accessibilité des services, à la qualité des soins et à la sécurité des malades, elle devrait constituer pour le gouvernement fédéral une

priorité aussi grande qu'était il y a un siècle la construction du Chemin de fer Canadien Pacifique.

### **Accès aux soins dans le Nord**

Le gouvernement fédéral a convenu d'aider à relever les défis que posent la mise sur pied et la fourniture de services de santé dans le Nord, notamment les frais de transport des malades. Le gouvernement de Paul Martin a accordé aux territoires un supplément de 150 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre d'un fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires visant à faciliter les réformes à long terme de la santé, créé un groupe de travail fédéral-territorial chargé de gérer le fonds et convenu de contribuer directement au transport des malades. En 2005, le gouvernement du Canada et les territoires ont annoncé leur vision pour le Nord comme ils l'avaient promis dans le plan décennal.

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

Les premiers ministres ont convenu que personne ne devait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires. L'accès à des médicaments à prix abordable est essentiel à l'équité sanitaire pour tous.

Quant au groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques que les ministres de la Santé ont mis sur pied, il est aujourd'hui moribond. Le gouvernement fédéral refuse d'y nommer un coprésident. Il y a eu donc très peu de progrès sur les fronts mentionnés dans le plan sauf ce que chaque province ou territoire a pu faire de son propre chef. Le rêve d'une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques n'est plus qu'un lointain souvenir.

« formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada »

Lettre morte.

« créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité »

Lettre morte.

« accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments »

Il y a eu des progrès à cet égard sous la direction du ministre Dosanjh.

« renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché »

Il y a eu un début [MED EFFECT - <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advers-react-neg/index-eng.php>].

« appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens et aux Canadiennes »

Lettre morte.

« intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème ».

Lettre morte.

« élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé »

À pas de tortue.

« accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés »

Lettre morte.

« améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments »

Lettre morte.

[Il est entendu que le Québec conservera son propre programme d'assurance médicaments.]

### **Prévention, promotion et gestion de la santé publique**

Les premiers ministres ont beau avoir reconnu l'importance du développement sain des enfants et les gouvernements avoir largement collaboré dans le cadre de l'Initiative pour le développement de la petite enfance, le gouvernement conservateur a déchiré les accords que l'État canadien avait signés avec les provinces.

L'engagement à continuer de collaborer à des réponses coordonnées aux éclosions de maladies infectieuses et à d'autres urgences de santé publique se concrétise heureusement grâce au nouveau Réseau de santé publique coprésidé par les D<sup>rs</sup> David Butler Jones et Perry Kendal.

L'État fédéral s'était engagé à subventionner la mise au point de vaccins nécessaires dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation vaccins et à augmenter l'immunisation des enfants, mais le gouvernement conservateur a laissé expirer les fonds d'immunisation des enfants et décidé unilatéralement de subventionner l'élaboration du vaccin du papillomavirus sans prioriser les vaccins en collaboration avec les provinces dans le cadre de la Stratégie nationale d'immunisation.

Les gouvernements se sont engagés à accélérer l'élaboration d'une Stratégie pancanadienne pour la santé publique, mais c'est le calme plat sur ce front depuis l'élection du gouvernement conservateur. En décembre 2005, les ministres de la Santé ont approuvé les Objectifs de santé pour le Canada comme le prévoyait le plan décennal. Ils ne sont cependant pas passés à l'étape suivante pourtant essentielle, c'est-à-dire l'établissement d'indicateurs et de cibles en collaboration avec les experts et les intervenants. La stratégie devait s'attaquer aux grands facteurs de risque comme l'inactivité physique et comporter des efforts intégrés de lutte contre les maladies. Or les 300 millions de dollars affectés à la lutte intégrée contre les maladies ont servi à combattre certaines maladies au lieu de travailler sur les facteurs de risque modifiables et les déterminants sociaux de la santé. Il est même difficile de savoir si le gouvernement fédéral a aidé les premiers ministres provinciaux et territoriaux dans leurs efforts multisectoriels au moyen d'initiatives comme « Écoles en santé ».

### **Innovation en santé**

Les premiers ministres ont reconnu qu'un système de santé solide et moderne constituait la pierre angulaire d'une économie saine. Le gouvernement fédéral n'a pas tenu l'engagement qu'il avait pris de continuer à investir dans les activités favorables à l'innovation en santé. Les investissements dans les Instituts de recherche en santé du Canada et dans Génome Canada plafonnent à un niveau inquiétant et le soutien apporté à des organismes comme le Conseil canadien de la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Inforoute de la santé ne suffit pas à stimuler l'innovation en santé et en systèmes de santé.

### **Information des citoyens**

Tous les gouvernements ont convenu de renseigner leurs administrés sur la performance de leur système de santé et de solliciter les conseils d'experts et de fournisseurs de soins sur les indicateurs de performance les mieux appropriés. Mais sans indicateurs communs ni mécanisme commun de communication des résultats, l'information des citoyens est vouée à l'insignifiance. Le système de communication des données de la Saskatchewan pourrait servir de modèle, car il montre les domaines où les choses vont bien, ceux où les choses s'améliorent et ceux enfin où des problèmes continuent de se poser.

Tous les arrangements de financement prévus par le plan décennal exigeaient que les provinces et les territoires remettent des rapports à leurs citoyens, mais la qualité des comptes rendus ne s'est guère améliorée.

Le rapport annuel que publie le Conseil de la santé sur l'état de santé des Canadiens repose sur des données qui laissent à désirer et ne comporte même pas cette année de tableau permettant de comparer les provinces entre elles.

### **Prévention et résolution des différends**

Même si les provinces ont reconnu qu'elles acceptaient l'échange de lettres de 2002 au sujet de prévention des différends, le gouvernement fédéral a seulement évité les différends en prétendant qu'il n'y en a pas. Pourtant il y a d'évidents problèmes partout au Canada comme le refus du Nouveau-Brunswick de payer les interruptions de grossesse en milieu sûr dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

### **Conclusion**

Cet examen revient à accorder une note à un étudiant qui a séché tous ses cours et n'a même pas passé l'examen. Prié de dresser un rapport sur les suites données au plan décennal à l'intention du Comité permanent de la santé, le ministre s'est contenté de déposer des rapports préexistants. Le gouvernement manque à ses obligations non seulement envers ce comité parlementaire, mais envers le peuple canadien.



**Opinion supplémentaire du NPD à l'examen du Comité permanent de la santé portant sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé, juin 2008, par Judy Wasylycia-Leis, députée**

À titre d'élément moteur du régime de santé public du Canada, le NPD a toujours préconisé, depuis ses débuts, un régime de santé public exhaustif, universel et sans but lucratif où l'accès aux services serait basé sur les besoins et non sur le portefeuille. À l'instar des Canadiens ordinaires, nous sommes fiers de ce que nous avons accompli ensemble jusqu'à maintenant et sommes résolus à conserver et à améliorer nos acquis. Nous en sommes aujourd'hui à ce que Tommy Douglas, fondateur de l'assurance-maladie, appelait la « deuxième étape » du régime de santé public : l'élargir de façon à y inclure d'autres éléments essentiels, comme les soins à domicile, la couverture des médicaments, les soins à long terme et les soins dentaires, et le remanier de fond en comble pour optimiser la prestation des soins primaires et des programmes de prévention des maladies.

Le Plan décennal de 2004 et l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, qui l'a engendré, sont arrivés à point nommé. Les Canadiens accordaient la plus haute importance au régime de santé, qui, victime de sous-financement et de négligence, n'a pu que s'éroder. La menace de la privatisation grandissait et, vu l'absence d'opposition de la part du gouvernement fédéral, elle est subrepticement devenue une réalité : des cliniques à but lucratif sont apparues ici et là dans plusieurs provinces, entraînant avec elles un cortège de frais supplémentaires. L'Alberta et d'autres provinces s'en sont prises à la *Loi canadienne sur la santé*, et les compressions budgétaires unilatérales des libéraux, en 1995 – les plus fortes compressions jamais imposées à notre budget de santé – ont entraîné la diminution des services et la pénurie de main-d'œuvre ayant à leur tour augmenté les temps d'attente pour les procédures médicales.

La Commission Romanow venait juste de déposer son rapport sur son étude approfondie de deux ans sur l'avenir des soins de santé. Sans l'aval du gouvernement, on a craint que cette vaste entreprise nationale visant à élaborer un plan directeur pour sauver l'assurance-maladie reste vaine. On s'attendait à ce que le gouvernement y réponde consciencieusement.

Le Plan décennal se voulait une invitation au renouvellement. Il y engageait de nouveau les gouvernements de tous les niveaux à respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et à apporter des améliorations stratégiques à dix domaines clés en vue de consolider les soins de santé. Dans la mesure où ses objectifs coïncidaient avec notre vision d'un régime de santé public élargi et rajeuni, nous avons salué l'arrivée du Plan décennal.

Le Plan décennal a-t-il tenu ses promesses? À peine, si l'on en croit le Conseil de la santé du Canada, organe chargé de surveiller les progrès du Plan. En effet, le Conseil de la santé a déclaré au Comité que « les accords avaient des buts louables, incontournables et ambitieux, mais ont-ils eu, à l'échelle nationale, le large impact que souhaitaient les

gouvernants? En bref, il nous reste du chemin à faire ». Qu'est-ce qui ne va pas et que pouvons-nous faire pour améliorer les domaines les plus critiques?

### **Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP)**

Vu le recours croissant à la pharmacothérapie, devenue le principal facteur de coût dans les soins de santé, appliquer le coût des médicaments au régime de santé public se veut aujourd'hui une priorité pour le NPD. La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP), qui fait partie du Plan décennal, propose à cet égard une démarche prometteuse, axée sur la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance, les médicaments coûteux pour les maladies rares, un formulaire pharmaceutique national, des stratégies pour l'établissement des prix et l'achat des médicaments ainsi que l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché. Un rapport intérimaire proposant une démarche concrète a été publié en 2006. Il a bien reçu l'aval des provinces et des territoires, mais on s'est immédiatement rendu compte que le gouvernement fédéral se désintéressait de la SNPP lorsque le ministre fédéral de la Santé a omis de se présenter à la réunion intergouvernementale de suivi. Depuis, le fédéral n'a pas cru bon de s'y intéresser davantage, à tel point que le rapport a été relégué aux oubliettes, ce qui a fait dire au Conseil de la santé que « les gouvernements n'avaient pas fait de progrès significatifs » dans ce domaine. En fait, a-t-on dit au Comité, les conservateurs travaillent même à l'encontre du Plan, car il prolonge la période d'exclusivité des médicaments de marque déposée et augmente, au lieu de réduire, les coûts provinciaux des médicaments – sans parler de l'animosité qui s'ensuit. Résultat de cette absence d'autorité : une facture de médicaments de 27 milliards de dollars pour l'année 2007, acquittée à environ 60 p. 100 par les patients eux-mêmes ou leur assurance privée.

### **Soins à domicile**

Les soins à domicile constituent une autre priorité du NPD que nous espérons voir progresser grâce au Plan. En effet, le Plan réitérait le consensus des premiers ministres quant à la place prépondérante qu'occupent les soins à domicile dans les soins de santé (la Commission Romanow avait consacré un chapitre entier à ce « prochain service essentiel »). Le Plan vise plutôt bas en accordant seulement deux semaines de couverture pour les soins intensifs et les soins de santé mentale, de même que pour les soins en fin de vie. Pourtant, selon le Conseil de la santé, « il existe encore des disparités évidentes dans l'accessibilité à des soins à domicile financés par les pouvoirs publics d'un bout à l'autre du pays », et « très peu d'administrations ont considéré une forme quelconque d'évaluation de leurs efforts de renouvellement des soins à domicile, ou ont l'intention d'en surveiller l'accessibilité et la qualité ».

Une fois de plus, l'absence d'autorité du fédéral y est pour quelque chose. Le ministre de la Santé, faisant fi de l'opinion de 80 p. 100 des Canadiens qui souhaitent une couverture accrue des soins à domicile et des soins communautaires au titre du régime public, a carrément annoncé qu'il « n'interviendrait pas » dans les soins à domicile parce que la question relève, dit-il, des provinces. Comme pour confirmer ses dires, le gouvernement a ensuite démantelé le Secrétariat mis sur pied en 2001 pour coordonner l'élaboration d'une stratégie nationale sur les soins en fin de vie. Entre-temps, le quart des Canadiens –

des femmes pour la plupart – ont dû donner des soins à un parent ou un proche l’an dernier. De ce nombre, plus de 40 p. 100 ont dû retirer une partie de leurs économies et 22 p. 100 s’absenter du travail pendant au moins un mois.

### **Temps d’attente**

Le NPD avait espéré, après sa longue lutte pour contrer les ravages des compressions imposées par les libéraux en 1995, que le Plan décennal aiderait les Canadiens à accéder aux services de santé en temps opportun. Nous voulons bien admettre qu’il y a eu, ici et là au Canada, des améliorations notables *au sein* du régime public et *à cause* du régime public, là où la réorganisation des ressources publiques avait joué en notre faveur. Toutefois, le Conseil de la santé rapporte qu’il n’y a toujours aucune donnée sur des comparaisons et des évaluations pancanadiennes et que les gouvernements n’ont toujours pas établi de cibles pour le temps d’attente dans le domaine de l’imagerie diagnostique. Une fois plus, même si les conservateurs avaient mis les temps d’attente au menu de leur plateforme électorale, le gouvernement fédéral n’a fait preuve d’aucun leadership et son inaction coûte cher. Devant l’incapacité à atteindre nos objectifs nationaux, les conservateurs se sont contentés de déplacer les cibles en se fixant de moindres objectifs. Qui plus est, depuis qu’il l’a reçu il y a au moins deux ans, le gouvernement n’a jamais donné suite au rapport du conseiller fédéral sur les temps d’attente. De bonnes recommandations (approche multidisciplinaire, analyse comparative entre les sexes) ont ainsi été mises au rancart.

L’inaction et le silence du gouvernement ne sont pas sans réjouir les entreprises à but lucratif, qui exploitent l’inquiétude de la population face aux temps d’attente en lui donnant l’illusion que le salut passe par la privatisation. Or, ce ne sont pas les ressources qui vont augmenter avec la privatisation; ce sont les coûts. Ce n’est ni un bon calcul ni une bonne politique stratégique. La privatisation fait néanmoins ressortir la pénurie croissante de personnel dans le domaine de la santé – un mal qui s’étend bien au-delà des temps d’attente.

### **Ressources humaines en santé**

Pour le NPD, les ressources humaines sont la pierre angulaire du régime de santé public; c’est pourquoi juguler la crise de personnel est indispensable à la consolidation des soins de santé. La pénurie de main-d’œuvre qui sévit dans le secteur canadien des soins de santé s’aggrave de jour en jour. Aucun domaine en particulier ni aucune région ne sont épargnés :

- on forme chaque année seulement 8 000 nouvelles infirmières, alors qu’il en faudrait 12 000 pour compenser l’usure des effectifs et la croissance démographique
- le nombre de médecin par habitant est le plus faible des pays du G8 (environ 5 millions de Canadiens n’ont pas de médecin de famille)
- la moitié de nos techniciens de laboratoire pourraient prendre leur retraite d’ici 2016
- il nous manque déjà une centaine de radiologistes à temps plein, et l’on prévoit en manquer 400 de plus d’ici 2016.

Le Plan décennal tenait compte de ces éléments, mais après l'élaboration du Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé, le Plan dont on avait un si criant besoin est tombé dans l'oubli, juste au moment où le gouvernement fédéral aurait dû lui donner un second souffle. Le Conseil de la santé a qualifié la planification de « fragmentée », car les provinces et les territoires font leur propre planification sans disposer des données pancanadiennes dont ils auraient besoin pour prendre des décisions éclairées. Les provinces doivent par ailleurs se faire concurrence pour obtenir des ressources, tandis que les petites villes tentent désespérément d'attirer les fournisseurs de soins de santé de base dont elles ont besoin. L'ampleur de la pénurie est considérable et exige l'application immédiate d'une stratégie de ressources humaines.

### **Santé des Autochtones**

La vision qu'entretient le NPD du régime de santé a toujours reconnu qu'il fallait combler le déficit dans la santé des Autochtones en améliorant à la fois les services et les déterminants de la santé. Comme l'ont affirmé la Commission royale sur les peuples autochtones ainsi que de nombreux rapports émanant du Bureau du vérificateur général et d'ailleurs, le gouvernement fédéral doit immédiatement entreprendre des mesures - d'autant plus que la santé des Inuits et des Premières nations vivant dans les réserves relève de sa responsabilité directe. Bien que le Plan décennal couvre les soins de santé dans les collectivités nordiques et qu'il ait intégré le Plan directeur de la santé des Autochtones (2004), le Conseil de la santé a remarqué que « l'importance des problèmes de santé évitables... continuait de faire l'objet de préoccupations majeures à travers le pays », et que « l'apport de fonds... était resté relativement modeste ». Pendant ce temps, le fossé entre la santé des Autochtones et celle de la population générale continue de s'élargir, en raison de la très forte incidence de diabète et d'autres maladies évitables. De toute évidence, il conviendrait de mobiliser sans plus tarder l'action gouvernementale fédérale qui, jusqu'à maintenant, a fait défaut.

### **Conclusion et recommandations**

Les soins de santé publics tiennent à cœur aux Canadiens, qui comptent sur leurs gouvernements pour maintenir et améliorer ce système. La réussite de cet effort de renouvellement est très importante pour l'ensemble des Canadiens. Au cours de l'examen par le comité, nous avons identifié les inquiétudes clés que voici, et formulé des recommandations dans le but d'y remédier.

### **Il faut du leadership fédéral dans le cadre d'une approche pancanadienne et complète**

Nous craignons que l'approche décentralisée du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux priorités nationales dans le domaine des soins de santé n'ait provoqué une perte de vision nationale, ainsi qu'un processus de renouvellement sans direction et sans leadership au niveau national.

Par conséquent, nous recommandons que le gouvernement fédéral adopte une approche nationale, pancanadienne et complète dans le dossier des soins de santé publics, fondée sur les principes et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, dotée de flexibilité

juridictionnelle et axée sur le fédéralisme asymétrique, comme le propose le Plan décennal pour consolider les soins de santé.

### **Un besoin urgent de raviver les efforts de renouvellement**

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé est presque à mi-chemin, et pourtant des témoins nous ont dit que les progrès sont insuffisants pour atteindre les objectifs du plan dans les délais prévus.

Par conséquent, nous recommandons que le gouvernement prenne des mesures urgentes pour remettre le plan sur la bonne voie dans chacun des domaines identifiés aussi rapidement que possible, notamment en :

- Mettant en œuvre les recommandations du rapport intérimaire de 2006 sur une stratégie nationale des médicaments et les recommandations du rapport du conseiller fédéral sur les temps d'attente;
- Faisant avancer le plan d'action en vertu du cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne;
- Poursuivant vigoureusement les objectifs du Plan directeur pour la santé des Autochtones de 2004 (surtout lorsque cela a trait aux mesures relevant directement de la compétence fédérale);
- Travaillant en collaboration avec les provinces et les territoires afin de rétablir le Conseil consultatif sur la gouvernance et l'imputabilité dans le cadre du processus de renouvellement; et
- Convoquant une réunion des ministres de la Santé afin d'identifier les obstacles qui entravent les progrès et pour élaborer des stratégies afin de surmonter ces obstacles.

### **Renforcer la *Loi canadienne sur la santé***

Nous craignons que la *Loi canadienne sur la santé*, notre outil principal pour protéger les soins de santé publics et la loi sur laquelle est fondé le Plan décennal pour consolider les soins de santé, ne soit ébranlée par des mesures d'application et de surveillance insuffisantes. L'industrie des soins à santé à but lucratif ne cesse de croître, ébranlant ainsi les soins de santé publics et créant sournoisement un système de santé à deux vitesses. Les rapports annuels au Parlement sur la *Loi canadienne sur la santé* ne reflètent pas cette réalité en raison de leur portée limitée et du refus du gouvernement d'effectuer les améliorations recommandées par la vérificatrice générale en 2002.

Par conséquent, nous recommandons que le ministre de la Santé applique la *Loi canadienne sur la santé* dans son intégralité, en :

- Établissant des normes pour la collecte de données relatives aux rapports et à l'application qui comprennent toutes les activités à but lucratif qui risquent d'influer sur la prestation des soins de santé publics;
- Travaillant en collaboration avec les provinces et les territoires afin de combler les lacunes dans les rapports;
- Exigeant que les transferts fédéraux soient utilisés uniquement pour la prestation des soins de santé sans but lucratif; et

Supprimant toute exigence voulant que les infrastructures de santé s'évertuent à considérer des options à but lucratif, entre autres les partenariats publics-privés.

## **Opinion complémentaire du Bloc Québécois** ***Plan décennal pour consolider les soins de santé***

---

### **RAPPEL DES FAITS : LE QUÉBEC ET L'ENTENTE DU 15 SEPTEMBRE 2004**

L'entente de septembre 2004 donnant effet au *Plan décennal pour consolider les soins de santé* comprenait un communiqué distinct pour le Québec en annexe nommé communément la « clause Québec ».

Cette clause confirmait la pleine capacité de décision et d'intervention du Québec en matière de santé, une compétence qui lui revient entièrement. Qui plus est, cette entente, reconnaissant une asymétrie dans les arrangements du gouvernement fédéral avec le Québec, spécifiait que le « financement rendu disponible par le gouvernement du Canada sera utilisé par le gouvernement du Québec pour mettre en œuvre son propre plan de renouvellement du système de santé québécois ».

La seule contrainte pour le Québec que prévoit cette entente spécifique est de souscrire « globalement aux objectifs et principes généraux énoncés par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux » dans ladite entente, dont l'objectif concerne « l'accès en temps opportun à des soins de qualité et celui visant à réduire les délais d'attente ». Or, la réduction des délais d'attente constituait déjà une priorité pour le gouvernement du Québec bien avant septembre 2004. Néanmoins, il importe de réitérer que le système de santé du Québec est différent des autres provinces et que le gouvernement du Québec doit être en mesure de prendre ses propres décisions et non de se les faire imposer par le reste du Canada.

D'ailleurs, à ce sujet, l'entente précise que « Québec applique son propre plan de réduction des temps d'attente, en fonction des objectifs, des normes et des critères établis par les autorités québécoises compétentes ».

En dernier lieu, à la toute fin du communiqué, on spécifie que « rien dans le présent communiqué ne doit être interprété d'une façon qui dérogerait aux compétences du Québec ». Ainsi, en matière de santé, le Québec demeure le seul décideur.

### **POSITION DU BLOC QUÉBÉCOIS FACE AU PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ**

Dès l'annonce de cette entente, le Bloc Québécois a dénoncé les contraintes sous-jacentes à l'entente spécifique avec le Québec : en établissant des points de repères fondés sur la preuve scientifique, le Québec sera *de facto* comparé aux autres provinces qui publieront des données similaires. Ainsi, malgré l'absence d'obligations spécifiques quant à la gestion de son système de santé, il aura une obligation politique de résultat. Il doit rester dans la moyenne des provinces en matière de temps d'attente, d'investissements et de développement sous peine d'être critiqué par sa propre

population et ce, sans tenir compte de la spécificité de la nature des soins au Québec et de la diversité des services sociaux qui la complète.

Aussi, lors de la conclusion de cette entente, le Bloc Québécois était d'avis que le Québec aurait dû obtenir la « clause Québec » *de facto* et qu'en réalité, en matière de santé, il est tout à fait normal que le Québec puisse obtenir un financement inconditionnel de la part du fédéral, étant donné qu'il s'agit là d'une compétence provinciale.

Il importe d'ailleurs de rappeler que si le Québec et les autres provinces ont aujourd'hui tant de difficulté à garantir des soins de santé à l'intérieur de délais d'attente respectables et raisonnables, c'est en raison des coupures assénées par les Libéraux en 1994 afin d'atteindre le « déficit zéro », notamment au Transfert canadien en santé et pour les programmes sociaux. Or, le Québec et les autres provinces ont dû prendre rapidement des décisions afin de pallier à ces manques et leurs systèmes de santé respectifs ont très certainement soufferts de ce désengagement du gouvernement libéral de l'époque. Encore aujourd'hui, les sommes investies ne réussissent pas à elles seules à colmater ces trous béants générés par ces coupures à même les budgets du Québec et des autres provinces.

Ainsi, le Bloc Québécois persiste et signe en la matière, se positionnant contre l'ingérence du gouvernement fédéral dans les compétences du Québec et des autres provinces en prétextant diverses stratégies pancanadiennes, y compris le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*.

## **EXAMEN PRÉVU PAR LA LOI DU PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ —POUR UN VÉRITABLE RESPECT DES COMPÉTENCES**

- A. Le rapport doit rappeler que le Québec et les autres provinces ne sont redevables qu'à leur population quant aux progrès accomplis en matière de temps d'attente.**

Bien que le rapport fasse état à son paragraphe 3 du statut particulier de l'entente de 2004 avec le Québec, entente dans laquelle le gouvernement fédéral reconnaissait un fédéralisme asymétrique et convenait de ce fait d'arrangements distincts avec le Québec, le Bloc Québécois déplore que le rapport ne fasse pas davantage état de cet accord distinct avec le Québec. À nos yeux, il est primordial d'en rappeler les paramètres chaque fois qu'il se doit dans le présent rapport.

Ainsi, à la recommandation 1 :

**« Que le gouvernement fédéral fasse rapport, comme il l'est exigé, sur les progrès accomplis en fonction de chacun des éléments du Plan décennal, et ce, d'ici la fin de l'exercice financier 2008-2009; et qu'il encourage toutes les provinces et tous les territoires à publier les rapports exigés en respectant les échéances fixées dans le Plan. »**

Il faut à nos yeux que soit pris en compte le fait que le Québec et les autres provinces ne sont redevables qu'à leur population en ce qui a trait aux progrès accomplis en vue de l'atteinte de leurs objectifs, mais qu'elles n'ont pas cette obligation envers le gouvernement fédéral.

Toujours dans l'optique d'être fidèle à l'entente particulière survenue entre le Québec et le gouvernement fédéral en septembre 2004 en marge du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, le Bloc Québécois est d'avis que la recommandation 3 doit être précisée davantage afin de refléter ce statut particulier.

Ainsi, à la recommandation 3 :

**« Que le gouvernement fédéral fasse rapport sur les dispositions de financement qui s'appliquent aux populations envers lesquelles il a une responsabilité directe ».**

Nous sommes d'avis que cette recommandation doit être modifiée afin qu'elle fasse référence à ce qui est avancé au paragraphe 59, à savoir que le Québec et les autres provinces sont libres de rendre des comptes aux citoyens, mais qu'elles n'ont pas cette même obligation envers le gouvernement fédéral. Qui plus est, aucune obligation en ce sens ne peut être imposée au Québec et aux autres provinces, étant donné que la santé est une compétence provinciale et qu'elles n'ont pas de comptes à rendre quant aux dépenses engagées dans leurs propres champs de compétence. En ce sens, le versement des transferts fédéraux en matière de santé ne peut être assujéti à des conditions ou à des objectifs.

**B. Toute collaboration pancanadienne en matière de santé doit se faire dans le respect des compétences du Québec et des autres provinces.**

Nous exprimons aussi des réserves face à la recommandation 2 telle que rédigée dans le rapport :

**« Qu'avec la collaboration des provinces et des territoires et de concert avec le Conseil canadien de la santé et l'Institut canadien d'information sur la santé, le gouvernement fédéral convienne d'un ensemble de données et d'indicateurs comparables pour garantir l'évaluation adéquate des progrès accomplis à l'égard du Plan décennal; que le gouvernement fédéral veille à ce que cet ensemble d'indicateurs s'applique à ses groupes de clients; et que ce travail soit terminé d'ici la fin de l'Exercice 2008-2009. »**

Cette recommandation fait référence à l'établissement d'indicateurs et d'un ensemble de données comparables établis suite à une collaboration avec les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral afin de garantir l'évaluation adéquate des progrès accomplis à l'égard du Plan décennal. Or, on ne fait pas référence à l'entente avec le Québec qui abordait cette question précise dans la perspective d'un fédéralisme asymétrique. Pour être acceptable aux yeux du Bloc Québécois, il faut :

- que soit pris en compte la « clause Québec », spécifiant que le Québec a son propre plan de réduction des temps d'attente établi en fonction de ses normes, ses critères et ses objectifs;

- que les autorités québécoises entendent collaborer étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec le gouvernement fédéral, en partageant l'information et les meilleures pratiques;
- que les autorités québécoises favoriseront l'utilisation d'indicateurs comparables, mutuellement convenus avec les autres gouvernements;
- que le Québec continuera de collaborer avec les autres gouvernements au développement de nouveaux indicateurs comparables.

Finalement, **la recommandation 4** fait référence à la nécessité « de remettre à l'ordre du jour une même vision pancanadienne des soins de santé afin de renforcer le système et de mettre en place des mécanismes pour concrétiser cette vision », suggérant du même coup « que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'engagent à nouveau publiquement à conjuguer leurs efforts, comme le prévoit le Plan décennal,... ». Or, bien qu'il puisse y avoir des avantages à « collaborer » au niveau pancanadien, il n'en demeure pas moins que la santé demeure un champ d'intervention du Québec et des provinces. À ce titre, elles ont le pouvoir décisionnel de collaborer ensemble ou non, et qu'une collaboration ne doit pas servir de prétexte à une ingérence du fédéral.

Il importe donc à nos yeux de refléter l'entente avec le Québec de 2004 dans les recommandations du comité. À cet effet, il importe que soit réaffirmée la « clause Québec », voulant qu'en matière de santé, le Québec exerce lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire. Le Québec applique son propre plan de réduction des temps d'attente, en fonction des objectifs, des normes et des critères établis par les autorités québécoises compétentes.

### **C. Le gouvernement fédéral doit prendre en charge ses propres clientèles en matière de santé**

Le Bloc Québécois profite de l'occasion qui lui est donnée dans ce rapport pour déplorer le fait que trop souvent, le gouvernement fédéral tente de s'ingérer dans les compétences du Québec et des provinces, la santé dans le cas qui nous concerne, prétextant des stratégies nationales. Or, comment le fédéral peut-il justifier ces intrusions, trop nombreuses, en matière de santé alors que les Premières nations, qui constituent l'une de ses clientèles, ne bénéficient que de médiocres services?

À cet effet, il suffit de rappeler les statistiques accablantes quant à l'état de santé des Autochtones :

- Le taux de mortalité infantile est de 2 à 3 fois plus élevé au sein des collectivités des Premières Nations que dans l'ensemble de la population;
- L'espérance de vie des Autochtones inscrits s'avère inférieure de 5 à 7 ans à celle de l'ensemble de la population;
- Le taux de suicide est de 2 à 7 fois plus élevé que celui de toute la population;
- Au moins 33 % des Premières nations et des Inuits vivent dans des maisons qui ne répondent pas aux normes de qualité, de taille et d'abordabilité selon les données de la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Or, on sait qu'un logement inadéquat est associé à une panoplie de problèmes de santé;
- Au cours des années 1990, le taux de tuberculose chez les Premières nations était au moins sept fois supérieur à celui de l'ensemble du Canada;

- Il y a beaucoup plus de fumeurs chez les Premières Nations (plus de 50% : 56% chez les Autochtones et 71% chez les Inuit en 2004) que dans la population canadienne. Malgré ce fait, le gouvernement conservateur a coupé de dix millions de dollars le programme anti-tabac qui visait à sensibiliser les femmes enceintes et les jeunes Inuits et amérindiens aux effets nocifs du tabac;
- Les Autochtones continuent d'être surreprésentés dans l'épidémie de l'infection au VIH au Canada. Ils constituent 3,3 % de la population canadienne, mais on estime qu'ils représentent environ 7,5 % de toutes les infections au VIH existantes;
- 9% des nouvelles infections au VIH signalées en 2005 ont été signalées chez des Autochtones, dont 53% par injection de drogues comparativement à 14% pour l'ensemble de la population.

À la lumière de ces chiffres qui démontrent hors de tout doute l'ampleur de la tâche à accomplir en matière de santé des Autochtones, le Bloc Québécois est d'avis qu'au lieu de demander des comptes aux provinces quant aux délais d'attente et quant à la façon dont les transferts fédéraux en santé sont dépensés, le gouvernement fédéral devrait s'attaquer à l'alarmante question que représente l'état de santé des Premières nations et leur rendre des comptes à elles quant aux progrès accomplis.