



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## **Social Affairs, Science and Technology**

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, November 6, 2003

---

**Issue No. 27**

---

SEVENTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(1st Session, 37th Parliament)

Interim Report  
The Health of Canadians: The Federal Role  
Volume 5: Principles and Recommendations  
for Reform  
(Chapters 1 to 4)

---

Deuxième session de la  
trente-septième législature 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibération du Comité  
sénatorial permanent des*

## **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 6 novembre 2003

---

**Fascicule n° 27**

---

DIX-SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(1<sup>re</sup> session, 37<sup>e</sup> législature)

Rapport intérimaire  
La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral  
Volume cinq: Principes et recommandations  
en vue d'une réforme  
(Chapitres 1 à 4)

---

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente* : L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs :

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, C.P.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, C.P.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, C.P.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

\* Membres d'office

(Quorum 4)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

One in a series of reports on  
the state of the health care system in Canada

*The Health of Canadians - The Federal Role*  
*Volume Five:*  
*Principles and Recommendations for Reform - Part I*

*Chair*

The Honourable Michael J. L. Kirby

*Deputy Chair*

The Honourable Marjory LeBreton

APRIL 2002



# TABLE OF CONTENTS

---

<b>TABLE OF CONTENTS</b> .....	<b>i</b>
<b>ORDER OF REFERENCE</b> .....	<b>iii</b>
<b>SENATORS</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPTER ONE:</b> .....	<b>5</b>
A REFORM BASED ON FUNDAMENTAL REALITIES.....	5
1.1 Canada’s Publicly Funded Health Care System is Not Fiscally Sustainable Given Current Funding Levels.....	6
1.2 Canadians Want a Strong Role for the Federal Government in Facilitating Health Care Restructuring and Renewal.....	12
1.3 There is a Need to Introduce Incentives for all Participants in the Publicly Funded Hospital and Doctor System – Providers, Institutions, Governments and Patients – to Deliver, Manage and Use Health Services More Efficiently.....	14
1.4 Principles to Guide the Restructuring and Financing of Canada’s Health Care System.....	20
<b>CHAPTER TWO:</b> .....	<b>23</b>
PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA’S HEALTH CARE SYSTEM.....	23
2.1 Financing (or Insuring) Health Care.....	23
2.2 Delivering Health Care.....	36
2.3 Evaluating Health Care .....	48
2.4 Achieving a Patient-Oriented Health Care System.....	52
2.5 The Health Care Contract Between Canadians and their Governments.....	59
2.6 Concluding Remarks.....	61
<b>CHAPTER THREE:</b> .....	<b>69</b>
FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY.....	69
3.1 Availability of Health Care Technology.....	69
3.2 Financing the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology.....	71
3.3 Investing More in Health Care Technology Assessment.....	72
<b>CHAPTER FOUR</b> .....	<b>77</b>
DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE .....	77
4.1 Establishing a System of Electronic Health Records.....	78
4.2 Evaluating Quality, Performance and Outcomes: the Need for Independent Assessment .....	80
4.3 Fostering Accountability .....	83
4.4 Ensuring Confidentiality and Protection of Personal Health Information.....	84
4.5 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities .....	86
4.6 Investing in Tele-Homecare.....	87

4.7 Investing in Internet-Based Health Information.....	88
<b>CHAPTER FIVE .....</b>	<b>91</b>
NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH.....	91
5.1 Assuming Leadership in Canadian Health Research.....	92
5.2 Engaging the Scientific Revolution.....	95
5.3 Securing a Predictable Environment for Health Research.....	97
5.3.1 Federal Funding for Health Research.....	98
5.3.2 Federal In-House Health Research.....	100
5.4 Enhancing Quality in Health Services and in Health Care Delivery.....	102
5.5 Improving the Health Status of Vulnerable Populations.....	104
5.6 Commercializing the Outcomes of Health Research.....	106
5.7 Applying the Highest Standards of Ethics to Health Research.....	110
5.7.1 Research Involving Human Subjects.....	111
5.7.2 Issues With Respect to Research Involving Human Subjects.....	113
5.7.3 Animals in Research.....	116
5.7.4 Privacy of Personal Health Information.....	118
5.7.5 Genetic Privacy.....	123
5.7.6 Potential Situations of Conflict of Interest.....	123
<b>CHAPTER SIX.....</b>	<b>127</b>
PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE.....	127
6.1 Towards a national strategy for attaining self-sufficiency in health human resources.....	127
6.1.1 Shortages of health care professionals.....	127
6.1.2 Towards self-sufficiency in health human resources.....	129
6.1.3 Increasing the supply of health care providers from Canada's Aboriginal peoples.....	132
6.1.4 Dealing with 'The Brain Drain'.....	134
6.1.5 The need for a national health human resources strategy.....	136
6.2 Health Human Resources and Primary Care Reform.....	141
6.2.1 Support for Primary Care Reform.....	142
6.2.2 Inter-Disciplinary Education.....	146
6.2.3 What model for primary care reform?.....	147
<b>CHAPTER SEVEN .....</b>	<b>153</b>
TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY.....	153
<b>APPENDIX A .....</b>	<b>A-1</b>
LIST OF PRINCIPLES AND RECOMMENDATIONS BY CHAPTER.....	A-1
<b>APPENDIX B.....</b>	<b>A-11</b>
LIST OF WITNESSES.....	A-11

## ORDER OF REFERENCE

---

Extract from the Journals of the Senate of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- b) The historical development of Canada's health care system;
- c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.



Extract from the Journals of the Senate of Tuesday, December 11, 2001:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Pépin:

That, notwithstanding the Order of the Senate adopted on March 1, 2001, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, which was authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada, be empowered to present its final report no later than June 30, 2003.

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

## **SENATORS**

---

The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J.L. Kirby, Chair of the Committee  
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

and

The Honourable Senators:

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

*Ex-officio members of the Committee:*

The Honourable Senators: Sharon Carstairs P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

*Other Senators who have participated from time to time on this study:*

The Honourable Senators Carney, Cochrane, Lawson, Léger, Maheu, St. Germain, Sibbeston and Stratton.



## INTRODUCTION

---

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in health care. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted for the purpose of this study read as follows:

*That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:*

- (a) *The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
- (b) *The historical development of Canada's health care system;*
- (c) *Publicly-funded health care system in foreign jurisdictions;*
- (d) *The pressures on and constraints of Canada's health care system;*
- (e) *The role of the federal government in Canada's health care system.<sup>1</sup>*

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study. Initially, the study was to comprise five major phases. Given the huge amount of testimony it received and the complexity of many of the issues it confronted, the Committee has decided to add an additional phase to its work plan. The report of this sixth phase (Volume Six) will present the Committee's recommendations on the financing and restructuring of health care. Volume Six will also address issues surrounding the growing gaps in coverage for medically necessary drugs and home care services.

Following completion of Volume Six, the Committee intends to examine several specific health-related issues. These studies will result in a series of thematic reports. These thematic reports will deal with: 1) Aboriginal health; 2) women's health; 3) mental health; 4) rural health; 5) population health; 6) home care and 7) palliative care. The following table provides information on the individual phases and their respective timeframes:

---

<sup>1</sup> *Debates of the Senate (Hansard)*, 2<sup>nd</sup> Session, 36<sup>th</sup> Parliament, Volume 138, Issue 23, 16 December 1999.

**HEALTH CARE STUDY  
INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES**

<b>Phases</b>	<b>Content</b>	<b>Timing of Report</b>
<b>One</b>	Historical Background and Overview	March 2001
<b>Two</b>	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	January 2002
<b>Three</b>	Models and Practices in Other Countries	January 2002
<b>Four</b>	Development of Issues and Options Paper	September 2001
<b>Five</b>	Principles for Restructuring the Hospital and Doctor System and Recommendations on Several Health Care Issues	April 2002
<b>Six</b>	Recommendations with respect to Financing and Restructuring the Hospital and Doctor System and Closing the Gaps in Drug and Home Care Coverage	October 2002
<b>Thematic Studies</b>	Aboriginal Health, Women's Health, Mental Health, Rural Health, Population Health, Home Care and Palliative Care	To be determined

The first report of the Committee, released in March 2001, recounted the history of how the federal government helped the provinces to fund hospital and physician care. It focused in particular on the initial objectives of the federal government's involvement in health care and raised some questions about the future role of the federal government in light of the changing health care environment (e.g. increased recourse to drug therapy, hospital out-patient services, home care and community care). This first report also traced the evolution of health care spending and health indicators over the past several decades. Finally, it looked at a number of the myths that are still current concerning the delivery and financing of health care in Canada and clarified the reality surrounding each of these myths. The objective of the first report was to provide factual information as well as to clarify the major current misconceptions that recur in the health care debate in Canada.

The Committee's second report reviewed the major trends that are having an impact on the cost and the method of delivery of health services, and the implications of these trends for future public funding. In particular, the report focused on the pressures associated with the changing demographics of the Canadian population, the increasing use and growing cost of drugs and technology, and developments in the delivery of health services (e.g. the increased use of out-patient, home care and telehealth). The second report also considered issues surrounding health research, health human resource planning (including the shortage of health care providers), rural health, disease trends and the health of Canada's Aboriginal

population. Finally, it examined how a health info-structure could help improve the delivery of health services in the future.

The third report of the Committee described and compared the way that health care is financed and delivered in several other countries (Australia, Germany, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and the United States), and the objectives of national government health care policy in those countries. It highlighted those policies and reforms from which Canada could learn. The third report also examined briefly the operation of medical savings account systems (MSAs) in Singapore, South Africa, the United States and Hong Kong.

The Committee's fourth report outlined five distinct roles for the federal government in health and health care. These five roles are: 1) financing, 2) research and evaluation, 3) infrastructure, 4) population health and 5) service delivery. For each federal role, a list of objectives was enumerated, some constraints were identified and a wide range of potential policy options for reform and renewal were proposed. The Committee's fourth report served to launch a public debate on the challenges and options facing Canada's health care system.

The current report is based on the testimony gathered during hearings held in the fall of 2001, as well as on evidence received during the earlier phases. In total, nearly 300 individuals and organizations told the Committee which of the options presented in the Phase Four report they liked or disliked, and why.

This fifth report consists of seven chapters. Chapter One identifies three fundamental realities in Canada's health care system. At the end of Chapter One are listed twenty principles which the Committee believes should guide the restructuring and financing of the health care delivery system. Chapter Two provides the Committee's rationale for each of the principles enunciated in Chapter One. Chapter Three summarizes the findings and gives the recommendations of the Committee with respect to the financing and assessment of health care technology. Chapter Four presents the views of the Committee regarding health information systems and details its recommendations for deploying a health infostructure in Canada. Chapter Five provides the perspectives of the Committee with respect to health research. Chapter Six presents the Committee's observations and recommendations with respect to the planning of human resources in health care. Chapter Seven enumerates a number of principles which the Committee believes should apply to the population health role of the federal government, with a particular emphasis on Aboriginal health.

The Committee's sixth report, to be released in October 2002, will focus primarily on presenting a set of recommendations on how to move from the principles outlined in Chapters One and Two of this report to a concrete plan of action for restructuring the hospital and doctor system. The sixth report will also include a specific proposal for increasing federal revenue, so that it will be possible to finance the increased federal responsibilities recommended in this report and to help fund the restructuring of the hospital and doctor system.



## **CHAPTER ONE:**

### **A REFORM BASED ON FUNDAMENTAL REALITIES**

---

The purpose of this Chapter and Chapter Two is to present a set of principles which will guide the Committee's recommendations on the restructuring and financing of the health care delivery system<sup>2</sup> and on the role of the federal government in health care renewal. These recommendations will be presented in October 2002 in Volume Six of the Committee's study, following hearings during which witnesses will give the Committee their views on how the principles should be applied in practice.

Some of the principles presented in Chapters One and Two serve as the basis for the Committee's recommendations presented in chapters 3 through 6, which deal respectively with health care technology, health infrastructure, health research and human resources planning in health care.

The set of principles reflect key findings from the first three reports of the Committee's study on health care together with the evidence presented to the Committee during extensive public hearings held across the country in the fall of 2001. The rationale for each of the principles listed at the end of this chapter is provided in Chapter Two. It is worthwhile to note that many of these principles bear a strong similarity to some of the observations and recommendations made by recent provincial task forces and commissions on health care.

Overall, the set of principles is based on the recognition of three fundamental realities:

- Canada's publicly funded health care system is not fiscally sustainable given current funding levels;
- Canadians want a strong role for the federal government in facilitating health care restructuring and renewal;
- There is a need to introduce incentives for all participants in the publicly funded hospital and doctor system – providers, institutions, governments and patients – to deliver, manage and use health care more efficiently.

The Committee hopes that the principles presented in this Chapter and Chapter Two will enhance the public's ability to understand and give thoughtful consideration to the various challenges faced by Canada's health care system. We also hope that the principles will help move us away from the uniquely Canadian debate about the role of the private sector in health care and the appropriate public/private mix. It is the Committee's view that the debate is being conducted in a counterproductive fashion, and is often responsible for diverting attempts at reforming the health care system.

---

<sup>2</sup> While the Committee usually refers to the "health care system", we acknowledge the fact that Canada currently has 13 similar, but not identical, interconnected systems, one in each province and territory.

Canadians must recognize that every Canadian province and territory has mixed public/private sector involvement in health care, as does every other major industrialized country. Physicians, for example, are private in the sense that only a tiny minority are employed by government or its agencies. In addition, most hospitals are owned and governed by boards representing the communities they serve (and some by religious orders) and they operate on a private, not-for-profit, basis. Moreover, diagnostic laboratories operate in most provinces as private, for-profit, entities delivering their services to the publicly funded system, and the great majority of pharmacies are also privately owned.

The Committee wants to stress, once again, the importance for Canadians to be willing to consider new approaches to delivering health services. It is only through such consideration that we will be able to develop options that offer opportunities to sustain Canada's publicly funded health care system. In his interim report, Roy Romanow stressed this point very well when he stated:

*We need to be clear on what values Canadians want their health system to reflect in its policies and programs. In the past, progress on these issues has been extremely difficult with intransigent positions taken at both ends of the spectrum. This kind of acrimonious debate does nothing to move us forward to a broader consensus on the direction we want to take or the steps needed to put our health care system on a sustainable footing for the future. We need to be open to new options and ideas, be willing to engage in open and honest debate about the pros and cons of each new idea, then be prepared to act.<sup>3</sup>*

We now turn to a discussion of the three fundamental realities listed above.

## **1.1 Canada's Publicly Funded Health Care System is Not Fiscally Sustainable Given Current Funding Levels**

The debate over health care financing in Canada revolves around the issue of sustainability. This concept has taken on several meanings in health care in recent years. The Committee wishes to stress that ensuring sustainability does not mean maintaining the status quo in the structure of health care delivery. Nor does it mean giving every Canadian every health service right when they want it; sustainability does not mean a perfect system. We believe that a sustainable health care system is one that provides an appropriate level of care in response to population needs today and, in the longer term, it is also one that has the capability to adapt or adjust to new and evolving realities.

***It is the view of the Committee that a fiscally sustainable health care system is a system upon which Canadians can rely both today and in the future, given government fiscal capacity and taxpayers' willingness to pay. It does not mean giving every Canadian every health service right when they want it. Neither does it mean a perfect system.***

<sup>3</sup> Commission on the Future of Health Care in Canada (Roy J. Romanow, Commissioner), *Shape the Future of Health Care*, Interim Report, February 2002, p. 4.

Given the current structure of Canada's publicly funded health care system, questions relating to the sustainability and affordability of the system are closely intertwined. This means that the central issue is one of fiscal sustainability. It is the view of the Committee that a fiscally sustainable health care system is a system upon which Canadians can rely both today and in the future, given government fiscal capacity and taxpayers' willingness to pay. That is, in considering whether the current system is fiscally sustainable, one must take into account two constraints. The first is the willingness of taxpayers to pay for the system. The second is the need for all governments, for economic development purposes, to keep tax rates relatively competitive with the OECD countries, and particularly with the United States.

Is Canada's publicly funded health care system fiscally sustainable? To answer this question, it is necessary to assess whether more money is needed, and whether it is possible to raise it from current sources, given the two constraints identified above. To begin, then, we need to examine current and projected trends in health care spending.

According to data from the Canadian Institute for Health Information (CIHI), public and private health care spending in Canada topped \$95 billion in 2000, 6.9% more than the previous year. Even after adjusting for inflation and population growth, there was a 4.1% real increase in spending between 1999 and 2000.

The pace of growth in health care spending is speeding up. In fact, real spending per capita is rising faster today than at any time since the 1980s. Moreover, projections suggest that there are real, continuing upward pressures on Canada's health care costs:

- **Drug Costs:** Drug costs currently account for over 15% of total (public and private) health care spending. They are expected to climb to \$14.7 billion in 2000, up 9% from the year before. The Committee noted in Volume Two that, between 1990 and 2000, drug spending per capita increased by almost 93%, more than twice the average for all health care spending (40%).<sup>4</sup> Original, effective but very costly drugs will be entering the Canadian market in the next decade (including a possible vaccine against AIDS, a new immunological cure for juvenile diabetes, etc.) exacerbating pressures on overall drug costs.
- **New Technology:** Canada needs to invest more in health care technology and health information systems. The Committee's Phase Two report indicated that each \$1 billion investment in new medical equipment requires an additional \$700 million to cover operating and maintenance costs. In fact, a further \$5 billion would be required to bring Canada's investment in health care technology to a level equivalent to that of other OECD countries. Similarly, estimates suggest that between \$6 and \$10 billion would be required to achieve full implementation of a Canadian health-infostructure (or between \$1 to \$1.25 billion annually).<sup>5</sup>
- **Ageing Population:** In 1998, 12% of Canadians were 65 or older and more than 43% of what provincial and territorial governments spent on health care

---

<sup>4</sup> Volume Two, p. 20.

<sup>5</sup> Volume Two, p. 41 and p. 114.

went to services for seniors. According to Statistics Canada, by 2010, seniors will represent 14.6% of the population, a percentage that rises to 23.6% as the peak of the baby boom generation enters retirement by 2031. Expensive procedures, which were not previously performed on elderly patients, are increasingly being made available to them.<sup>6</sup> Estimates suggest that the impact of population aging will account for an additional 1% of total health care costs each year. Although this percentage appears to be quite small, in dollar terms it amounts to approximately \$1 billion annually in increased health care costs due to an aging population.

- **Cost of Health Care Human Resources:** Labour costs amount to about 75% of spending on health care. According to the Premier's Advisory Council on Health in Alberta (usually referred to as "the Mazankowski report"), in 2001-02 over half the budget increase for health care in Alberta went to salary increases. Competition for scarce human resources in health care is likely to maintain this trend, not only in Alberta but across Canada.
- **Health Research:** Unprecedented support for health research will lead to an explosion of new technologies and drugs. This year, some \$US 40 billion will be spent on health research in the G-7 countries leading to effective but costly technologies in the fields of genomics, proteomics,<sup>7</sup> nanotechnology,<sup>8</sup> etc.
- **Growing Public Expectations:** Many observers have noted that public demand for health care will have a major impact on future costs. In his interim report, Roy Romanow made this point clearly: "One of the most significant cost drivers is how our own expectations have grown over the past few decades. We expect the best in terms of technology, treatments, facilities, research and drugs, and as a consequence, we may be placing demands on our governments that are not sustainable over time."<sup>9</sup> In fact, Canadians appear to be North American and not European in their viewpoints when it comes to public expectations. More precisely, 64% of Canadians are very interested in new medical discoveries, compared to 66% of Americans and 44% of Europeans.
- **Health Care Restructuring:** Restructuring and renewing health care will cost a considerable amount of money. For example, it has been estimated

---

<sup>6</sup> For example, cardiac procedures (e.g. PTCA) performed on the elderly are increasing by 12% annually; joint surgery (e.g. knee replacement) is increasing at an annual rate of 8%; renal dialysis is increasing by 14% a year (at a cost of \$50,000 annually per patient).

<sup>7</sup> Proteomics is the systematic analysis of all protein sequences and protein expression patterns in tissues. Genes encode proteins that perform all of the fundamental activities within cells. Proteins are the molecular machines that carry out genetic instructions. Abnormalities in protein production or function have been connected to many diseases and health conditions.

<sup>8</sup> Nanotechnology is molecular manufacturing or, more simply, building things one atom or molecule at a time. A nanometer is one billionth of a meter (3 - 4 atoms wide). Nanotechnology proposes the construction of novel molecular devices possessing extraordinary properties. The possibilities include microscopic computers, billions of times faster than today's, that could control machines patrolling our bodies as artificial immune systems, and machines that could repair cells on a molecular scale, perhaps stopping or reversing the aging process.

<sup>9</sup> Commission on the Future of Health Care in Canada (Roy J. Romanow Commissioner), *Shape the Future of Health Care*, Interim Report, February 2002, p. 25.



that establishing primary health care teams in Quebec would cost, on average, \$1 million per team.

- **Gaps in the Health Care Safety Net** As pointed out in the Committee's fourth report, there are presently serious gaps in our health care safety net, particularly with respect to drugs and home care. For example, a number of Canadians are not protected against the consequences of having to pay catastrophic drug costs. Similarly, a significant number of Canadians have limited access to necessary home care services. If Canada is to have national standards in health care, and not only in hospital and doctor care as we do now, more money will clearly be required in the form of additional government funding in order to expand public coverage and reduce or close gaps in the health care safety net.

Given the publicly funded nature of Canada's hospital and doctor system, these multidimensional pressures put considerable strain on governments' budgets, both in the shorter and in the longer terms. This reality was well documented by provincial and territorial ministers of health in their 2000 report on cost drivers<sup>10</sup> as well as by many reports tabled with the Committee.

For example, a report prepared for the Ontario Hospital Association estimated that close to 38% of total provincial program spending went to health care in 2000-01, up from 33% in 1992-93.<sup>11</sup> For its part, the Canadian Taxpayers Federation projected that this proportion will hit 50% as early as 2007 in British Columbia and New Brunswick.<sup>12</sup> Similarly, the Conference Board of Canada estimated that over the period from 2000-2020, public per capita spending on health care (adjusted for inflation) will increase by 58%, while public per capita spending on all other government services and programs will increase by only 17% over the forecast period.<sup>13</sup>

The percentage of government spending that is devoted to health care provides the clearest indication of the short-term pressures felt by governments charged with funding health care. During the Committee's cross-country hearings, a wide range of witnesses, including health care managers, health care providers and health care consumers, expressed deep concerns about rising health care costs and their impact on governments' budgets and on patient care. Based on this testimony as well as on numerous reports, the Committee believes that rising costs strongly suggest that Canada's publicly funded health care system is not fiscally sustainable given current funding levels.

A number of individuals and organizations have suggested that operating the health care system more efficiently would save enough money so that no new sources of funding are required. The Committee has repeatedly acknowledged the critical importance of improving effectiveness and efficiency in the management and delivery of health services. In a similar vein,

---

<sup>10</sup> Provincial and Territorial Ministers of Health, *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*, August 2000.

<sup>11</sup> TEAQ Associates, *Getting the Right Balance: A Review of Federal-Provincial Fiscal Relations and the Funding of Public Services*, prepared for the Ontario Hospital Association, December 2001, p. 21.

<sup>12</sup> Walter Robinson, *The Patient, The Condition, The Treatment – A CTF Research and Position Paper on Health Care*, Canadian Taxpayers Federation, September 2001, p. 59.

<sup>13</sup> Glenn G. Brimacombe, Pedro Antunes and Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020 – Balancing Affordability and Sustainability*, The Conference Board of Canada, 2001, p. 21.

the Fyke Commission in Saskatchewan remarked that “spending more on the current health care system without addressing its underlying problems would be irresponsible.”<sup>14</sup> Indeed, many of the principles presented in the next chapter are designed to achieve a more efficient system than the one we now have.

At the same time, though, we have also argued that there is not convincing evidence to support the hypothesis that efficiency gains will be sufficient to avoid confronting the issue of the need for new funding sources. The Committee has stated that responsible public policy planning therefore requires the exploration of additional sources of funding for health care.

In the Committee’s view, to do otherwise would be to put all our eggs in one basket. This would mean betting the future fiscal sustainability of the health care system on making changes when there is not yet evidence to demonstrate that such changes are actually achievable, and there is no reliable indication of the amount of money that can be saved through restructuring and efficiency changes. In the Committee’s view, to make such a bet would be irresponsible.

We do, however, understand why some people prefer to gamble on efficiency changes being sufficient to make the system fiscally sustainable. Such an assumption evades most of the tough financing questions, and thereby ducks the most controversial health care issues.<sup>15</sup>

In short, prudence, combined with a careful consideration of the evidence, obliges us to confront the most difficult health care issue facing policy makers and indeed all Canadians: how should additional funds for health care be raised? Should they come from individuals or businesses to government (by way of taxes or health care insurance premiums) or should they come from individuals or businesses directly into the health care sector? The Committee will present its answers to these questions in its October report.

Both the report of the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report insisted that there are limits to government general revenues and that it will be necessary to diversify the revenue stream in order to sustain the health care system and respond to the future health care needs of the population.

The Clair Commission stated:

*To ensure the sustainability of our system, it must first of all be accepted that (...) the resources that (...) society can devote to health and social services are limited. This acceptance leads to two indisputable and inextricably linked obligations: the obligation to make choices and to perform.*

*(...)Leaders must make choices about the limits of financial resources and about medical technologies and insured drugs. Administrators and clinicians must also make*

---

<sup>14</sup> *Caring For Medicare*, p. 73.

<sup>15</sup> Volume Four, pp. 51-52.

*choices or, if not, accept the choices made by others. Finally, each citizen must choose between solidarity, equity and the risk inherent in the philosophy of “everyone for himself.”<sup>16</sup>*

Similarly, the Mazankowski report stressed:

*If we continue to depend only on provincial and federal revenues to support health care, we have few options other than rationing health services. On the other hand, if we are able to diversify the revenue sources used to support health care, we have the opportunity of improving access, expanding health services, and realizing the potential of new techniques and treatments to improve health.*

*(...)Rather than rationing health services, we need to look at a variety of options for generating additional revenue and using that revenue to expand opportunities for Albertans to access the health services they want and need on a timely basis.<sup>17</sup>*

The Committee wishes to underline the fact that the federal government has significantly increased its financial support to health care in recent years and, consistent with the view expressed by many witnesses, welcomes this new infusion of funds. However, it is also important to recognize that the health care needs of Canadians are great and that their expectations are continually growing. In addition, the costs of running the hospital and doctor system will continue to increase for the reasons given earlier.

**Therefore, Canadians are confronted with the need to balance their desire for publicly funded health services against their willingness to pay for them.**

Given all the competing demands for federal expenditures, the Committee is of the view that any additional funding from federal sources will have to come from “new” money, and not from revenue transferred into the health envelope from existing sources.

Also, in considering how such additional funding ought to be raised, we must keep in mind that Canada’s personal taxes are the highest of the G-7 countries and among the highest in the OECD.<sup>18</sup> This is why the Committee believes that Canadians are confronted with the need to balance their desire for publicly funded health services against both their willingness to pay for them and the need for Canadian tax levels to be reasonably competitive with those of other OECD countries.

---

<sup>16</sup> Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, Commissioner), *Emerging Solutions – Report and Recommendations*, January 2001, p. v.

<sup>17</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Right Hon. Don Mazankowski, Chair), *A Framework for Reform*, report to the Premier of Alberta, December 2001, pp. 52-53. This report is also referred to as “the Mazankowski report”.

<sup>18</sup> This fact is well documented in a report by Statistics Canada, “Recent Trends in Taxes Internationally”, in *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue No. 75-001-XIE, Vol. 2, No. 1, January 2001, pp. 36-40.

Once it is recognized that the publicly funded health care system does not currently have sufficient resources to respond to all the demands that are being placed upon it, Canadians must decide what trade-offs they find acceptable. There are three basic options:

- The continued rationing of publicly funded health services, either by consciously deciding to make some services available and not others (that is, by delisting some services), or by allowing waiting lists to continue to grow;
- Increasing government revenue, either by raising taxes directly or through other means such as health care insurance premiums, so that the rationing of services can be reduced or eliminated and waiting lines shortened;
- Making some services available to those who can afford to pay for them by allowing a parallel privately funded tier of health services, while maintaining a publicly funded system for all other Canadians.

The Committee believes that these are the realistic choices facing Canadians. There are arguments in favour of each option. And each option evokes an emotional response from various groups and individuals. Nevertheless, the three options given above must be addressed if Canada is to sustain a health care system of which Canadians can be truly proud. Section 2.5 shows how each of these options is affected by the principles for restructuring and refinancing presented in Chapter Two.

The testimony from witnesses who argued that health care spending is rising much more rapidly than government revenues reinforces the conclusion that Canadians must make choices. Unless health care spending is to be allowed to crowd out other equally important spending, Canadians must confront, on an ongoing basis, the trade-offs inherent in the three options listed above. The challenge of sustaining Canada's health care system thus entails deciding what aspects of health care delivery are to be publicly funded and how funds are to be raised. In Volume Six, the Committee will present its recommendations with respect to federal funding of health care.

## **1.2 Canadians Want a Strong Role for the Federal Government in Facilitating Health Care Restructuring and Renewal**

Many witnesses underlined the fact that the federal government has historically played a major role in financing the health services covered under the *Canada Health Act*. The Committee believes that, given the serious challenges facing our health care system, the federal government must play a major role in order to preserve the spirit of the Medicare program that it pioneered several decades ago. In fact, Canadians overwhelmingly feel that the publicly funded health care system has served them well and they do not want "big bang" or revolutionary changes to the system. Public attitude

***The Committee believes that the federal government has a critical role to play in facilitating, encouraging and accommodating the provinces and territories in their efforts to restructuring and reconfiguring their health care system. The Committee is convinced that the vast majority of Canadians are looking to the federal government for collaborative support and partnerships in effecting needed changes in the health care system.***

surveys repeatedly show that Canadians expect the federal government to continue to be a major player in Canada's publicly funded health care system.

Although the delivery of health care in Canada is primarily a provincial and territorial responsibility, the Committee believes that the federal government has a critical role to play in facilitating, encouraging and accommodating the provinces and territories in their efforts to restructure and reconfigure their health care systems. The Committee is convinced that the vast majority of Canadians are looking to the federal government for collaborative support and partnership in effecting needed changes in the health care system. In fact, there are a number of reasons why the federal government's role is important.

First, Canadians strongly support national principles in health care, and they look to the federal government to play a strong role in maintaining them. As it now stands, the capacity of the federal government to enforce acceptable standards and to recommend appropriate policies to provincial and territorial governments depends in large part on the size of its cash contribution.

Second, federal funding for health care is particularly critical during this period of reform and renewal: changes to the way the health care system operates and is structured will likely result in more rather than less money being required, at least in the short term. The Fyke Commission in Saskatchewan made a similar point, noting that "new funding must buy change, not time, and must buy quality not merely more volume."<sup>19</sup>

Third, and some would say most importantly, only the federal government is in a position to make sure that all provinces and territories, regardless of the size of their economies, have at their disposal the financial resources to meet the health care needs of their citizens. This redistributive role of the federal government is a fundamental part of what many call "the Canadian way".

Fourth, if fundamental changes are to be made to the health care system, they should not be made in only one or two provinces. Inter-provincial harmonization with respect to what services are insured (and ideally with respect to scope of practice rules as well) are important elements of a truly national system. There is an important federal role in encouraging such harmonization, for example by using financial incentives or penalties to persuade provincial or territorial governments to accept national standards.

Finally, the Committee wants to emphasize its strong belief that the amount of money that the federal government transfers to the provinces for health care ought to ensure that it has a seat at the table when the restructuring of the health care system is discussed. The federal government should not just give money without having a say on how that money is spent.

Canadians also want the federal government to work with the provinces and territories in a spirit of collaboration and partnership in facilitating health care renewal. They are impatient with blame-laying; they are more interested in positive results and intergovernmental cooperation. In this perspective, the Committee totally agrees with the observation made in the

---

<sup>19</sup> *Caring for Medicare*, p. 79.

Romanow report that now is the time for all levels of governments to collaborate in health care restructuring:

*(...) Canadians want both levels of governments to stop the corrosive and unproductive long-distance hollering and finger-pointing that currently passes for debate on how to renew the health care system. They see both levels of government as bearing responsibility for the problems affecting the system and for finding solutions to them.<sup>20</sup>*

### **1.3 There is a Need to Introduce Incentives for all Participants in the Publicly Funded Hospital and Doctor System – Providers, Institutions, Governments and Patients – to Deliver, Manage and Use Health Services More Efficiently.**

There is a need to introduce incentives for all participants in the publicly funded hospital and doctor system – providers, institutions, governments and patients – to deliver, manage and use health services more efficiently. The Committee strongly believes that significant change in a system as complex as the hospital and doctor system cannot be achieved through top-down, centralized, micro-management. The required changes can only be achieved by establishing an appropriate system of incentives which will:

***The Committee strongly believes that significant change in a system as complex as the hospital and doctor system cannot be achieved through top-down, centralized, micro-management. The required changes can only be achieved by establishing an appropriate system of incentives.***

- Introduce constructive competition among health care institutions;
- Encourage more effective use of all health care providers;
- Encourage more appropriate utilization of health care technology;
- Put in place structures that will result in a better ongoing evaluation of the system as a whole, and of health care outcomes in particular;
- Ensure that patients receive timely as well as quality care, and
- Encourage patients to make cost-effective use of publicly funded health services.

It is the view of the Committee that the key to developing an appropriate set of incentives is the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care. We are convinced that such a split is a necessary condition for being able to introduce the kinds of incentives that will foster a truly patient-oriented health care system – a system in which the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider.

---

<sup>20</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 4.

Moreover, separating the functions of financing, delivering and evaluating health care will introduce a much greater degree of transparency into the system and enhance the accountability of all parts of the system, including government. It will also lay the groundwork for greater competition among health

***It is the view of the Committee that the key to developing an appropriate set of incentives is the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care. We are convinced that such a split is a necessary condition for being able to introduce the kinds of incentives that will foster a truly patient-oriented health care system – a system in which the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider.***

care institutions. The rationale for such a split, which we believe is critical to any meaningful reform of Canada's health care system, was discussed in the Committee's hearings as well as in recent reports.

In the Atlantic provinces and Western Canada, as well as in central Canada, the Committee was told that health care in this country operates in many ways as a "monopoly", with the government acting as the sole funder and the sole provider of many health services, without independent evaluation or competition. The Right Hon. Don Mazankowski, Chairman of the Premier's Advisory Council on Health in Alberta, explained:

*Alberta's health care system, like other systems across the country, operates as an unregulated monopoly. Government...*

- *Defines what constitutes "medically necessary services"*
- *Pays for all insured services provided*
- *Provides public insurance and forbids, by law, the provision of private insurance for these services*
- *Prevents, by law, people from obtaining insured services outside the public system except where there are contracts with the public system*
- *Directly or indirectly administers and governs care*
- *Defines, collects and reviews information on its own performance.<sup>21</sup>*

The Committee heard that such government control over health care makes for an inefficient system that lacks transparency and accountability:

*Governments in Canada are seriously conflicted with respect to health care. Governments do not only collect health insurance premiums (through taxes or by special premiums), and maintain responsibility for the delivery of health services, but also report to themselves on their own effectiveness and efficiency based on information they have decided to collect. Furthermore, the same governments then decide what information will*

---

<sup>21</sup>Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 21.

*be provided to the public. Governments must also decide on the interpretation of results – so health services organizations may regard 80% satisfaction rates as acceptable, when many industries would fire the management of an organization which regularly reported that 20% of customers were dissatisfied or that over half of the employees believe the organization is not a good place to work.*

*The conflict can be reduced or eliminated by separating the insurance function from the health care delivery function. (...) Conflict would also be reduced by distinguishing those responsible for health care system evaluation from those responsible for health services delivery, and from those responsible for collecting insurance premiums.*

*Eliminating the conflict that arises from government acting simultaneously as a regulator, insurer, provider and evaluator will produce an environment which encourages each sector seek appropriate information about health care system performance.<sup>22</sup>*

In Volume Three of its study, the Committee reported that many countries faced with costly, inefficient or unresponsive health care systems have already embarked on reforms aimed at getting rid of the monopoly characteristics described above by separating the various health care functions while maintaining universal access to publicly insured health services. Examples include Sweden, the United Kingdom and the Netherlands.

***...many countries faced with costly, inefficient or unresponsive health care systems, have already embarked on reforms aimed at getting rid of the monopoly characteristics described above by separating the various health care functions while maintaining universal access to publicly insured health services. Examples include Sweden, the United Kingdom and the Netherlands.***

International evidence suggests that separating the role of the funder from that of the provider can contribute to making the health care system more efficient by:

- decentralizing the decision-making process;
- introducing more competition;
- better integrating health services;
- making possible more effective use of all health care providers;
- making possible more appropriate use of health care technology;
- putting the patient first, since the funding follows the patient;
- ensuring that patients receive timely as well as quality care.

Moreover, separating the role of the funder from that of the evaluator will help put in place structures that will result in better ongoing evaluation of the system as a whole, and

<sup>22</sup> Atlantic Institute for Market Studies, Brief to the Committee, 6 November 2001, p. 5.



of treatment outcomes in particular. This will enhance transparency and foster accountability in the use of public funds.

For all these reasons, the Committee believes that the roles of funder (or insurer), provider, and evaluator in the Canadian health care delivery system should be split from one another. The set of principles developed in this report is premised on such a split.

***The Committee believes that the roles of funder (or insurer), provider, and evaluator in the Canadian health care delivery system should be split from one another. The set of principles developed in this report is premised on such a split.***

The Committee recognizes that a number of these principles will have to be applied differently in various parts of the country in order to take into account important regional variations (such as the size of the population and the number of health care providers and institutions that exist within each region) and that they will have to be applied differently for different types of institutions (e.g. community hospitals and teaching hospitals). Indeed, much of our next report will focus on how to go from principle to action, and how to take into account such regional and institutional variations. Nonetheless, the Committee strongly believes that the set of principles, taken as a whole, clearly indicate how the hospital and doctor system ought to be restructured.

It is the view of the Committee that the overall impact of these principles on the health care system will be to effect a two-stage transformation. More precisely, the first stage of reform would involve the following changes:

1. **Split between the funder (or insurer) and the provider:** While government would continue to be the funder/insurer (as it is now), the institutions providing publicly funded health services (hospitals and clinics) would become more independent of government since they would no longer be subjected to the same degree of government control as they are now. To achieve this, the method for remunerating hospital services would have to be modified: global annual budgets for hospitals, which are currently determined by government, would disappear and institutions would be reimbursed under a service-based funding scheme (which assigns a dollar value to each type of hospital service and reimburses hospitals for the specific number and type of services they provide).

By having government fund hospitals for each service, and by having the amounts paid for each service publicly known, the public would be able to see, for the first time, the direct connection between the level of funding and the number and types of procedures that are performed. This would allow the consequences of decisions about the level of health care funding to become more open to public scrutiny, as it would become evident what specific services were affected by various levels of government funding.

This has the potential to change the nature of the health care debate dramatically by having it focus on the number of patients served and the number and variety

of medical procedures carried out (that is, the outputs and outcomes of the hospital and doctor system), rather than focussing only on dollars (or inputs) as the debate does now. Thus, the funding debate would be broadened and become patient-focussed and service-focussed, rather than only dollar-focussed as it is now.

***The Committee believes it is essential that the funding debate become patient-focussed and service-focussed, rather than only being dollar-focussed as it is now.***

2. **Split between the funder/insurer and evaluator:** Government would continue to have overall responsibility for the quality of health care delivery, and providers would ultimately be accountable to government, but the evaluator role would be considerably strengthened. Although it would continue to be funded by government, the evaluator role would be performed at arm's length from government. Much greater emphasis would be placed on measuring the quality of treatments and services, gauging the health outcomes of various procedures and assessing system and institutional performance. A system of independent evaluation, performed by agencies working at arm's length from government, would provide much more accurate and objective evidence-based information about access, outcomes and costs than is currently available.
3. **“Internal market”<sup>23</sup> for hospital services:** Once the service-based funding scheme for hospitals and other institutions is well in place and the independent evaluation function is being well performed, regional health authorities would become responsible for the purchasing of services on behalf of their residents by entering into contracts with hospitals and other institutions. (If a province so wished, regional health authorities could also become responsible for purchasing primary care services). This type of “internal market” reform, which has already been implemented to varying degrees in a number of countries, including Sweden, was also recently proposed in the Mazankowski report in Alberta<sup>24</sup>. Such an “internal market” would foster competition between institutions for the provision of hospital services and encourage both cost-effectiveness and efficiency in service delivery. The Committee is aware that reforms of this type will have to be adapted to the particular circumstances that prevail in different parts of the country in order to take into account the number of providers that operate in each region, as well as factors such as the urban/rural mix.

**The second stage of reform** would result in devolution of the purchasing function from regional health authorities (or from government in provinces where there are no

---

<sup>23</sup> The term “internal market” was first used in reference to reforms undertaken in New Zealand and Great Britain during the 1990s that sought to introduce greater competition among health care providers (both public and private) in the context of a system that retained a single insurer.

<sup>24</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), see footnote 1.

such regional entities) to primary health care teams.<sup>25</sup> This would mean that primary health care teams would assume the responsibility for purchasing health services from institutional providers on behalf of their patients. An “internal market” among institutional providers who would compete to sell their services to the various primary health care teams would thus be established. This would result in a situation similar to the GP Fundholding scheme in the United Kingdom (for more information, see the Committee’s Volume Three<sup>26</sup>).

In Canada, this form of “internal market” was recommended by the Health Services Restructuring Commission chaired by Duncan Sinclair in Ontario<sup>27</sup>, as well as by Jérôme-Forget and Forget<sup>28</sup>. This second stage of reform would also require moving away from the current fee-for-service remuneration method for physicians toward some form of blended remuneration involving capitation as well as fee-for-service. This would also involve the development of multi-disciplinary group practices and the revision of current scope of practice rules.

Devolving the purchasing function to primary health care teams would also require patients to register on an annual basis with the primary care group of their choice. A number of studies suggest that, while this could limit somewhat a patient’s freedom to choose a provider (primary care provider or specialist)<sup>29</sup>, it would provide for a better integration of health services to the overall benefit of patients. According to several witnesses, this would lead to a more patient-oriented health care system.

The Committee heard evidence that under “internal market” reforms, the overwhelming majority of institutional providers would continue to be, as they are now, privately-owned, not-for-profit institutions. However, nothing would prevent for-profit providers from competing to supply services, including hospital services, as long as they were subjected to the same quality control regulations and evaluations as public sector institutions. Such a structure is entirely consistent with the *Canada Health Act* (and is discussed more fully under Principle Eight in Chapter Two), which does not prohibit private, for-profit institutions. Having noted this, the Committee wishes to make it perfectly clear that it is not pushing for the creation of private for-profit facilities.

It is important to understand that the first stage of reform (the separation of funder/insurer, provider and evaluator) would have to be done before embarking on the second stage, because the second stage (the separation of purchaser and provider) requires that health care institutions know the cost of providing a given service to a patient. At present, the

---

<sup>25</sup> A recent review of the various possible types of “internal market” reform can be found in Cam Donaldson, Gillian Currie and Craig Mitton, “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad”, *C.D. Howe Institute Commentary*, April 2001.

<sup>26</sup> Volume Three, pp. 37-44.

<sup>27</sup> Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Chair), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, Government of Ontario, December 1999.

<sup>28</sup> Monique Jérôme-Forget and Claude E. Forget, *Who is the Master? – A Blueprint for Canadian Health Care Reform*, Institute for Research on Public Policy, 1998.

<sup>29</sup> Once enrolled, patients would have to remain with their designated primary health care team for a specific period, usually a year, unless they changed their place of residence. Similarly, enrolled patients do not have direct access to a medical specialist; they must be referred to the specialist (gynaecologists, paediatricians, etc.) participating in the group practice. The primary care physician or team acts as the gatekeeper to the rest of the system.

information systems that are required to do this are not available in most institutions, and the current practice of global budgeting is a major factor that discourages their development.

The Committee is convinced that the separation of the three functions of financing (or insuring), delivering and evaluating health care is an essential step toward a truly patient-oriented health care system in Canada – a system whereby the patient receives the most appropriate care, in a timely fashion, by a qualified provider. Such a split will also introduce a much greater degree of transparency and accountability by government. More importantly, the separation makes it possible for a number of incentives to be introduced into the system – incentives which are intended to improve efficiency in the use, provision and management of health care services. While the Committee has not taken a final position on “internal market” reforms, its current inclination would be to have primary health care teams act as purchasers of all health services on behalf of their patients. We intend to review this proposal carefully and present our final recommendations in Volume Six.

#### **1.4 Principles to Guide the Restructuring and Financing of Canada’s Health Care System**

Chapter Two develops the rationale for, and the implications of, the principles for reform supported by the Committee. These principles, which form an integrated whole, are listed below.

##### **THE INSURER:**

1. There should be a single funder (insurer) – the government either directly or through an arm’s length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*.
2. There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.
3. The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.
4. The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.
5. The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.

6. The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.
7. The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

**THE PROVIDER:**

8. In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.
9. Regional health authorities should have the responsibility for purchasing hospital services provided by institutions within their region.
10. Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day, seven days a week.
11. To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.
12. New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.
13. In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.
14. A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.

## **THE EVALUATOR:**

15. Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.
16. Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.

## **THE PATIENT:**

17. Canada's publicly funded health care system should be patient-oriented.
18. Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.
19. Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.
20. For each type of major procedure or treatment a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.

## CHAPTER TWO:

# PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM

---

## 2.1 Financing (or Insuring) Health Care

### *Principle One*

**There should be a single funder (insurer) – the government directly or through an arm's length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act***

The most compelling argument for a single public funder or insurer is that a publicly funded hospital and doctor system is the essence of the health care system which Canadians strongly support. The Committee agrees that this central element of our system must be maintained, provided that the system meets appropriate standards for quality services delivered in a timely manner.

That is, the Committee believes that there should be a single funder – the government directly or through an arm's length agency – for medically necessary hospital and doctor services. A single-funder system yields considerable efficiencies over any form of multi-funder arrangement, including administrative,

***The Committee believes that there should be a single funder – the government directly or through an arm's length agency - for hospital and doctor services. A single-funder system yields considerable efficiencies, including administrative, economic and informational economies of scale, over any form of multi-funder arrangement. (...) As a corollary, there should not be private insurance for publicly insured hospital and doctor services.***

economic and informational economies of scale. Furthermore, since a publicly funded hospital and doctor system has become a fundamental element of Canadian society, the Committee believes that the single funder should be government, either directly or indirectly (e.g. through a third party, such as a regional health authority or other arm's length agency). As a corollary, there should not be private insurance for publicly insured hospital and doctor services.

In addition, numerous witnesses told the Committee that by concentrating primary financial responsibility in a single funder, the Canadian health care system would lead to more efficient administration of health care insurance. They suggested that Canada's publicly financed single-insurer system for medically necessary services delivered under the *Canada Health Act* eliminates the costs associated with the marketing of competitive health care insurance policies, billing for and collecting premiums, and evaluating insurance risks.

Lee Soderstrom, professor at the Department of Economics, McGill University, described the advantages of a public, single funder for health care as follows:

*Available evidence indicates that the cost of the public insurance would be lower because administrative costs would be lower with that public plan. These costs would be lower because the public plan would take maximum advantage of the economies of scale possible in plan administration. There would be no need for advertising costs.*

*(...)The evidence understates the efficiency gains from having a single payer plan. With the public plan, users avoid administrative hassles when seeking care. They also avoid a second major problem all too familiar to Americans with private insurance: the inevitable, countless administrative difficulties involved in obtaining reimbursement for bills they have incurred.<sup>30</sup>*

Similarly, a document tabled to the Committee by the Atlantic Institute for Market Studies stated:

*Under a private insurance-based model, such as predominates in the USA, the possibility of adverse selection involves high costs that contribute little to the quality of medical care provided. Pooling all citizens into a universal health insurance plan can dramatically lower such costs. The per capita cost of insurance overhead under the Canadian system, wherein the provinces operate "single payer" insurance systems, is approximately one-fifth the per capita cost in the United States where private health insurance is the norm.<sup>31</sup>*

Another strong argument in favour of public health care insurance is the fact that very few Canadians can afford not to be covered. It therefore makes sense to have everyone covered by a single plan. A single-insurer system providing universal coverage also means that no one will deny themselves needed health care because they have a more pressing use for their money (perhaps for food, shelter, clothing, etc.). Nor will anyone be denied necessary care due to inability to pay.

***A single-funder model also implies that there will not be, within Canada, a parallel, private insurance sector that competes with public insurance for the funding of hospital and doctor services covered under the Canada Health Act, at those hospitals and with those doctors that care for publicly funded patients.***

A single-funder model also implies that there will not be, within Canada, a parallel, private insurance sector that competes with public insurance for the funding of hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*, at those hospitals and with those doctors that care for publicly funded patients. The public funding of the Canadian health care

<sup>30</sup> Professor Lee Soderstrom, Brief to the Committee, 31 October 2001, p. 4.

<sup>31</sup> Brian Lee Crowley and David Zitner, *Operating in the Dark: The Gathering Crisis in Canada's Public Health Care System*, Atlantic Institute for Market Studies, November 1999, p. 9.



system would still be done using revenue raised through general taxes, earmarked taxes or public health care insurance premiums, as is currently the case. Canadians should, however, still be permitted to purchase private insurance for non-publicly insured health services and to buy insurance abroad for services delivered abroad as they do now. Health care institutions would also continue to receive the additional revenue they currently derive from non-insured benefits and services.

Under the current Canadian health care system, a provider can be paid from private sources for the delivery of services that are publicly insured as long as the provider opts out completely from the public system, taking no publicly funded patients. Research brought to the attention of the Committee shows that allowing doctors to function in both the public and parallel private systems disadvantages patients in the publicly funded system, both in terms of quality and timeliness of care. Therefore, the Committee feels it is important that the current restrictions which prevent doctors from operating simultaneously in parallel public and private systems be maintained.

***Therefore, the Committee feels it is important that the current restrictions which prevent doctors from operating in both parallel public and private systems be maintained.***

Moreover, the Committee agrees with witnesses that no one should face excessive financial hardship or possible bankruptcy because of illness, disease, injury or disability. Access to timely and medically necessary health services should be available to all, regardless of income. This does not mean, however, that Canadians should not bear some responsibility to keep healthy or to contribute to the future sustainability of the health care system. Rather, it means that any funding mechanism or financial involvement by individual Canadians should be equitable and fairly distributed. Incentives designed to encourage responsible use of the publicly funded health care system by patients are discussed in Section 2.4 below.

## ***Principle Two***

**There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.**

The Committee heard repeatedly that there is a major lack of stability and predictability in the policies and the financing of the Canadian health care system. For example, Lawrence Nestman, professor at the School of Health Services Administration, Dalhousie University, stated that the high turnover of ministers of health and their deputies, as well as that of senior civil servants, has created an atmosphere of unpredictability in federal and provincial/territorial relationships and in health care policies, particularly with regard to those policies that are related to funding.<sup>32</sup> This view was echoed by Jeff Lozon, President of St Michael's Hospital in Toronto and former deputy minister of health in Ontario, who said:

---

<sup>32</sup> Professor Lawrence Nestman, *Three Proposals to Improve Federal-Provincial Relations in the Health Services Field*, Brief to the Committee, p. 1.

*My first point is perhaps my most strongly held. It is premised on the urgent need for predictability and stability of direction in the health care system, it is driven by the need to shelter the system from the daily parry and thrust of the political fabric. One of the least desirable, most difficult and important jobs is the leadership of the health care system at a provincial level. Without more stability and certainty, the best reform policies will fail. Consider the following. In Ontario, there have been 7 Ministers of Health in the last 10 years, and 7 Deputy Ministers in that same timeframe. Based on personal experience, I know that 3 months as Deputy Minister gives you seniority over half you colleagues, and going beyond one year constitutes long service! The job expectancy of a Minister of Health is 15 months, and a Deputy Minister about the same. It is impossible to take the system forward with that type of turnover, and long range system planning is impractical.<sup>33</sup>*

Both Professor Nestman and Mr. Lozon recommended the creation of provincial non-profit organizations to run the health care system. In their models, these bodies would consist of a board of directors appointed by the government and supported by a staff of experts. They would exist at arm's length from the political process and would replace the current departments of health. According to Mr. Lozon:

*In this way, a sense of stability and direction could emerge distanced from the day-to-day pressures of electoral politics and would continue to be responsible for high level goals established by the legislature.<sup>34</sup>*

Similarly, the Committee was told that health care funding is heavily dependent on annual revenues to the government and can fluctuate significantly with changes in the economy. In his brief to the Committee, Claude Forget stated:

*Governments have used the health care sector as their main deficit-fighting tool, and yet the need of those services is not sensitive to economic cycles. (...) It is difficult to manage a budget which changes unpredictably in time, largely beyond the control of managerial intervention.<sup>35</sup>*

Witnesses also complained about the lack of strategic and long-term planning to deal with the anticipated and growing health care cost pressures resulting from an aging population, rising expectations and costly technology and drugs (see section 1.1 above). They stressed that stability and predictability in health care funding, for example in the form of multi-year funding arrangements, is a prerequisite to undertaking any systemic reform and sustaining public confidence. This observation was also made in the Romanow report:

---

<sup>33</sup>Jeffrey C. Lozon, Brief to the Committee, 29 October 2001, p. 4.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>35</sup> Claude Forget, *Canadians' Health: The Role of Government*, Brief to the Committee, 31 October 2001, pp. 7-8.

*(...) our health care system has in recent years suffered from inconsistent and erratic funding. Many key health care decisions – from building new facilities, to creating new capacity and delivering certain types of services to targeted populations – require a long planning cycle. When health care decision makers are obliged to cope with constantly shifting priorities, or when anticipated resources are reduced or eliminated, great uncertainty is the first result quickly followed by reductions in services. This lack of stable, long-term, predictable funding is jeopardizing long-term planning and, in turn, eroding public confidence in the system’s future.*<sup>36</sup>

Many witnesses underlined the important role the federal government could play in ensuring such stability. For example, the British Columbia Health Association stressed:

*A stable funding contribution from the federal government is essential in order to ensure that our provincial health care systems can function in an environment that is conducive to undertaking fundamental changes and implementing required innovations.*<sup>37</sup>

Similarly, Bill Bryant, Chair of the Southwestern regional health authority in Manitoba stated:

*Before we can undertake dramatic and sustainable reconfiguration of the system, which we believe is needed, a stable and on-going funding framework must be assured. Some of the basic infrastructures of our health care system have suffered serious erosion over the past decade as a result of “stop-and-go” funding methodologies by both federal and provincial governments. Therefore, one of the first priorities must be a significant and sustained federal cash commitment to restore stability to the existing health care system and ultimately renew confidence in the health care system.*<sup>38</sup>

The Committee concurs with the witnesses that there should be stability of, and predictability in, government funding. It is our view that no industry can be expected to effectively operate if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations over which it has no control. In fact, effective planning, which is an essential element of an efficiently operated industry, is impossible unless stability and predictability of funding is assured. In other words, multi-year funding is essential to running the publicly funded health care system efficiently.

***The Committee concurs with the witnesses that there should be stability of, and predictability in, government funding. It is our view that no industry can be expected to effectively operate if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations over which it has no control. Multi-year funding is essential to running the publicly funded health care system efficiently.***

<sup>36</sup> *Shape the Future of Health Care, Interim Report*, pp. 4-5.

<sup>37</sup> Health Association of British Columbia, Brief to the Committee, October 2001, p. 3.

<sup>38</sup> Bill Bryant, Brief to the Committee, 15 October 2001, p. 1.

Stability and predictability require that governments are capable of providing sufficient funding in order to meet health care needs at all times, including times of fiscal restraint. This is, of course, easier said than done, given that health care needs do not vary with economic cycles as government revenues do. The challenge, therefore, will be to ensure that spending on health care does not crowd out other vital forms of public spending, including education, infrastructure, security, and various other social services:

*Spending on health care cannot be allowed to crowd out other vital forms of public spending, including education, infrastructure and other social services. Our future prosperity and health depend on all of these, and to the extent that it is crowding out these other forms of spending, tax-financed health care in its current form is not sustainable.<sup>39</sup>*

This principle does not, in itself, prescribe what sources of revenue are to be used by government in order to guarantee stability and predictability. It does, however, raise two important questions:

- First, should earmarked taxes or health care insurance premiums be used to pay for health care in order to help ensure the predictability and stability of funding?
- Second, should some form of arm's length agency, as suggested by several witnesses, including Professor Nestman and Mr. Lozon, be given the responsibility for managing the health care system, in order to shelter the system from the daily parry and thrust of elected politics?

The Committee will seek views on these questions before giving the Committee's answers to them in our October report.

---

<sup>39</sup> Premier Advisory Council on Health (Alberta), p. 31.

## Principle Three

### **The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.**

Many witnesses underlined the crucial role of the federal government in financing the hospital and doctor system and in ensuring stability in funding. Although the provision of health care is under provincial and territorial responsibility, the federal government has historically played a major role in financing the health services covered under the *Canada Health Act*. Witnesses told the Committee that a number of reasons explain why it is important that this major role be continued. These reasons were explained in Section 1.2.

On a number of occasions, provincial and territorial governments have called on the federal government to increase CHST transfer payments in order to help stabilize and sustain Canada's health care insurance system. Increasing the federal contribution to health care would likely require raising the level of federal taxation. As stated in Chapter One under Section 1.1, this could prove difficult to implement, as Canada's personal taxes are the highest of the G-7 countries and among the highest in the OECD.<sup>40</sup> Accordingly, Canadians need to balance their desire for publicly funded health services with their willingness to pay taxes to support the financing of those services.

***...a number of witnesses suggested we should diversify the revenue sources used to support health care. This would serve to improve timely access to health care and/or to expand the basket of publicly insured health services. A national health care insurance premium would be an example of an earmarked revenue source which could be used to support health care.***

A major concern that was raised during the Committee's cross-country hearings was that if we continue to depend solely on the general tax base of provincial/territorial and federal governments to support health care, we may end up having to increase the rationing of publicly funded health care services. For this reason, a number of witnesses suggested we should diversify the revenue sources used to support health care. This would serve to improve timely access to health care and/or to expand the basket of publicly insured health services. A national health care insurance premium would be an example of an earmarked revenue source which could be used to support health care.

***...a number of witnesses suggested that it would be essential to establish a mechanism that would allow federal funding to be targeted to specific purposes, its usefulness and efficacy to be evaluated and those who spend it to be held accountable.***

<sup>40</sup> Statistics Canada, "Recent Trends in Taxes Internationally", in *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue No. 75-001-XIE, Vol. 2, No. 1, January 2001, pp. 36-40.

A further issue has to do with whether provinces and territories should have to account for their use of new or additional federal funds. The evidence provided in the Committee's Phase One report showed that block transfers inhibit government accountability.<sup>41</sup> For this reason, a number of witnesses suggested that it would be essential to establish a mechanism that would allow federal funding to be targeted to specific purposes, its usefulness and efficacy to be evaluated and those who spend it to be held accountable. One such mechanism, recommended by Claude Forget, was that a portion of personal income taxes be allocated permanently to health care in order to ensure stability of the financial health care system and that this proportion be integrated into federal-provincial fiscal arrangements. The Committee's recommendations on the funding issue will be presented in our October 2002 report.

## *Principle Four*

**The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.**

The Committee is of the view that health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.

***The Committee is of the view that health services covered under the Canada Health Act should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.***

The Committee concurs with the Canadian HealthCare Association that now is the time to examine the public private mix in health care if the federal and provincial governments are to develop sound public policies. The Association, which represents provincial and territorial hospital and health organizations across Canada, stated:

*It is time for governments, managers, trustees, providers, researchers and the public to develop and implement sound public policies to ensure that we achieve the appropriate private-public mix in our health care system.<sup>42</sup>*

---

<sup>41</sup> Volume One, pp. 5-30

<sup>42</sup> Canadian Health Care Association, *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, Policy Brief, 2001, p. 3.

In this perspective, the Committee agrees with the report of the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report in Alberta that consideration should be given to reviewing the principle of comprehensiveness of the *Canada Health Act*. Both reports recommended the establishment of a permanent committee, made up of citizens, ethicists, doctors and scientists, to review and make decisions on services that should be publicly insured. Such a review would lead to evidence-based decision making for public health care coverage. Such a review would also set the boundaries between publicly insured and privately funded health services:

***The Committee supports the establishment of a permanent committee, made of citizens, ethicists, doctors and scientists, to review and make decisions on services that should be publicly insured.***

*On an initial basis, the expert panel should review the broad categories of services currently provided and decide whether all existing services should be “grandfathered” for continued public funding. Services that are not publicly insured could be provided by the public or private health care provider but would not be paid for by public health care funds.<sup>43</sup>*

The Committee agrees with the intent of the above quotation, but disagrees that the panel should be composed only of experts. We strongly believe that input from those who would be directly affected by the panel’s decisions – namely citizens – is essential if the process is to be truly open and is to have public credibility and acceptability. Moreover, only such an open process will make possible the essential debate of what health services Canadians are prepared to pay for through their taxes.

Thus, the Committee concurs with the Romanow Commission that the public must be involved in the process for determining publicly funded health services:

*Canadians need a greater say in determining what health services should or should not be publicly covered. Although elected governments must always retain accountability, the ways in which decisions are currently made, and who is making them are difficult to understand and often even more difficult to justify.<sup>44</sup>*

Determining which services should be paid for publicly and which ones should not – that is, deciding what services are to be listed and delisted – has always been part of the way that Canadian Medicare has functioned. That is why there are some differences in what is covered in different provinces/territories. As indicated in Volume One of the Committee’s study, for example, the removal of warts is no longer covered in Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan and British Columbia, but it remains publicly insured in Newfoundland, Quebec and Prince Edward Island. Similarly, stomach stapling is covered in

---

<sup>43</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Alberta), p. 45.

<sup>44</sup> *Shaping the Future of Health Care*, p. 18.

most provinces, but it is not insured in New Brunswick, Nova Scotia or the Yukon, and patients in these provinces must pay for this procedure.<sup>45</sup>

Revising the comprehensive basket of publicly insured health services is not intended to reduce costs but to improve evidence-based decisions with respect to public funding. However, it is important to stress that there are limits to what the publicly funded health care system can provide. To put this simply, public health care insurance cannot do all things for all people. What is critical, however, is that the determination of what is to be covered publicly should be done through an open and transparent process, rather than the current process in which decisions about what is covered are made in secret by governments with no public input.

This point was emphasized by the Honourable Monique Bégin, who was the federal Minister of Health at the time the Canada Health Act was enacted, in a recent speech:

*... choices are being made every day without citizens knowing. ... the de-listing of services, a completely secretive process, must be made explicit as a matter of accountability.*<sup>46</sup>

The Committee believes that such an open process would create the possibility for there to be a public debate over whether the population would be prepared to pay more to government in order to have more services covered under the public insurance plan. We also believe that there should be national standards that define those services which are to be covered publicly in each province/territory.

***The Committee believes that such an open process would create the possibility for there to be a public debate over whether the population would be prepared to pay more to government in order to have more services covered under the public insurance plan. We also believe that there should be national standards that define those services which are to be covered publicly in each province/territory.***

---

<sup>45</sup> Volume One, pp. 98-99.

<sup>46</sup> The Hon. Monique Bégin, "Revisiting the Canada Health Act (1984): What Are the Impediments to Change?" delivered at The Institute for Research on Public Policy 30th Anniversary Conference, February 20, 2002, p. 6.



## *Principle Five*

### **The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.**

During Phase Two of its health care study, the Committee was told that although Canada ranks 5<sup>th</sup> among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology. For example, Canada lags behind many other countries in terms of access to CT scanners, MRIs and lithotriptors.<sup>47</sup>

Availability is not the only issue with respect to health care technology. The “aging” of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% and 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated. The Committee was told that the shortage of new technology and the use of outdated equipment impede accurate diagnoses and limit the quality of treatment that can be provided.<sup>48</sup>

The federal government has responded to the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of \$1 billion in 2000-01 and 2001-02 to assist the provinces and territories in purchasing new medical equipment. The Committee welcomes this injection of new federal funds as an important step toward the acquisition of needed health care technology.

However, the Committee is concerned that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent. This is why we strongly believe, as stated under Principle Three, that a much better accountability mechanism is needed for targeted federal funds.

***...the Committee is concerned that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent. This is why we strongly believe, as stated under Principle Three, that a much better accountability mechanism is needed for targeted federal funds.***

Overall, the Committee believes that the federal government should commit to a long-term program of financing for health care technology. In our view, such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces/territories on their use of these targeted federal funds. Chapter 3 of this report provides our findings and recommendations in this regard.

<sup>47</sup> Volume Two, p. 38.

<sup>48</sup> Volume Two, p. 39.

**The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.**

The Committee believes that the federal government should demonstrate its commitment to improving the health of Canadians and provide further investment in those important areas for which it has a major responsibility, such as health promotion, health protection, health research, and health information systems and health care technology assessment. In Volume Four of its study, the Committee<sup>49</sup> identified a number of objectives for the federal government in these areas that it feels should be actively pursued. These include:

- Fostering the development of a solid base of innovative health research in Canada that compares favourably with that in other countries;
- Laying the foundation for evidence-based decision-making in areas that affect both well-being and the delivery of health care, while ensuring the protection of privacy, confidentiality and security of personal health information;
- With respect to health protection: strengthen our national capacity to identify and reduce risk factors which can cause injury, illness, and disease, and to reduce the economic burden of disease in Canada;
- With respect to health promotion and disease prevention: develop, implement and assess programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle;
- With respect to wellness: encourage population health strategies that work on the full range of health determinants.

Aboriginal health must be a priority for the federal government. The Committee has already stated unequivocally that the health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. The Committee believes that, given its constitutional responsibilities, the federal government must act immediately to attack the poor health and socio-economic conditions that plague many Aboriginal communities.

Specific recommendations on health care technology assessment are presented in Chapter 3. Our recommendations with respect to health information systems are provided in Chapter 4, while those pertaining to health research are detailed in Chapter 5. The issues related to Aboriginal health and health promotion are discussed in Chapter 7.

---

<sup>49</sup> See Volume Four, pp. 19-24.

## Principle Seven

**The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.**

The Committee believes that the consequences arising from changes to government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced. Transparency and accountability in government decision-making require that the implications of funding changes be clearly understood by both decision-makers and the public. The lack of transparency was also raised in the Romanow report which stated: “There should be more transparency in terms of how much money is being spent, by whom, on what basis and with what results.”<sup>50</sup>

This principle would apply both to increases and to decreases in government funding. Cuts in government funding translate into the rationing of the supply of hospital and doctor services. In this case, government must explain what services will be rationed. In the event that increases in health care spending are necessary, government must clearly indicate how such increases will be funded and what impact these increases will have on the supply of health care services.

Currently, resources appear to be largely allocated by negotiation among various groups working in the health care system. The allocation is not based on systematic knowledge of either the outcomes of care or access to care or testable predictions of the consequences of changes in funding. Up to now, health care organizations and Departments of Health have been unable to inform Canadians if previous changes in health services delivery have improved, or harmed, access to and quality of health care. The deployment of an electronic patient record system, discussed in more detail in Section 2.4, is the first step towards an evidence-based decision-making process.

The most important reason for enabling the public to understand the health service consequences of changes in the amount of funding for hospitals and doctors is that it will move the debate away from being based strictly on financial data to a debate about services to be covered, the length of waiting lines, the quality of outcomes, and so on. This would move the public debate to where it ought to be – a debate about levels and standards of services to patients. At the present time,

***The most important reason for enabling the public to understand the health service consequences of changes in the amount of funding for hospitals and doctors is that it will move the debate away from being based strictly on financial data to a debate about services to be covered, the length of waiting lines and so on. This would move the public debate to where it ought to be – a debate about levels of services to patients.***

<sup>50</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 27.

such a debate is not possible because there is no way in which the public can translate statements about health care funding into the one thing which really matters to them, namely what is the impact of various levels of funding on the health services the public receives, their quality, and the amount of time they have to wait to receive them.

## 2.2 Delivering Health Care

*(Note: Readers will find three diagrams at the end of this chapter that illustrate the reforms discussed by the Committee in Principles Eight through Thirteen.)*

### Principle Eight

**In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.**

In Canada, the global budget has been the dominant funding mechanism for virtually all acute care hospitals for about 30 years. There is good reason for this, because global budgets have some attractive features. They offer simplified accounting for both hospitals and the provincial health departments. Perhaps more importantly for government, they offer a method of cost control.

Global budgets, however, have a number of disadvantages. The first one is a progressive and permanent loss of information about what things cost. The Committee was told that it is shameful that in a system as sophisticated as the health care system, not even senior managers know, for example, what a simple appendectomy costs.

The lack of financial feedback means that there are no yardsticks to compare performance on any basis, financial or otherwise. This allows those hospitals or regions with less efficient practices to imbed those practices and continue doing what they are doing without any focus on performance. Second, the Committee heard that global budgets tend to place patients at the bottom of the list of priorities.

Les Vertesi, Chief of the Department of Emergency Medicine at the Royal Columbian Hospital (Vancouver), suggested an alternative to global budgets: the Service Based Funding (SBF).<sup>51</sup> SBF is a form of activity-based remuneration under which a monetary value is assigned to each type of hospital service and the institution receives payment only once it has actually provided that service. According to Dr. Vertesi, SBF would have a number of immediate advantages, apparent right away after the new mode of remuneration is implemented:

- Since it fundamentally changes the incentives, the vicious cycle of cost escalation would stop;

---

<sup>51</sup> See his *Broken Promises: Why Canadian Medicare is in Trouble and What Can Be Done to Save It* (unpublished manuscript).

- It provides a yardstick that would uncover less efficient hospitals and regions, so they can be helped;
- Health departments could develop standards and monitor hospitals;
- Waiting lists would decrease;
- Patient-centred, and patients' choices carry weight;
- Hospitals that know how to provide service at a competitive price would see some hope again and be able to offer assistance to others.

The health department or regional health authority would be responsible for setting the value of each hospital service. The fact that such value determination remains under government control means that government influence over the direction of change would be enhanced, not decreased. Instead of overall funding ceilings, targeted controls would be possible. Even small changes in the relative values could have a large impact on the direction and pace of change. Ultimately, as long as values remain under the control of the government, total funding cannot exceed what government wants to spend.

The Committee heard that such a method for remunerating hospital services would lead to the development of centres of specialization for the provision of certain surgeries or treatment of certain conditions, particularly in large urban centres. Such a change in the delivery of hospital services should be encouraged because of the efficiencies it brings. This would also contribute to improving the quality of services.

Hospitals or regions with special expertise should be able to “market” those services to other regions and enter into contracts with other regions to deliver services. In this way, regions would generate a sufficient volume of services to allow them to achieve better outcomes.

The advantages of specialization for selected hospital services were acknowledged by Provincial Premiers and Territorial Leaders who agreed, at their January 2002 meeting, to share human resources and equipment by developing “Sites of Excellence” in a number of complex surgical procedures.<sup>52</sup>

The Committee believes that, as much as possible, hospitals should be funded for the specific services they provide (that is, according to service-based funding) rather than on the basis of an annual global budget. Service-based funding appears to be an appropriate form of remuneration, particularly for community hospitals. We acknowledge that another form of payment may need to be considered for teaching hospitals where clinical activities are intermingled with teaching and research and services are frequently one-of-a-kind. We are also aware of the concern that remunerating hospitals for each service

***The Committee believes that, as much as possible, hospitals should be funded for the specific services they provide (that is, according to service based funding) rather than on the basis of an annual global budget.***

<sup>52</sup> Specialized hospital services include for example paediatric cardiac surgery and gamma knife neurosurgery.

performed may lead to over-servicing. The Committee will discuss these issues in more detail in Volume Six.

It is the view of the Committee that remunerating hospitals according to a pre-established value for each service provided is essential if the government and the public are to understand the implications of funding changes on the numbers and types of services that are feasible under a fixed government health care budget. It is also an essential first step in moving toward a system in which purchasers and providers are split as described under Principle Thirteen below.

Some might wonder whether it is contradictory for the Committee to recommend shifting to service-based funding for hospitals while at the same time advocating moving away from fee-for-service payments to individual doctors (as we do in Principle 11 below). In other words, why does the Committee propose the adoption of a form of funding for hospitals that is roughly equivalent to a method of payment for doctors that it feels should be abandoned?

The answer, in the Committee's view, lies in understanding the impact that a payment system has under various circumstances. Both fee-for-service and service based funding encourage providers (doctors or hospitals) to increase the volume of services that they deliver. In the case of doctors, this can lead to placing greater emphasis on numbers of patients seen rather than on the quality of care. This is why alternate forms of payment must be introduced for primary care physicians. In the case of hospitals, however, an incentive to provide more services is precisely what is needed, given the current waiting lists. Thus, a shift towards service based funding would prove beneficial. Principles 8 and 11 offer a good illustration of the Committee's efforts to find the appropriate incentives to stimulate the types of behavioural changes that the Committee believes are necessary.

The Committee wishes to stress that service based funding for hospitals, and the separation of the funder function from that of the institutional provider of services, means that ownership of the institutional service provider would not be a matter of concern. We believe that the patient and the funder will be equally well served no matter what the corporate ownership structure of a health care institution is, as long as the two following conditions are met:

1. All institutions in a province are paid the same amount of money for performing any given medical procedure or service.
2. All institutions, no matter what their ownership structure is, are subjected to the same rigorous and independent quality control and evaluation system (see Principles Fifteen and Sixteen).

The first condition ensures that the funder is indifferent to the ownership structure. The second ensures that the patient is indifferent, since it ensures that no institution can put profit above quality of care.

The Committee wants to make it clear that it is not pushing for the creation of private, for-profit, facilities. Neither do we believe that they should be prohibited, just as they are not now prohibited under the *Canada Health Act*.<sup>53</sup> Moreover, as we said in Chapter One (see Section 1.4), we fully expect that the overwhelming majority of institutional providers would continue to be, as they are now, privately owned, not-for-profit, institutions.

During the cross-country hearings, a number of witnesses raised the concern that introducing private sector participation through contracting out might expose Canada's publicly funded health care system to trade challenges. The report of the Romanow Commission also stated that "our ability to reform and innovate within the health care system may be affected by the rules of international trade agreements."<sup>54</sup>

The Committee requested information from Health Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade on this issue. Senior departmental personnel informed the Committee that the federal government has always maintained the same position with respect to health care and international trade agreements: Canada's health care sector is not negotiable.

A provision in the North American Free Trade Agreement (NAFTA) stipulates that Canada preserves its ability to maintain or establish any measures for a public purpose, including health care. Similarly, under the WTO General Agreement on Trade in Services (GATS), the exclusion of "services supplied in the exercise of governmental authority" from the scope of the Agreement, combined with the absence of commitments by Canada with regards to health services, provides the policy flexibility required to preserve our publicly insured hospital and doctor system. The same longstanding position is being adopted by Canada in the context of the negotiations under the Free Trade Area of the Americas (FTAA).

Overall, the Committee believes that it has obtained sufficient assurance from both Health Canada and the Department of Foreign Affairs and International Trade and is convinced that international trade agreements do not, and will not, pose a threat to Canada's publicly funded health care system.

## *Principle Nine*

**Regional health authorities should have the responsibility for purchasing hospital services provided by institutions within their region.**

During the last decades, most provinces (other than Ontario) have established regional health authorities. Regional health authorities are responsible for assessing the needs of the population in a certain geographic area and for setting health care priorities and assigning

---

<sup>53</sup> As the Honourable Monique Bégin and others have pointed out, there are many misconceptions surrounding the 'public administration' provision of the *Canada Health Act* (see footnote 77 below). On this point see as well the Myths and Realities section of Vol. 1 of the Committee's study, p. 98.

<sup>54</sup> *Shape the Future of Health Care*, p. 44.

resources in line with those needs. Currently, hospitals and many other health care providers are overseen by these regional health authorities.

One important criticism of regional health authorities is that their control over spending is limited. For the most part, regional health authorities receive a budget from the provincial government which they simply pass to hospitals and other providers of care. In doing so, they are not able to direct the priorities and spending for which they are, in theory, responsible. Neither are they able to reward efficient providers. In particular, regional health authorities do not have control over the cost of doctor services, a control that they must have if they are to manage effectively the health services in their region.

The Committee learned that this problem can be corrected by establishing an “internal market” in which the regional health authorities are responsible for purchasing health services on behalf of the residents of their region:

**...regional health authorities do not have control over the cost of doctor services, a control that they must have if they are to manage effectively the health services in their region.**

*With an “internal market”, regional health authorities hold the purse strings and choose between providers on the basis of quality and cost, rather than simply funding the decisions of those using the resources.<sup>55</sup>*

Such a form of “internal market” has the potential to introduce competition based on both cost and quality among hospitals and other institutions. This also provides the incentives for providers to become more cost conscious and to make decisions about what to provide, to whom, and at what standard. Furthermore, such reform has the potential to reconfigure services in a way that is more in line with population needs.

The Committee believes that devolution of the purchasing function to regional health authorities is part of the first step in reforming health care in Canada. In fact, regional health authorities exist in most provinces and a large percentage of health care spending occurs in and around large cities, creating the potential for competition among providers. At the same time, the Committee is aware that this principle will have to be applied with flexibility so as to take into account the many differences in the size of the regions, as well as the rural/urban mix they contain and the number of health care providers and institutions within their jurisdiction.

**The Committee believes that the devolution of the purchasing function to regional health authorities is part of the first step in reforming health care in Canada.**

We believe, however, that, over time, the purchasing function should be devolved even further – to primary health care teams – as a way of decentralizing decision-making and providing care that is more responsive to patients’ needs (see Principle Thirteen). This would be part of the second stage of reform, as discussed in Section 1.4.

<sup>55</sup> Cam Donaldson, Gillian Currie and Craig Mitton, “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad”, *C.D. Howe Institute Commentary*, April 2001, p. 8.



### **Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week.**

All recent provincial reports have recommended the creation of a network of primary care groups. These proposals all share some common features:

- access 7/24/365 to comprehensive primary care;
- “rostering” or enrolment of patients in the primary care group of their choice on an annual basis;
- better utilization of the spectrum of health care providers through interdisciplinary team work;
- integration and coordination of all health services through the function of “gatekeeping”;
- potential for expansion of public health care coverage;
- change in the method of remuneration of physicians (from fee-for-service to either capitation or blended payment).

Consistent with the recommendations of various provincial health care commissions, the Committee believes that primary care reform should lead to comprehensive primary care being provided by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day, seven days a week. This will enable patients to have access to primary care always as their initial point of contact with the health care system. This will permit a more efficient operation of the primary care sector, and will take considerable pressure off hospitals’ emergency rooms.

The recommendations of these provincial reports, however, diverged on the extent to which primary care groups should be responsible for purchasing health services on behalf of their patients. The Health Services Restructuring Commission in Ontario suggested that, in addition to providing primary care, primary care groups should also assume the responsibility for purchasing a wide range of health services on behalf of their patients including: hospitals, specialists, public health, rehabilitation centres, long-term care facilities, home care, community care.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> The Mazankowski report acknowledged and supported the movement towards primary care reform along with a change to primary care physician remuneration, but was of the view that the purchasing function should remain within regional health authorities. Accordingly, the report recommended that a portion of the budget for physicians be allocated to regional health authorities which would then contract with them for primary care services. Similarly, both the Clair Commission in Quebec and the Fyke Commission in Saskatchewan stressed that regional health authorities should organize and manage primary care group practices, contracting with or otherwise employing all providers including physicians

Although numerous provincial commissions have all recommended reforming primary care, no single model has been proposed that could be universally implemented. This observation was also made by the Romanow Commission:

*There are an endless variety of potential models and approaches [to primary care reform], but a common element in most is that governments would fund these organizations based on some combination of the number of registered patients, population served, and the health outcomes achieved. While steps have been taken in every province to initiate primary care pilot projects, many argue that, because primary care is the key catalyst to real change in the health care system, it is time to move past the rhetoric and pilot projects and into true action.<sup>57</sup>*

Therefore, flexibility will be required in deciding how to apply this principle. In addition, the experience of a number of provinces and territories has shown that setting up primary care groups is neither easy nor cheap. Indeed, as explained in Section 1.1, the cost of restructuring is one of the reasons why the Committee has concluded that the current system is not fiscally sustainable. Other findings with respect to primary care reform are discussed in more detail in Chapter Six of this report.

## *Principle Eleven*

**To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.**

Fee-for-service payment is the dominant form of primary care physician remuneration in Canada. Almost 90% of family physicians surveyed by the Canadian College of Family Physicians in 2001 said that they received some proportion of their earnings in the form of fee-for-service payments,<sup>58</sup> and that these payments accounted for an average of 88 percent of their total income.<sup>59</sup> Although in 1999-00, over 20% of Canadian physicians received some payments for clinical care through alternate forms of payment, such as salaries or capitation, in most provinces these alternate sources were the main form of remuneration for less than 10% of physicians.<sup>60</sup>

Under a fee-for-service payment scheme, primary care physicians are paid a fee for each service they provide to patients according to a preset schedule of tariffs. Fee-for-service is a relatively simple and transparent payment method. It is also fairly easy to administer.

<sup>57</sup> *Share the Future of Health Care*, p. 34.

<sup>58</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 73.

<sup>59</sup> Hutchison, Brian and Julia Abelson and John Lavis, "Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change," in *Health Affairs*, Vol. 20 No. 3, May-June 2001, p. 117.

<sup>60</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 74.

It has the benefit of familiarity in Canada as patients and doctors alike are aware of how it works.

Fee-for-service, however, has a number of drawbacks. According to many witnesses, fee-for-service provides the wrong signal or incentive to primary care physicians, that of “over-servicing”: the more health services physicians provide, the more income they receive, irrespective of the needs of the patient receiving the service, the outcomes produced or the cost of providing the service. Moreover, because the remuneration is attached to the service, there is no financial reward for physicians to locate in areas with greater needs as long as they can satisfy their workload and income expectations by serving lesser needs in their preferred locations.

For these reasons, many provincial commissions and task forces have identified fee-for-service as incompatible with promoting the best productive use of the time and skills of primary care physicians. In addition, provincial reports pointed out that fee-for-service is also incompatible with primary care reform. Since doctors are paid for every service they provide, they have an incentive to bill for treatments that could be provided more cost-effectively by other health care professionals. This has effectively discouraged collaborative and multidisciplinary practices.

Health care commissions and task forces at the provincial level, namely the Health Services Restructuring Commission in Ontario, the Clair Commission in Quebec and the Mazankowski report in Alberta, all recommended a system of blended remuneration for primary care physicians incorporating elements of capitation<sup>61</sup>, fee-for-service and other rewards. This recognizes the fact that “one size” does not fit all situations:

*Research to date has not identified one funding system as ideal; every model has advantages and disadvantages. Policy makers need to assess their own situation, understand the risks and benefits of each payment model, and decide for themselves what model best address the needs of the funders, providers, and the community.<sup>62</sup>*

The Committee agrees with provincial commissions and task forces that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards. Blended remuneration provides incentives for general practitioners both to work hard and to care for a large number of patients as they do now (through fee-for-service

***The Committee agrees with provincial commissions and task forces that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.***

<sup>61</sup> Capitation refers to a payment system in which a health care unit receives an annual payment for each individual to whom the unit is responsible for providing service. The amount of the payment may depend on the age and medical history of the individual, but not on the number of service calls the individual makes to the unit during the year.

<sup>62</sup> Canadian Health Services Research Foundation, *Integrated Health Systems in Canada: Three Policy Syntheses – Questions and Answers*, July 1999, p. 2.

funding) and to emphasize preventive care and population health (through capitation funding). However, since physicians are not all alike in their financial expectations or in their reaction to various types of incentive, there must be flexibility in the remuneration system that is used for different group practices. Nonetheless, the Committee acknowledges that, in order to implement primary care reform, a move away from current fee-for-service is essential, otherwise there will be no motivation for family physicians to allow patients to be seen by other clinic staff members.

Most models of primary care reform require that patients enroll with a specific doctor or group practice for a pre-determined period of time, usually a year. Implementation of this kind of reform must therefore confront the perceptions that it limits patients' freedom of choice and, from a doctor's perspective, that it restricts their freedom to practice medicine as they choose.

***Nonetheless, the Committee acknowledges that in order to implement primary care reform, a move away from current fee-for-service is essential, otherwise there will be no motivation for family physicians to allow patients to be seen by other clinic staff members.***

Since a patient need only sign up with a family physician for a year (unless the patient moves his/her residence), this is hardly a significant constraint on patients. Similarly, encouraging doctors to make full use of the skills of all the members of their health care team (e.g. by changing the scope of practice rules so that nurse practitioners can use their full range of skills) is hardly a serious infringement on physicians' freedom to practise as they choose.

As well, the Committee is aware that the issues of how the specialists and physicians employed in teaching hospitals should be remunerated need to be addressed, and the Committee will do so in Volume 6 of its study.

## ***Principle Twelve***

**New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.**

Issues concerning the scope of practice of various health care providers are discussed in Chapter 6. The Committee believes that new scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all primary health care providers to deliver the full range of services for which they have been trained. It is also the Committee's view that there would be significant advantages to these measures being as standardized as possible across the country. National standards would also help reinforce Canadians' belief that their health care system is national, not provincial, in character.

In general, the primary care sector would function more efficiently, without loss of medical efficacy, if providers such as nurse practitioners were able to provide the full range of services for which they have been trained. This would then free up more time for general

practitioners to look after those patients who require their particular set of skills, experience and qualifications.

In addition, achieving a better mix of health care providers requires more than just changing the way they currently practice; it may also require changes to the way in which they are trained and educated.

The Committee understands that changes to the regulatory approach adopted by self-governing professions is essential to implement this principle successfully.

***The Committee believes that new scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.***

## ***Principle Thirteen***

**In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.**

During Phase Three of its study, the Committee learned a great deal about GP fundholding practices in place in the United Kingdom. In Volume Three, we explained that under such Fundholder practices GPs were given a budget from which to purchase care for their patients, including hospital services, specialist services, and prescription drugs.<sup>63</sup>

The Committee was told that the objective of establishing such an “internal market” in the United Kingdom was to overcome a major disincentive, whereby physicians directed a lot of health care activity and spending but without any financial repercussions for themselves and without any financial incentive to be concerned about the cost their decisions imposed on the health care system as a whole. It was also believed that general practitioners (GPs) would be more effective purchasers for their patients than a regional health authority:

*The GP was closer to patients and thus presumably could effectively meet their needs; the GP was also more able to negotiate with local hospitals. The theory was that the need for GPs to keep within budget and patients’ ability to change doctors would lead to greater fiscal responsibility and improvement in quality.*

*(...) Fundholding introduced a financial incentive for those who joined the scheme to be more efficient: they were able to invest any savings from their budgets in improvements in patient care or practice improvement. Fundholders could also move funds between*

---

<sup>63</sup> Volume Three, pp. 37-44.

*components of the budget, allocating resources as they saw fit. Any fundholders that repeatedly failed to meet the budget risked losing fundholding status.*<sup>64</sup>

The Committee was told that an “internal market” reform along the lines of the GP Fundholding scheme could have great potential for implementation in Canada. More specifically, in their 1998 book, Jérôme-Forget and Forget proposed the creation of group practices (referred to as “targeted medical agencies” or TMAs), made up of family physicians, specialists and other health care providers, which would be financially responsible for all the health care needs of their patients. Jérôme-Forget and Forget believe that TMAs as purchaser agents may be more cost-effective and efficient than having this role performed by regional health authorities:

*The goal of establishing physicians as the key decision makers in health care delivery is to decentralize medical decisions and financial responsibility to a level much closer to the patient. (...), many internal market reforms fall short of this objective by giving purchasing responsibility to fairly large organizations. Regional health authorities, (...), are primarily bureaucratic structures whose size makes it difficult to undertake the negotiation of contracts with providers on an individual basis. (...) The [international] experience with large purchasers indicates that they are unable to effectively promote efficient use of resources without resorting to tight regulation of physicians’ behaviour – a technique at odds with Canada’s tradition of physician autonomy. At the other extreme, a minimum size is necessary to take advantage of professional interaction among physicians as well as defray the additional administrative and management costs.*<sup>65</sup>

The Health Services Restructuring Commission in Ontario made a similar recommendation.<sup>66</sup> In their proposal, interdisciplinary health care teams remunerated mainly through funding by capitation would be given permanent and exclusive responsibility for all the health care needs of a given population. In addition, in their role as gatekeepers, these teams would establish contracts with other institutional providers in the region. Eventually, they would be given control over the entire health care budget pertaining to the population on their roster.

It must be acknowledged that, although this network of primary health care teams could be strongly recommended to the population, it would be impossible to force Canadians to adopt it. The Committee was told that one way to make it worthwhile for patients to agree to signing up with a primary health care team would be to introduce a negative financial incentive that would apply to patients who chose to consult with doctors who were outside the network of their chosen primary health care team.

Overall, the Committee believes that an “internal market” in which financial responsibility rests on primary health care teams should probably be established. We do,

---

<sup>64</sup> “Integrating Canada’s Dis-Integrated Health Care System”, p. 13.

<sup>65</sup> *Who is the Master?*, p. 111.

<sup>66</sup> See its report, *Primary Health Care Strategy*, op. cit., pp. 34-40.

however, understand that some provinces/territories may prefer delegating the purchasing responsibility to regional health authorities.

Once again, the Committee wishes to stress that flexibility will be required in applying this principle so as to take into account differences between the regions in terms of the size of their population, the rural/urban mix they contain and the number of health care providers and institutions within their jurisdiction. It is our intention to devote more attention to the second stage of reform in Volume Six.

## ***P**inciple **F**ourteen*

**A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.**

All national and provincial/territorial organizations representing health care providers that appeared before the Committee since the beginning of its health care study insisted that what is needed is a country-wide, long-term, made-in-Canada, human resource strategy coordinated by the federal government. Competition between the different jurisdictions for scarce human resources in health care is detrimental to the country.

It is important to stress that such a strategy must not be exclusively a federal one, with input only, or even primarily, from the federal level of government. It must involve all stakeholders, recognizing that the education and training of health care providers is a provincial/territorial responsibility.

The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development about the funding of two important sectoral studies on the precise human resources needs for physicians and nurses. We believe that this is an important step towards the development of a national approach. Each of these studies will systematically analyze the labour market and culminate in the elaboration of a strategy designed to ensure an adequate supply of appropriately trained professionals.

The Committee strongly supports the involvement of all the key stakeholders in producing these studies. In Chapter 6, we present specific recommendations with respect to human resources in health care, including the creation of a permanent national coordinating body on health care human resources.

## 2.3 Evaluating Health Care

### *Principle Fifteen*

**Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.**

A system of electronic health records (EHR) is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients' health records, including their visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on, all collected in accordance with a system of common standards applying to the data. Many witnesses viewed the EHR system as the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve both quality and accountability. Such a system is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented health care system. A system of EHR is also essential if primary care reform is to be realized.

*The electronic health record (EHR) is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system, quality improvement and accountability. Without it, the prospects for a patient-friendly health care system, optimal teamwork, and efficiency are dim.<sup>67</sup>*

All levels of government in Canada have recognized the importance of deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility of provincial health information networks and to ensure stringent protection of personal health information. The full deployment of a system of EHR was also endorsed by various provincial task forces and commissions on health care, including the Health Services Restructuring Commission report in Ontario, the Clair Commission in Quebec, the Fyke Commission in Saskatchewan and the Mazankowski report in Alberta.

In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed \$500 million in 2000-01 to accelerate the adoption of modern information technologies in the health care system. The Committee was informed that this money has been invested in a not-for-profit corporation, known as Canada Health Infoway Inc., that will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. We believe that this has the potential to constitute a major step towards the full integration of the various health federal/provincial/territorial infrastructures.

---

<sup>67</sup> Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth Fyke, commissioner), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, April 2001, p. 68.



Considerable agreement exists among the provinces and territories and other stakeholders that the federal government should foster collaboration in this area. The Committee welcomes this collaboration between the federal government and the provinces and territories and encourages the federal government to play a leadership role in promoting a system of electronic health records that is consistent across the country, to the benefit of all Canadians.

Generally, patients want to tell their medical history only once, to have their tests and care coordinated and made available to the different health care providers they consult, and to have a more seamless integration of the health services they need. This can be achieved with an EHR. However, Canadians need to have confidence that protective mechanisms are in place that give access to patient records only to those people authorized by patients themselves. The EHR system needs to be developed in a manner that balances the needs of patients for privacy with respect to their personal health information against the needs of the system to be able to provide patients with the care that they require.

Perhaps the most important benefit to be gained from the deployment of EHR across the country is access to evidence-based information that will be used to assess quality of care, system performance, treatment outcomes and patient satisfaction. This will foster accountability and transparency in decision-making regarding health care delivery and policy and promote improvement in the quality of care.

Along with numerous witnesses, the Committee believes that accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of EHR that will capture and translate information on system performance and outcomes. It is our view that measuring outcomes must become an essential part of the health information system. Despite advances in recent years, we still do not have nearly enough knowledge about which procedures and treatments work most effectively, or, indeed, even how best to measure health outcomes. Moving towards a uniform EHR system will facilitate the monitoring and comparison of treatment outcomes across the country.

***The Committee believes that accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of EHR that will capture and translate information on system performance and outcomes. It is our view that measuring outcomes must become an essential part of the health information system.***

The Committee acknowledges that national standards are needed, both at the level of information gathering and processing and for guaranteeing confidentiality and privacy of patient health information, and reiterates its belief that the federal government can play a leading role in helping to bring this about. Our observations and recommendations with respect to health information systems are detailed in Chapter 4.

## Principle Sixteen

**Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.**

As stated above, better information on access to care, quality delivery, system performance and patients' outcomes cannot be achieved without an expanded, long-term investment in information technology, including an EHR. During the Committee's hearings, witnesses stressed that partnerships among the provinces and territories, and the leverage of federal government funding for accelerated development, should be pursued.

Similarly, a recent report to the British Columbia Legislative Assembly stated:

*The federal government should be lobbied for designated funds to deal with this significant, Canada-wide need that if properly addressed will improve the functioning of the whole health care system and the health of all Canadians. The need is urgent.<sup>68</sup>*

While witnesses agreed that governments should finance the health information system, many of them were of the view that governments should not be responsible for assessing health data and evaluating quality and outcomes. They explained that, currently, evaluation is done by the same people responsible for paying for, and for providing, health services. There is no independent assessment of the outcomes and no external audit of the impact of the results. In this regard, the Premier's Advisory Council on Health (Alberta) stated:

*Tracking and monitoring outcomes and providing regular reports to the public is an essential way of improving quality in health care. However, when government and health authorities measure and assess their own outcomes and results, it can put them in a conflict of interest.<sup>69</sup>*

This Advisory Council recommended the establishment of a permanent, independent "Outcomes Commission" to track results, assess outcomes and report regularly to the population.

Similarly, in Saskatchewan, the Fyke Commission recommended the establishment of a "Quality Council", an evidence-based organization, working at arm's length from government. The mandate of this Quality Council would involve reporting regularly to the provincial legislature, as well as to the public on a variety of issues, including: trends in health

---

<sup>68</sup> Select Standing Committee on Health, *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, Report to the British Columbia Legislative Assembly, December 2001, p. 29.

<sup>69</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 68.

status, costs/benefits of health care interventions, clinical practices and clinical errors, evaluation of technology, equipment and drugs, etc. The Fyke report stressed that:

*(...) the Quality Council has the potential to depoliticize decisions, find creative solutions to long-standing problems, free the public from the tyranny of anecdote and ill-informed opinion about the state of care, and reveal where the system provides value for money and where it does not.<sup>70</sup>*

The Committee believes that it is essential to greatly improve the evaluation of our health care delivery system in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes. While such evaluation should be performed at arm's length from the funder/insurer, it should be financed by public funds.

***The Committee believes that it is essential to greatly improve the evaluation of our health care delivery system in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view...that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes.***

Moreover, it is the view of the Committee that such independent evaluation should be performed at the national (not federal) level. This would allow for the pooling of expertise, thereby making the most effective use of the limited human resources that are currently available in Canada, and result in major economies of scale. In addition, the smaller provinces, which would not otherwise be able to sustain a truly effective monitoring and evaluation system, would clearly benefit from the results of a national evaluation process.

The Committee believes that a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent evaluation. More precisely, this type of evaluation should be carried out at three levels:

- First, the role of the Canadian Institute for Health Information should be strengthened. In addition to its responsibilities in the public health field, it should take the task of reporting – preferably publicly – on the performance of all regions and of all institutional providers.
- Second, the Canadian Council for Health Services Accreditation would recommend on a regular basis how to correct deficiencies that were identified in institutions delivering health services. At present, this review is voluntary but it should be made mandatory.

---

<sup>70</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

- Finally, the Citizens' Council on Health Care Quality would be responsible for advising on the development of quality standards and policy to promote improving the quality of health care institutions.

The extent of the authority devolved to each of the three organizations described above would have to be specified. For example, does each organization rely exclusively on public pressure and moral suasion, or should they be able to compel providers who do not meet agreed quality standards to implement changes? There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But this is an issue that must be tackled – it can no longer be ignored.

***The Committee believes that a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent evaluation... There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But this is an issue that must be tackled – it can no longer be ignored.***

## **2.4 Achieving a Patient-Oriented Health Care System**

### ***Principle Seventeen***

**Canada's publicly funded health care system should be patient-oriented.**

In a quality-focussed system, the first priority should be to ensure that individuals get the kind of health care they need and that they be given the tools and support they need to stay healthy.

In Canada currently, the health care system is organized around facilities and providers, not individual Canadians. People are expected to fit into the system and get service when and where the system can provide it.

In other countries, changes have been made to put more focus on patients. This includes introducing health charters or care guarantees to ensure that people get the care they need within a certain period of time and of acceptable quality. This also includes establishing a system in which funding follows the patient.

It is the view of the Committee that patients, at all times, must be at the centre of the health care system. Services should be coordinated around their needs for safe, timely and effective care. Ideally, the goal should be an integrated, cost-effective system characterized by closer working relationships between hospitals, long-term care facilities, primary care, home care, public health, etc.

However, putting patient needs at the centre of the health care system does not mean that anything the patient wants, the patient should get. Services provided by the health care system must be based on evidence that they are safe, effective, necessary and affordable.

The Committee believes that Canadians are entitled to health care that is safe, effective, patient-oriented, timely, efficient, equitable and affordable. In our view, the set of principles we have developed will lead to a better integration of the whole range of health services into a continuum of care in which the focus is really on the needs of patients.

***The Committee believes that Canadians are entitled to health care that is safe, effective, patient-oriented, timely, efficient, equitable and affordable.***

## *Principle Eighteen*

**Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.**

In Volume Four of its health care study, the Committee recalled that, when a national Medicare program was first debated, there was a suggestion that there should be an element of patient pay in health care. The term “patient pay” was used to mean that patients ought to pay something somewhere in the system.

Volume Four identified different forms of patient payment including user charges, premiums, medical savings accounts, income tax on health care, etc.<sup>71</sup> During its cross-country hearings, the Committee heard many concerns about establishing user charges paid at the point of service. On the one hand, we were told that user charges for publicly insured health care at the point of service reduce demand, and that they do so in a way that disadvantages those with low income.

On the other hand, witnesses stressed that the most expensive decisions that are made about patient care are those made by physicians, and are therefore not the responsibility of the patient.

In fact, most of the spending in the health care system and most of the waste in the system are beyond patient control; the major expenses, and the decisions which give rise to these expenses, are incurred by health care providers on behalf of their patients. These decisions are not made by the patients themselves.

Finally, witnesses pointed out that implementing modest user charges could incur such administrative costs that these costs would nearly equal the revenue generated from such charges.

---

<sup>71</sup> Volume Four, pp. 61-65.

The Committee believes that incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees that discourage access to medically necessary health services. Nor should such incentives discourage patients from receiving the treatment that health care providers believe they require. Access to hospitals and doctors should not depend on the income or wealth of individual Canadians. Studies have shown that the application of universal user fees does this and they should therefore not be used in Canada.

***The Committee believes that incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees that discourage access to medically necessary health services.***

Nevertheless, ways need to be found to encourage patients to use the health care system responsibly. One such way that has been proposed many times in the past is to provide each Canadian with an annual accounting of the amount of money that has been paid, on their behalf, for the health services they have received during the year. Other potential incentives need to be explored.

Making the patient aware of the costs of health services or removing the impression that they are all free is the logic behind many proposals. The philosophical principle behind these proposals is that if patients are knowledgeable about health care costs, they will understand the inherent pressures in the system and access it only when it is genuinely needed.

***The Committee believes that the key point in creating a cost-effective, sustainable health care system is not to discourage the use of the system, but to encourage appropriate use.***

They will also have a better understanding of the issue of fiscal sustainability in health care. The Committee believes that the key point in creating a cost-effective, sustainable health care system is not to discourage the use of the system, but to encourage appropriate use and to encourage people to take better care of their health.

## ***Principle Nineteen***

**Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.**

In 1974, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, released a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report recognized the impact of individual behaviour on health outcomes, and stressed that individual Canadians should assume greater responsibility for their health.

Since then, many other reports have underscored the importance of encouraging Canadians to stay healthy. According to the report by the Premier's Advisory Council on Health in Alberta, this is the first step towards sustaining Canada's publicly funded health care system:

*It sounds like just good common sense, but perhaps the best way to sustain [the] health care system over the longer term is to take steps to enable people and communities to stay healthy.*<sup>72</sup>

During Phase Two of its study, the Committee was informed that the total cost of illness was estimated at \$156.4 billion in 1998<sup>73</sup>. Witnesses suggested that the economic burden of illness could be reduced by investing more in health promotion, disease prevention and population health. They stressed that many diseases, and most injuries, can be prevented.

However, they pointed out a strong tendency for government to focus on curing diseases, rather than on their prevention. For example, clinical treatment has been the most common chronic disease strategy and there has been only a limited will on the part of government to expend resources on health promotion and disease prevention. Outcomes of such programs are generally visible only over the longer term, and are therefore less attractive politically than money invested in health care facilities, such as hospitals.

Witnesses indicated that the federal government's role with respect to health promotion, disease prevention and population health is a well established one. Moreover, the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. The role of the federal government in the fields of health promotion, disease prevention and population health is addressed in Chapter 7.

## *Principle Twenty*

**For each type of major procedure or treatment, a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.**

A report tabled with the Committee suggested that a monopolistic, non-competitive environment, combined with no cost of service at the point of service, contributes to growing waiting times for publicly insured health services:

*(...) in a system in which health services are free at the point of consumption, queuing is the most common form of rationing scarce health care resources. And since patient satisfaction plays no part in determining incomes or other economic rewards for health care providers and administrators in the public system, patient's time is treated as if it has no value. There are no penalties in the system for making people wait.*<sup>74</sup>

<sup>72</sup> Premier's Advisory Council on Health (Alberta), p. 14.

<sup>73</sup> Volume Two, p. 49.

<sup>74</sup> *Operating in the Dark*, p.8.

The following case was recently brought to the Committee's attention. An MRI done on April 19<sup>th</sup>, 2001, revealed that a patient had two herniated discs in his neck. As his condition was not improving, on May 24<sup>th</sup> of the same year he was placed on a waiting list for surgery. His condition was classified as 'elective but urgent', a category that includes most of the hospital's cancer surgery, with a guideline of surgery within 2 weeks. As of January 18<sup>th</sup>, 2002, that is, 8 months after being placed on the waiting list, the patient still had not undergone his surgery, and still does not know when it will be performed.

The Committee was told that this case illustrated what is called a 'static queue.' It is a waiting list that does not move because the people who are on it are always being bumped by more urgent cases. These higher priority cases occur at a faster rate than the queue is able to handle. The surgeon who was to treat the patient in question had 96 patients on his waiting list (about average for the four neurosurgeons on staff at the hospital), of whom 74 were graded elective but urgent, and could not guarantee a firm date for surgery for any of them.

It appeared that the only way for the patient in question to move to the top of the list was for his condition to deteriorate. It was not enough for him to be in constant pain and unable to work. Were he to experience actual paralysis, he could then be admitted through the emergency ward, and have his surgery within a few days. Otherwise there was no way to accelerate his surgery without denying someone else with an even more urgent case.

In spite of significant investments in the health care system in the past few years by all levels of government, public perception is that waiting times for selected services are continuing to grow. There is sufficient anecdotal evidence in support of that impression to lead to increasing worry on the part of Canadians that the health care system may not be there when they need it. On many occasions witnesses told the Committee that, if there is one thing Canadians should be able to expect from their publicly funded health care system, it is access to health services when they need them. Clearly, a truly patient-oriented health care system is one in which needed care is provided in a timely fashion.

In Sweden, the government enacted a "care guarantee" to ensure timely access to necessary health care. This guarantee established a maximum waiting time for diagnostic tests (90 days), certain types of elective surgery (90 days), and consultations with primary care doctors (8 days) and specialists (90 days). Sweden has also put in place a system where waiting times for major procedures are posted daily on a website. People can check the website and choose to go to the hospital with the shortest waiting times as long as they are prepared to travel and to use the next available physician.

Based on a review of the Swedish experience, the report of the Premier's Advisory Council on Health in Alberta recommended the establishment of a care guarantee of 90 days for selected services. According to the Advisory Council, this guarantee would provide an incentive for health care providers and regional health authorities to take appropriate action to manage and shorten waiting lists. Their report stressed that patients may need to give up their preference for a specific physician or hospital if they want to be treated within the 90-day period. In addition, if regional health authorities are unable to provide service within this period, they would have to consider other options, such as getting the service from another region. Services could be arranged from either a public or a private provider.



The Committee was told that the current lack of accurate information on waiting lists is a major impediment to the development of a care guarantee in Canada. There is, in fact, no standardized data on waiting lists in Canada. However, the Committee was told about a pilot project funded by Health Canada (through its Health Transition Fund) which, according to many witnesses, provides potential for effective management of waiting lists for elective health care. This pilot project – called the “Western Canada Waiting List Project” or WCWL – led to significant progress in the development of valid and reliable tools for evaluating and managing waiting lists in five clinical specialty areas: cataract surgery; general surgery (including breast cancer, colorectal cancer, inguinal hernia, and laparoscopic cholecystectomy); hip and knee replacement; MRI scanning; and children’s mental health.

The standardized waiting list developed by the WCWL is based on an assessment of a patient’s overall urgency (pain, suffering), clinical findings (x-rays, co-morbidity, psychopathology), as well as on an assessment of the impact of the disease on the patient’s quality of life. The Committee was told that this approach represents a fair and consistent way to rank-order patients waiting for needed elective care. It both promotes better use of health care resources and is patient-oriented.

The Cardiac Care Network in Ontario uses a similar methodology in the management of access to cardiac surgery in that province. The use of such priority scoring systems has the potential to yield a significant improvement to the health care system, as it has with heart patient cases in Ontario.

In the Committee’s view there are two main causes to the growing waiting list problem in Canada. First and foremost are the shortages of all types of human resources as well as of many types of diagnostic equipment. Second, there is a need to improve the management of waiting lists.

With regard to this second cause, it is clear to the Committee that more needs to be done to ensure the effective management of waiting lists. In the same spirit that it supports all efforts to improve the efficiency of the system, the Committee welcomes attempts to find better ways to manage waiting lists so that patients in the greatest need are tended to first and that wherever possible waiting times are kept to a minimum.

However, the Committee feels it is extremely important to recognize that better management of waiting lists will not, on its own, suffice to resolve the waiting line problem. This is because the more significant cause of the problem is a lack of human, technological and infrastructural resources, that has resulted from a series of decisions on the part of governments who have attempted to control costs over the past decade by reducing expenditure in these areas.

Beginning in the early 1990s, funding for the education and training of many categories of health care professionals was cut, as a way of reducing future as well as current health care expenditures. More generally, massive cuts in public spending on health care were made, especially during the first half of the decade. As a consequence, there is today a severe shortage of both people and equipment to meet the growing health care needs of the population.

One reason that this kind of cost-cutting has been attractive to government, and that they have been able to implement it relatively easily, is that, to date, government has not had to bear the costs that result from its decisions. Instead, these costs have been largely borne by patients who face longer waiting times and by the front-line professionals who have seen their conditions of work deteriorate and their ability to provide care diminish.

The Committee believes that, for each type of major procedure or treatment a maximum waiting time must be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to immediately receive the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country (the United States). The point at which the waiting time guarantee would kick in for each procedure would be based on an assessment of when a patient's health would deteriorate irreversibly as a result of waiting for the procedure. Waiting times would be established by scientific bodies using evidence-based criteria.

***The Committee believes that, for each type of major procedure or treatment a maximum waiting time must be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to immediately receive the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country (the United States).***

Since government has responsibility for ensuring the adequate supply of the essential service of hospitals and doctors, this responsibility carries with it the obligation to meet reasonable standards of patient service. This is the essence of a patient-oriented system and of the health care contract between Canadians and their governments.<sup>75</sup> A maximum waiting time guarantee of the type described in Principle Twenty would meet this obligation. Were it implemented, this guarantee would mean that government would have to shoulder the responsibility for not delivering needed care in a timely fashion. Increased waiting times would no longer represent a cost-free option for government, since they would be required to pay to have patients be treated in other jurisdictions.

The Committee feels that this would introduce a powerful incentive for government to deal with waiting times that exceed the agreed upon limits. It would also constitute a major step in re-establishing the health care contract between citizens and their government. (The exact nature of this contract is discussed in the next section.)

In closing the discussion of Principle Twenty, it is worth making the observation that using diagnostic and hospital facilities in the United States may be the most economical way of meeting the care guarantee. To meet maximum waiting times within Canada, it will be necessary for the health care system to have some excess capacity or redundancy in order to cover peak periods of demand for service. Whether it is cheaper to build such excess capacity in Canada or purchase it from the United States is an issue that will need to be studied if a care guarantee is implemented.

The Committee acknowledges that a care guarantee can only be implemented and enforced once consensus is reached on the definition, estimation and management of

---

<sup>75</sup> See section 2.5, below.

waiting times/lists. We believe that it is absolutely imperative that Canada move forward immediately with the setting of maximum waiting times for major categories of treatment. It is the next critical piece of work that needs to be addressed.

The Committee acknowledges that the care guarantee will cost money, particularly if many patients have to be sent to the United States for treatment because they have exceeded the maximum waiting time for the treatment they require. We have already noted in Section 1.1 that the current hospital and doctor system is not fiscally sustainable, and it is clear that it will be even less so when the costs of the care guarantee are added on to existing costs. Nonetheless, The Committee regards the care guarantee as an essential component of the health care contract between Canadians and their governments.

The Committee recognizes, as it has said several times in Chapters 1 and 2, that new sources of federal and provincial/territorial funding will be needed in order to implement the changes the Committee proposes. The Committee will discuss its specific federal funding proposals in its October report.

## **2.5 The Health Care Contract Between Canadians and their Governments**

In Volume Four, the “Issues and Options Paper”, the Committee endorsed two major public policy objectives for Canada’s publicly funded hospital and doctor system:

- *To ensure that every Canadian has timely access to all medically necessary services regardless of their ability to pay for those services, and*
- *To ensure that no Canadian suffers undue financial hardship as a result of having to pay health care bills.<sup>76</sup>*

The pursuit of these objectives has involved a “contract” between Canadians and their governments – federal, provincial and territorial. The nature of this contract is that Canadians have agreed to pay taxes to their governments who have then used the money to fund a universal, comprehensive, portable and accessible hospital and doctor insurance plan. Since the funder of the plan is government, the plan is described as being publicly administered.<sup>77</sup> (The principles of universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration are the five principles of the *Canada Health Act*.)

The contract requires governments, acting as insurers, to meet the two policy objectives stated above. In particular, the contract requires governments – federal and provincial/territorial – to provide Canadians with access to publicly insured, medically necessary, hospital and doctor services in a timely fashion.

---

<sup>76</sup> Volume Four, p. 16.

<sup>77</sup> In a recent speech, the Honourable Monique Bégin, who was the federal Minister of Health when the *Canada Health Act* was introduced, said the following about the public administration conditions of the *Canada Health Act*: “Public administration” does not mean what the public believes it means. It is most misleading...[I]n Canada, the funding/financing is public but ... the delivery of services is private, in that physicians are not civil servants and hospitals have boards, not deputy ministers. The program criterion of the legislation reads as follows: “(...) the health care insurance plan (hospitals and doctors) of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority (...) responsible to the provincial government (...)” ... *Op. cit.* p. 6.

The problem Canadians face today is that, increasingly, timely access to all medically necessary services is not provided. Principle Twenty is designed to address this problem by forcing governments to meet reasonable standards of patient (customer) service, either in their own jurisdiction, elsewhere in Canada or, if necessary, in the United States. Meeting reasonable patient service standards is an essential part of the health care contract between Canadians and their governments. It is part of the bargain.

Another possible approach to making governments fulfill their part of the contract would be to use a patient's charter of rights as the means of enforcing maximum waiting time standards. Such an approach would be consistent with the Charter of Rights and Freedoms in that it would use the courts to enforce rights, in this case the right to timely treatment. Such an approach has been used with mixed success in Australia, New Zealand and the United Kingdom (see Section 7.5 of Volume Four of the Committee's study).

However, the Committee prefers the simpler and less legalistic approach of Principle Twenty. In choosing this approach, we acknowledge (as indicated in our discussion following Principle Twenty) that this would require that Canadians agree to pay for the improved, and more timely, access to service. If they so agree, then Canadians would, in effect, be choosing the second of the three options the Committee outlined at the end of Section 1.1.<sup>78</sup>

If, after public discussion, Canadians decide that they are not willing to pay more for hospital and doctor services, or if the insurer (government) decides not to implement the care guarantee as described in Principle Twenty, then the result would be that the first of the three options in Section 1.1<sup>79</sup> would have been selected, with continued rationing of services and continued lengthening of waiting times.

Under this circumstance, where there is no maximum waiting time guaranteed by the public insurer, the question must be asked: should Canadians who may find that their health is deteriorating while waiting for medically necessary care, have the right to buy private health care insurance to protect themselves against excessive waiting times, and to receive treatment in Canada? That is, should Canadians who can afford to do so have the right to purchase privately a care guarantee for service delivery in Canada? (Canadians already have the option of buying insurance to cover the costs of treatment provided outside Canada, namely in the United States. Such insurance products are now on the market in Canada.)

While the Committee hopes that this issue will never arise because the insurer will fulfill its part of the health care contract by meeting the policy objective of "timely access to all medically necessary services", it is important to recognize that the question raised at the start of the preceding paragraph will have to be addressed if Principle Twenty is not fully

---

<sup>78</sup> At the end of Section 1.1, having established that the current health care system is not fiscally sustainable, this report said that there are three basic options from which Canadians must choose as they deliberate about the future of our health care system. These are: (1) the continued rationing of publicly funded health services, either by consciously deciding to make some services available and not others (that is, by delisting some services), or by allowing waiting lists to continue to grow; (2) increasing government revenue, either by raising taxes directly or through other means such as health care insurance premiums, so that the rationing of services can be reduced and waiting lines shortened; (3) making services available to those who can afford to pay for them by allowing a parallel privately funded tier of health services, while maintaining a publicly funded system for all other Canadians.

<sup>79</sup> See preceding footnote.

implemented. If this question is answered in the affirmative, then the third of the options presented in Section 1.1<sup>80</sup> would have been selected.

## **2.6 Concluding Remarks**

There are two themes which run through the set of principles presented in this chapter. The first is the need to restructure hospital and doctor care in order to make it operate more efficiently. The second is to make information about the system, its costs, its waiting times, its performance and its outcomes, available to the public in order to improve transparency and make decision-makers – funders and providers – more accountable to the public.

Both these themes are designed to re-establish the health care contract between Canadians and their federal, provincial and territorial governments. This involves, on the one hand, having Canadians understand where their health care dollars are being spent and why more money is needed in order to make the system fiscally sustainable. On the other hand, it involves pushing government to operate the system more efficiently than it is now and to improve service delivery under the contract by, among other things, putting a cap on the length of waiting time for various procedures.

These themes are driven, in part, by an important observation about Canadians' attitudes towards the health care system, made by Darrell Bricker and Edward Greenspon in their recent book, *Searching for Certainty*.<sup>81</sup> Based on extensive public opinion polling by Ipsos-Reid, Bricker and Greenspon conclude that Canadians will not support additional spending to close the gaps in the health care safety net until they see compelling evidence that the current health care contract with their governments is being honoured. In other words, the current system must be perceived by the public to be working reasonably well – that is, public confidence in the system must be restored – before Canadians will support its expansion.

The two themes of improved efficiency and increased transparency and accountability are designed to restore the confidence of Canadians in the health care system. Only once the twenty principles the Committee has outlined in this chapter have been implemented can Canada proceed to expand public coverage of health care services. The Committee believes that any such expansion will have to be done not by launching new universal programs, but by closing the gaps in the safety net, in particular with respect to drug therapy and home care.

The need to close these gaps is clearly illustrated by the fact that hospitals and doctors now account for only 46% of total health care expenditures.<sup>82</sup> Contrary to popular belief, and unfortunately contrary to most political rhetoric, Canada does not have a national health care system. Rather, it has a national hospital and doctor system, which now accounts for less than half of all health care expenditures.

Given the objectives of health care policy, as stated at the beginning of Section 2.5, the phrase “all medically necessary services” should be applicable to the full range of

---

<sup>80</sup> See footnote 78.

<sup>81</sup> *Searching for Certainty*, Inside the New Canadian Mindset, by Darrell Bricker and Edward Greenspon, Doubleday Canada, 2002.

<sup>82</sup> CIHI, December 2001.

health care services and not just to hospital and doctor services. This implies that some expansion of coverage – to close gaps in the health care safety net – is required if the objective of Canada’s health care policy is to be met.

The Committee believes that restructuring Canada’s publicly funded health care system in order to make it more efficient is necessary to ensure its long-term fiscal sustainability. It is our view that the experience of other countries with respect to internal markets in health care can be instructive in deciding what the elements of this restructuring should be. We believe that restructuring health care in Canada must be based on devising a set of incentives that will lead all participants to change their behaviour in ways which will benefit the system as a whole and patients in particular. Our list of twenty principles is intended to achieve this.

For example, implementation of Principle Seven<sup>83</sup> would give government an incentive to think carefully about the health care consequences of making changes to budgets for funding hospital and doctor services. Once Canadians are able to translate budget dollar amounts into service levels and numbers of procedures to be paid for, they will then be able to evaluate more clearly the appropriateness of the size of the health care budget and to engage their government in a meaningful discussion, including a discussion on whether they were willing to pay more taxes (or health care insurance premiums) in order to improve levels of services. Currently, such a discussion is not possible because Canadians do not have the information that would enable them to translate budget levels into levels of services delivered to patients.

Similarly, Principle Eight<sup>84</sup> gives institutions incentives to operate more efficiently by putting them in competition with one another. There may be a need to develop a specific set of incentives which are targeted at the managers of health care institutions (and perhaps even at their trustees or directors) and another set of incentives for the health care providers they employ. These questions will be further explored in the Committee’s October 2002 report.

Principle Eleven<sup>85</sup> introduces incentives for behavioural change on the part of primary care providers that would lead to a more efficient primary care sector. In fact, experience suggests that when providers/institutions are given responsibility for decisions on health care spending, they tend to provide the right treatment in the most cost-effective manner.

Finally, Principle Eighteen<sup>86</sup> provides incentives for patients to use the health care system efficiently. This principle could, for example, require the imposition of a surcharge

---

<sup>83</sup> Principle Seven reads: The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

<sup>84</sup> Principle Eight reads: In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service based funding.

<sup>85</sup> Principle Eleven reads: To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.

<sup>86</sup> Principle Eighteen reads: Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.

on patients who choose to seek treatment from providers outside of their chosen primary health care team.

In every part of our system of incentives, there is a critical need for appropriate and timely information. Principle Fifteen ensures that a system of electronic health records, linking all health care providers, will make the “right information” available in a timely fashion to the appropriate provider and provide a better way of allocating resources to the benefit of patients.

As was stated in the introduction to this section, and as was illustrated above, the theme of providing more information to the public also runs through our twenty principles. This information is needed for three reasons:

- first, to make more transparent the processes by which resource allocation decisions – principally with regard to money, but including human resources as well – are made;
- second, to enhance accountability on the part of the people, institutions and governments who make decisions about what types of services will be covered by public insurance and how much of any service will be provided;
- third, and perhaps most importantly, to change the public debate from a debate about dollars to a debate about services and service levels. Canadians have a right to debate the question of whether they are willing to pay more for improved levels of service. Canadians have a right to understand the linkages between funding levels and service levels. Changing the nature of the public debate about health care will be a significant step towards gaining public support for restructuring the publicly funded hospital and doctor system. Ultimately, this will lead to restoring public confidence in the system so that we can move on to closing the gaps that remain in the publicly funded health insurance system.

There is also a need for improved accountability throughout the system. Under Principle Thirteen, the introduction of an “internal market” in Canada’s publicly funded health care system would enhance the accountability both of health care providers/institutions and of governments.

Principle Twenty – the care guarantee principle – would make government accountable for meeting the timely access to treatment condition of its health care contract with Canadians.

The Committee has developed its twenty principles in recognition of the fact that Canadians want health care to be delivered equitably to all, based on need, not on income. In addition, consistent with our patient-oriented view (Principle Seventeen), our list of principles has been designed to address the primary concerns of Canadians with respect to the quality (Principle Sixteen) and timely provision of health services (Principle Twenty).

It is important to stress that the set of principles that the Committee has outlined in this chapter form an integrated whole. If one of these principles is rejected, then it may make the implementation of other principles in the set impossible.

A clear example is provided by the relationship between the first (single funder) and the last (care guarantee) principles. Should government refuse to introduce a waiting time guarantee (or should the public not wish to pay the additional funding that would be required to make the care guarantee a reality), it then becomes necessary to ask whether individuals should be allowed to buy private insurance that would enable them to have access to treatment by using a privately funded care guarantee. However, to allow people to purchase private insurance that would be used to pay for medically necessary services once the pre-defined waiting period has been exceeded would contradict Principle One which stipulates that there should be a single funder or insurer for all medically necessary hospital and doctor services.

The Committee does not advocate the introduction of private insurance and its preferred option is for all its principles to be accepted and applied. But it is necessary to be aware of the fact that if the set of principles is not embraced as a whole, then the rejection of one principle could very well lead to the undermining of others. In this case, the rejection of Principle Twenty could lead to Principle One being abrogated as well.

The Committee fully recognizes that its set of principles will be subject to close critical scrutiny. That is entirely understandable in such a value-laden public policy issue as health care. In fact, it is likely that each reader of this report will support his/her own unique subset of the principles.

We ask readers, however, to keep in mind that no major reform of any large system, particularly one as complex and deeply personal as the hospital and doctor system, is ever perfect. There is no perfect solution. Everyone involved will have to be prepared to compromise in order to make reform work for the benefit of all Canadians, and reforms will have to be tailored to the specific circumstances that prevail in the different regions of the country.

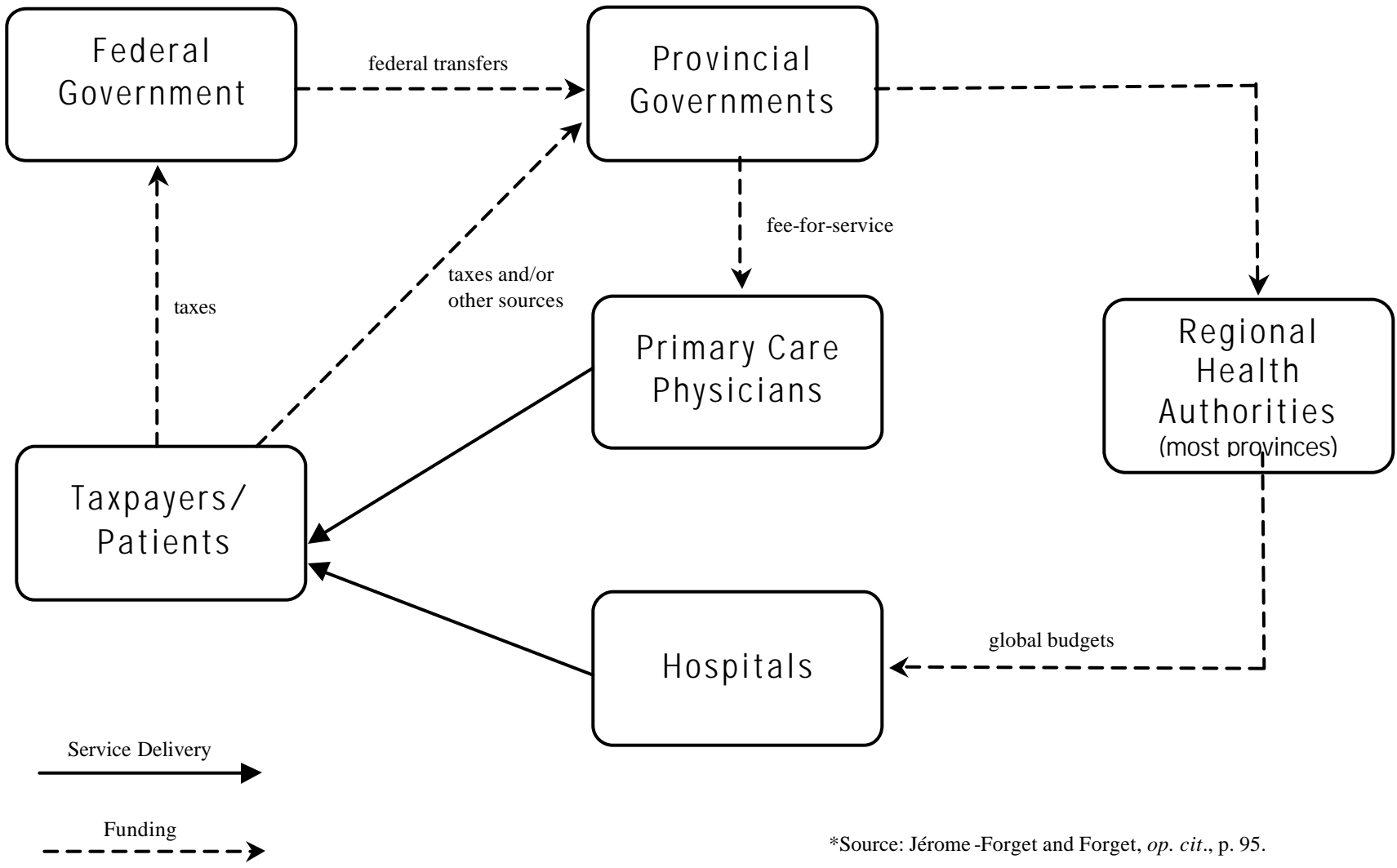
Insisting on perfection, or attempting to obtain everything one wants, will doom reform to failure. Similarly, reform will fail if people insist on addressing all health care problems before beginning to make progress on the hospital and doctor system. These tendencies, along with an excessive focus on self-interest by those employed in the system, explain why reform has failed in the past.

Recognizing the dangers, we have worked hard to develop a set of principles which we believe are pragmatic, middle of the road in ideological terms, workable and that will lead to substantial improvements in the hospital and doctor sectors of the health care system. We believe that a steady pace of reform is the way to make the restructuring and renewal of Canada's health care system possible.

We trust that those involved in the sector will consider the principles with the same pragmatic approach as the Committee and that everyone will be prepared to make some sacrifices in order to meet our common goal: having a fiscally sustainable health care system of which Canadians can be truly proud.



Figure 1  
*Current Structure of Publicly  
 Funded Health Care  
 Insurance\**



\*Source: Jérôme-Forget and Forget, *op. cit.*, p. 95.

Figure 2  
*Phase One Reform – The Introduction  
of Service Based Funding for Hospitals*

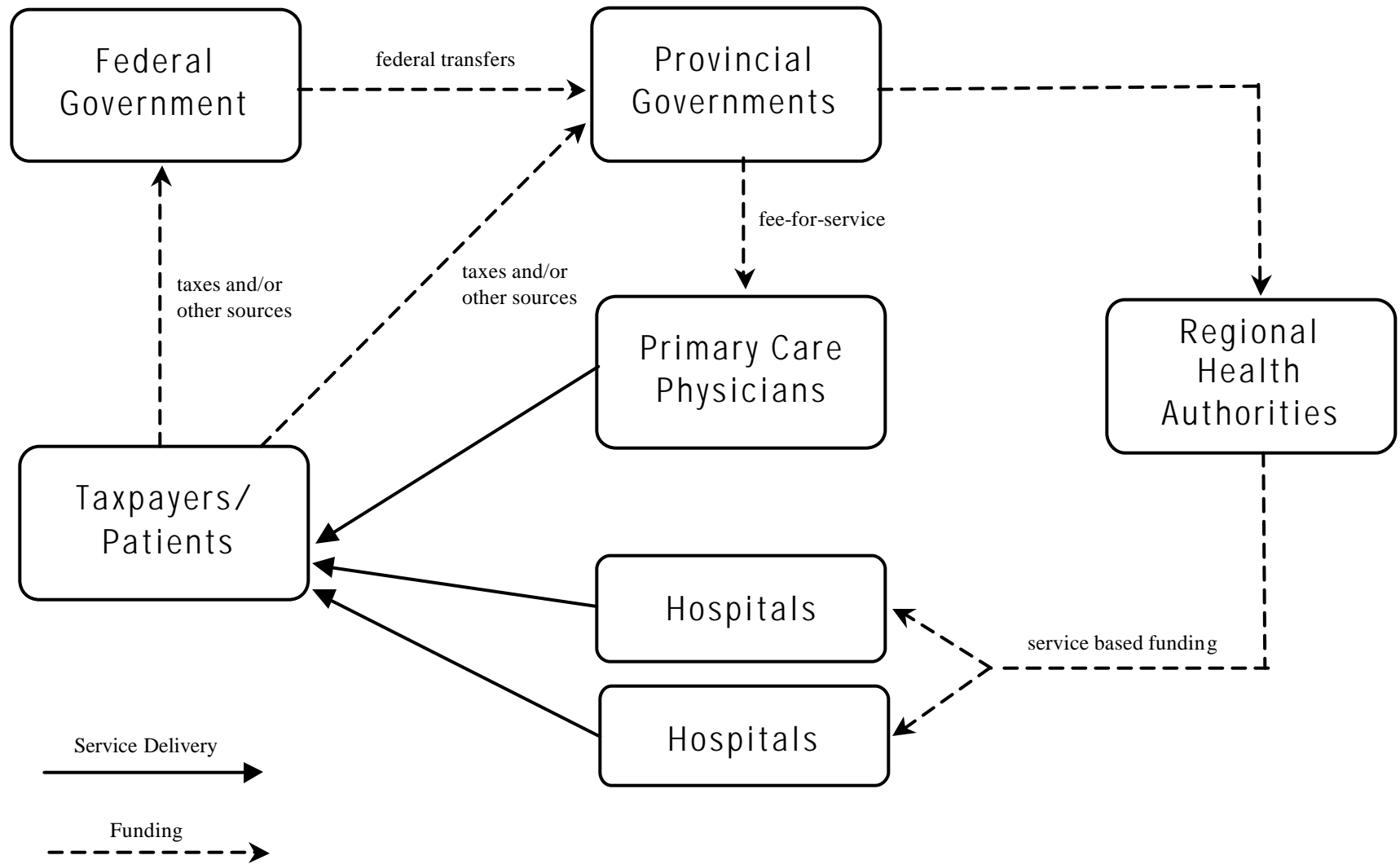
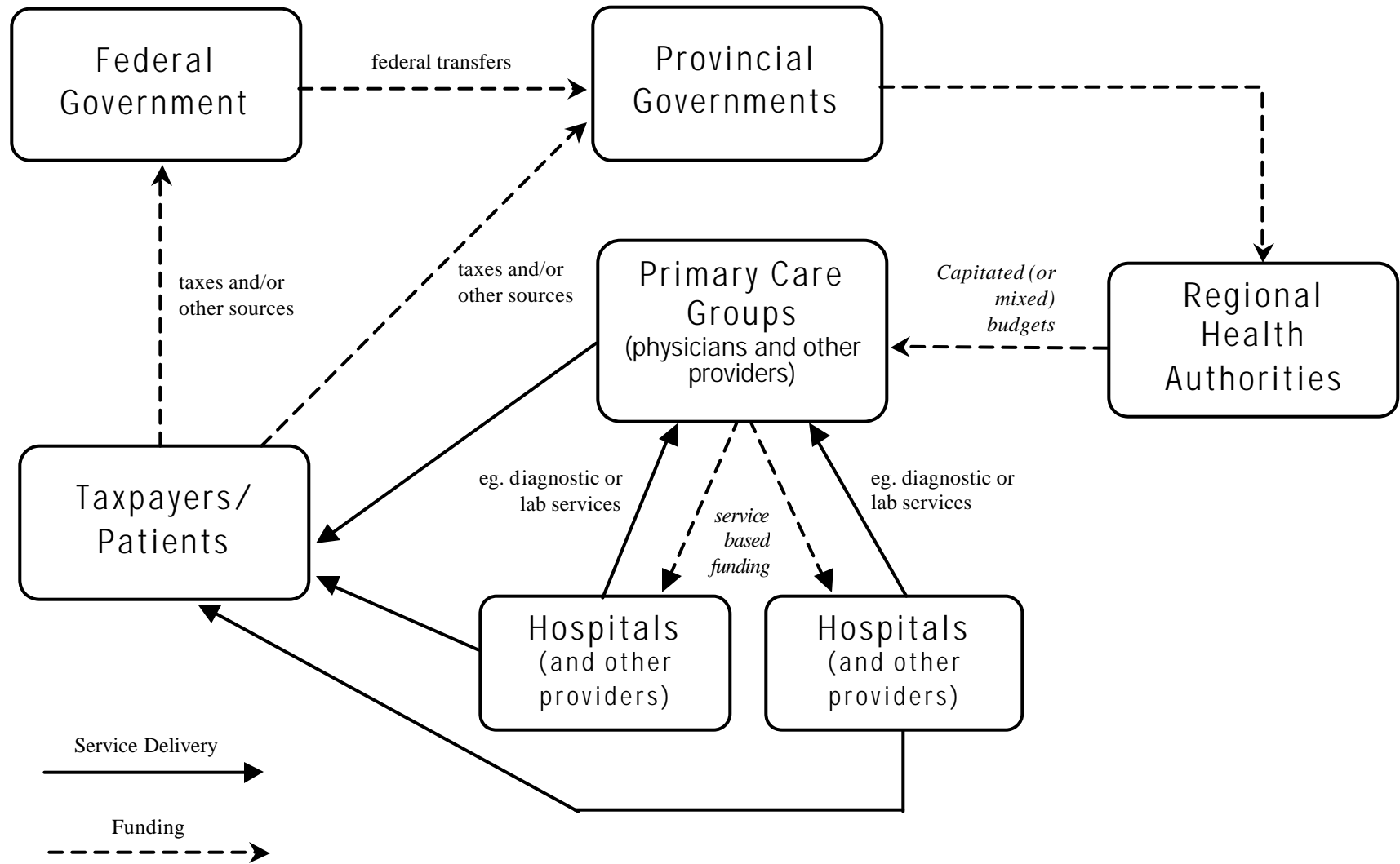


Figure 3  
*Phase Two Reform – Primary Care  
 Groups Purchase Services on Behalf of  
 their Patients*





## CHAPTER THREE

### FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY

---

Health care technology is a very broad concept that can be defined as “the set of techniques, drugs, equipment, and procedures used by health care professionals in delivering medical care to individuals and the systems within which such care is delivered.”<sup>87</sup> Although this definition encompasses drugs, this chapter will discuss issues related to “hard” technologies only. Issues related to drugs will be addressed in the Committee’s Volume Six (October 2002).

Everybody agrees that health care technology constitutes an important component of health care delivery in advanced countries. Health care technology can improve the speed and accuracy of diagnosis, cure disease, lengthen survival, alleviate pain, facilitate rehabilitation, and maintain independence. For example, a brief tabled with the Committee by Medical Devices Canada (MEDEC) stated:

*Modern medical devices and technologies have not only improved the health outcomes for Canadian patients, but by enabling less invasive procedures and shorter hospital stays, have also supported cost-effectiveness in the health care system.*<sup>88</sup>

However, many concerns were raised during Committee hearings about the availability, financing and assessment of both new and existing health care technologies. The Committee believes that these issues need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while sustaining an affordable health care system.

***The Committee believes that the issues over the availability, financing and assessment of health care technology need to be addressed if Canadians are to derive the maximum benefits health care technology can provide, while sustaining an affordable health care system.***

#### 3.1 Availability of Health Care Technology

Despite the importance of health care technology in delivering quality health services, the availability of many new technologies is disproportionately low in Canada given its level of health care spending. In its Phase Two report, the Committee provided data that showed that, although Canada is the 5<sup>th</sup> highest among OECD countries in terms of total spending on health care (as a percentage of GDP), it is generally among the bottom third of OECD countries in the availability of health care technology. For example, Canada ranks 21<sup>st</sup> of 28 OECD countries in the availability of CT scanners, 19<sup>th</sup> of 22 in availability of lithotriptors,

---

<sup>87</sup> David Feeny, *The Generation, Evaluation and Application of Health Care Technologies in Canada*, Brief to the Committee, 29 March 2001, p. 5.

<sup>88</sup> Medical Devices Canada, *The Role of Medical Devices and Technologies in the Canadian Health Care System*, Brief to the Committee, 29 October 2001, p. 4.

and 19<sup>th</sup> of 27 in availability of MRIs. Its only favourable ranking is in the availability of radiation equipment, where it ranks 6<sup>th</sup> out of 17.<sup>89</sup>

Data also showed that this technology gap is widening. For example, Canada's deficit in the availability of MRIs worsened between 1986 and 1995 relative to other leading OECD countries including Australia, France, the Netherlands and the United States.<sup>90</sup>

***The availability of many of new technologies is disproportionately low in Canada given its level of health care spending. Data also showed that this technology gap is widening.***

The Phase Two report also stressed that availability is not the only issue with respect to health care technology. The "aging" of that technology is also of concern. For example, information provided to the Committee indicates that between 30% and 63% of imaging technology currently used in Canada is outdated. The outdated nature of health care technology depends on both the number of years of usage and the relative effectiveness of the equipment in terms, for example, of the quality of the image or the dose of radiation.<sup>91</sup>

It is not clear why Canada is not introducing and making use of health care technology at the same pace as other OECD countries and why it does not routinely replace aging equipment. Indeed, two factors seem to contribute to this situation. First, Canada imports most of its health care technology. This contrasts sharply with countries such as Germany, France and the United States which have a strong health care technology industry. This "trade deficit" in health care technology might be explained in part by low levels of government incentives towards the development of this industry in Canada. Second, fiscal pressures faced by all levels of government throughout the 1990s have resulted in low levels of capital investment in Canada's health care system.

Along with numerous witnesses, the Committee is concerned that the shortage of health care technology and the use of outdated equipment impede exact diagnosis and inhibit high-quality treatment. As stated in our Phase Two report, not only can this situation negatively impact on the health of a patient, but it also raises concerns about the liability of health care providers.<sup>92</sup>

***The Committee is concerned that the shortage of health care technology and the use of outdated equipment impedes exact diagnosis, inhibits high quality treatment and limits access to needed health care. Enhancing the availability of new health care technologies and the appropriate replacement of outdated equipment can serve to reduce waiting times and ensure timely access to the best available diagnoses and treatments.***

Moreover, the Committee is concerned that the deficit in health care technology has translated into limited access to needed care and lengthened waiting times. In our view, and in accordance with Principle Twenty enunciated in Chapter 2, timely access to

<sup>89</sup> Data are for 1997. See Volume Two, p. 38.

<sup>90</sup> Volume Two, p. 38.

<sup>91</sup> Volume Two, p. 39.

<sup>92</sup> Volume Two, p. 39-40.

diagnosis and treatment is a crucial objective that must be ensured in Canada's publicly funded health care system.

Overall, the Committee believes that health care technologies are key to providing Canadians with an optimal level of quality health care. Enhancing the availability of new health care technologies and the appropriate replacement of outdated equipment can serve to reduce waiting times and ensure timely access to the best available diagnoses and treatments. Faster and more effective services in turn have the potential to alleviate some of the cost pressures on the health care system in general.

### **3.2 Financing the Acquisition and Upgrading of Health Care Technology**

As mentioned above, many witnesses stressed that fiscal pressures faced by all levels of government throughout the 1990s have resulted in low levels of capital investment in Canada's health care system. They suggested that the current deficit in health care technology requires a serious re-evaluation of the

***Health care policy-makers should forecast future technology needs and develop an appropriate investment plan for action.***

way in which equipment is acquired and funded in Canada. Moreover, witnesses contended that the aging of the Canadian population as well as increased public expectations will greatly influence future needs for health care technology. Accordingly, in addition to increased investment by governments, witnesses recommended that health care policy-makers should forecast future technology needs and develop an appropriate investment plan for action.

The federal government has recently responded to the deficit in health care technology. In September 2000, it announced that it would invest a total of \$1 billion in 2002-01 and 2001-02, to assist provinces and territories in the purchasing of new medical equipment. This funding was made available upon passage of the legislation in October 2000, allowing provincial and territorial governments to start making immediate acquisitions of necessary diagnostic and clinical equipment.

Although witnesses have welcomed this injection of new federal funds, a number of concerns remain. First, witnesses indicated that some provinces have not applied for their share of this fund, possibly because the federal government requires matching grants and some of the smaller provinces have difficulty financing the provincial share of the matching funds. Second, additional resources are required to operate the equipment. Even if provinces can afford their share of the capital investment, they may have difficulty funding the ongoing operating costs.<sup>93</sup> Estimates provided to the Committee suggest that a \$1 billion investment in new equipment necessitates an additional \$700 million to cover operational costs.<sup>94</sup> Third, the investment does not address the problem of the old equipment that needs to be upgraded. It was estimated that a further \$1 billion investment would be required for the upgrading of

<sup>93</sup> Moreover, even if provinces can purchase health care technology, a shortage of technologists may hamper the full utilization of the new equipment. Similarly, once new technology is acquired, there is a need for training to enable technologists to operate new high-tech equipment. These issues are examined in more detail in Chapter Six.

<sup>94</sup> Canadian Association of Radiologists, *Timely Access to Quality Care – The Obligation of Government, the Right of Canadians*, Brief to the Committee, March 2001, p. 2.

existing equipment.<sup>95</sup> Fourth, even with this new funding, Canada would still not rank at a level comparable to that of other OECD countries. Lastly, the Committee heard that there are apparently no mechanisms for ensuring accountability on the part of the provinces and territories as to exactly where money targeted towards purchasing new equipment is actually spent.

Along with witnesses, the Committee welcomes the injection of new federal funds as an important step towards the acquisition of needed health care technology. We do, however, believe that additional funding is required. Such additional federal investment should be structured in such a way as to make the grant more attractive to the provinces and territories. We believe that, at the same time, the federal government should ensure that any new funding for health care technology be spent on incremental purchases of medical equipment and not be used to subsidize already planned expenditures.

***The Committee welcomes the injection of new federal funds as an important step towards the acquisition of needed health care technology. We do, however, believe that additional funding is required.***

*(...)*

***Furthermore, we are concerned about the lack of accountability mechanism for ensuring that provinces and territories use federal funds in accordance with the intended purpose.***

Furthermore, the Committee is concerned about the lack of accountability mechanisms for ensuring that provinces and territories use federal funds in accordance with the intended purpose. This is why we feel, as stated under Principle Three (Chapter 2), that a better accountability mechanism is needed for targeted federal funds. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government initiate a long-term program to assist provinces and territories in financing both the acquisition and ongoing operation of health care technology. Such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces and territories on their use of these targeted federal funds.**

Finally, it is the view of the Committee that the decision to acquire new health care technology should also be based on the appropriate assessment of its efficacy and cost-effectiveness. This issue is discussed in more detail below.

### **3.3 Investing More in Health Care Technology Assessment**

During Phase Two of its study, the Committee learned that health care technology assessment (HTA) provides information on safety, clinical effectiveness and economic efficiency. HTA often also considers the social, legal and ethical implications of the use of existing or new health care technologies. A brief tabled with the Committee explained:

---

<sup>95</sup> *Ibid.*



*Health Technology Assessment (HTA) is the process of evaluating medical technologies (devices, equipment, procedures and drugs) and their use. HTA researchers collect, synthesize and critically evaluate the available research on medical technologies. Based on an interdisciplinary approach, an assessment can encompass analyses of safety, efficacy, effectiveness, quality of life and patient use. Other important factors such as economic, ethical, and social implications and other effects which may be unintended, indirect or delayed, may also be considered.*<sup>96</sup>

HTA can assist in deciding whether a new technology should be introduced and when an existing technology should be replaced. More importantly, HTA contributes in many ways to improving the quality of health care: it ensures that health care technologies are effective, that they are applied in the appropriate cases and conditions, and that the least costly technology is used to achieve the desired outcome.

In recent years, the federal and provincial governments have supported the creation of various health care technology assessment agencies. The first provincial HTA agency in Canada was established in 1988 in Quebec – the *Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec*. A national agency, the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) was established in 1989. The British Columbia Office of Health Technology Assessment was established in 1990. The Health Technology Assessment unit of the Alberta Heritage Foundation for Medical Research was established in 1996. Health services utilization agencies, with close links to their respective provincial governments, which undertake some HTA activities, have been formed in Manitoba, Ontario and Saskatchewan. At the national level, CCOHTA plays three major roles: it co-ordinates all HTA activities across the different jurisdictions; it attempts to minimize duplication by other national or provincial/territorial organizations; and it performs HTA activities on its own.

The Committee was told that, despite the work performed by these agencies, not enough attention is devoted to HTA in Canada. On a worldwide basis, Canada spends less in HTA activities than other countries with which Canada ought to at least be on a par. For example, all levels of government invest less than \$8 million in Canada (some \$4.3 million by CCOHTA and about another \$3 million by provincial agencies), whereas the United Kingdom provides some \$100 million to its national HTA body – the National Institute for Clinical Evidence (NICE). As a result, health care technologies are often introduced into Canada's health care system with only superficial knowledge of their safety, effectiveness and cost.

Martin Zelder, Director of Health Policy Research at the Fraser Institute, suggested that Canada should use the results of HTA undertaken offshore.<sup>97</sup> Other witnesses cautioned, however, that we cannot simply translate the results of HTA studies realized elsewhere. The application of foreign research is complicated by certain factors such as differences in demography and patterns of disease, differences in the costs of various health care resources, and differences in patterns of practice. Although CCOHTA shares information on health care technology with similar organizations in other countries, there are limits to the overlap in international technology assessments:

---

<sup>96</sup> Canadian Coordinating Office For Health Technology Assessment, Brief to the Committee, 29 March 2001, p. 2.

<sup>97</sup> Martin Zelder, *Evidence on Canada's Medical Technology Gap*, Brief to the Committee, 29 March 2001.

*The efficacy of the technology may generalize, the effectiveness may not, and definitely cost will not. A US cost effectiveness analysis is not a Canadian one. There are different relative prices embodied in those cost figures than exist in Canada.<sup>98</sup>*

Another important issue raised before the Committee relates to the poor dissemination of the evidence generated by HTA activities to health care providers and managers. An improvement in this regard would certainly raise the quality of health care delivery and strengthen the formulation of public health care policy.

Overall, the Committee agrees with witnesses that health care technology assessment is a critical activity and that more HTA needs to be undertaken when considering the introduction of a new technology or the replacement of existing medical equipment. We also agree that, given the rapid advancement in health care technology, the capacity to disseminate the outcomes of HTA activities should be enhanced. It is the view of the Committee that the federal government, through its role in financing innovative health research, should devote more funding to the assessment of new and existing health care technologies. Therefore, the Committee recommends:

***The Committee agrees with witnesses that health care technology assessment is a critical activity and that more HTA needs to be undertaken when considering the introduction of a new technology or the replacement of existing medical equipment. We also agree that, given the rapid advancement in health care technology, the capacity to disseminate the outcomes of HTA activities should be enhanced.***

**That the federal government increase the funding it provides to CCOHTA and other HTA agencies.**

**That this additional funding be used to strengthen HTA capacity in Canada as well as to improve the dissemination and promotion of HTA findings to health care providers and managers.**

Finally, the Committee was told that little information exists in Canada about the precise contribution of technology to the costs of health care. Attempts to quantify the connection between technology and rising health care expenditures have suffered from a lack of reliable data. The majority of studies to date have treated technology as a “residual”, attributing to technology that portion of the increase in health care spending not accounted for by more easily identifiable factors.

Therefore, we do not know how much Canada spends on health care technology nor do we know the extent to which health care technology has an impact on the health and quality of life of Canadians. It is not possible to know whether the cost of health care technology represents an “add-on” or whether it is offset by reductions in the actual costs of the

<sup>98</sup> Committee Proceedings, 2<sup>nd</sup> Session, 37<sup>th</sup> Parliament, 29 March 2001 (5:20).

treatments they permit. Witnesses unanimously pointed to the need to undertake research in this area.

The Committee concurs with witnesses that there is currently an under-production of relevant and timely information on the costs and consequences of the use of health care technologies and that more research in this area would greatly benefit the whole health care system. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government provide additional funding to the Canadian Institutes for Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation to support research into the potential impact of health care technology on health care costs.**



## CHAPTER FOUR

### DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE

---

Health care is a sector that relies intensively on information. With the “right information”, a health care provider can order the right treatment, prescribe the most appropriate medication or recommend the best preventive approach. With the right information, an individual is better able to make good decisions with respect to his/her health and lifestyle. With the right information, health care policy makers and managers can decide on how to allocate financial, physical and human resources in the most cost-effective and efficient way.

Currently, in Canada, it is often not possible to access the right information in order to deliver, manage and use health care. During the Phase Two hearings, the Committee was told that Canada’s health care system is not making use of modern information and communications technology to the same extent as do other information intensive industries. Witnesses suggested that greater use of information and communications technology would enhance the availability of, the accessibility to, and the sharing of the “right information”. This would significantly improve evidence-based decision making by health care providers, health care managers and health care policy makers, as well as by patients.

The use of information and communications technology in the field of health care is often referred to as “telehealth”. As explained in Volume Two of the Committee’s study, the telehealth applications that are envisioned in Canada for improving the sharing of the “right information” and enhancing health care quality include the following:

- a system of electronic health records (EHR). The EHR is an automated provider-based system within an electronic network that provides complete patients’ health records in terms of visits to physicians, hospital stays, prescribed drugs, lab tests, and so on.
- Tele-medicine and tele-homecare. These telehealth applications offer the possibility of delivering care over large and small distances.
- An internet-based health information network. The purpose of this network is to empower individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care system and health care policy.<sup>99</sup>

Telehealth is the foundation of what many Canadians call the “health infostructure”. Various components of a health infostructure are currently being implemented at all levels of government. However, these initiatives are all at different stages of development. In addition, they are isolated within organizations, institutions and provinces and currently constitute “a patchwork of unconnected projects, whose value would increase immensely if part of a coherent whole.”<sup>100</sup> The key challenge is to bring all these diverse infostructures together into a uniform and comprehensive information system. This challenge clearly requires federal

---

<sup>99</sup> Volume Two, pp. 106-108.

<sup>100</sup> Report of the National Conference on Health Info-Structure, February 1998, p. 19.

and provincial/territorial collaboration. As a first step, Canada needs to move towards the development of electronic health records.

#### **4.1 Establishing a System of Electronic Health Records**

A system of electronic health records (EHR) is certainly the first step in gathering health-related information that will allow for evidence-based decision making throughout the whole health care system:

*With sound and timely information on health determinants and outcomes of previous decisions, health care providers will be able to make informed decisions in their patients' interests. With better understanding of health impacts and costs of previous actions, policy makers and managers will be able to make the evidence-based decisions needed to carry forward reform and sustain the health care system. Better health information will allow the general public to engage more fully in the health care policy debate and hold the health care system to account. As consumers, they will be able to shop around knowledgeably for the health care providers and services that meet their needs.<sup>101</sup>*

An important characteristic of an EHR system is that it can make patient data available to health care providers anywhere on a need-to-know basis by connecting interoperable databases that have adopted the required data and technical standards. The Committee believes that a system of EHR offers tremendous opportunities to integrate the various components of Canada's health care system which currently work in silos. We believe that, at the present time, the lack of integration impedes the establishment of a direct relationship between the inputs used in the health care system and the resulting outputs or outcomes. This creates a significant barrier in evidence-based decision-making with respect to health and health care.

***The Committee believes that a system of EHR offers tremendous opportunities to integrate the various components of Canada's health care system which currently work in silos. We believe that, at the present time, the lack of integration impedes the establishment of a direct relationship between the inputs used in the health care system and the resulting outputs or outcomes.***

During the Committee's hearings, many witnesses described the EHR system as the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system that is able to improve both quality and accountability. Such a system, they stated, is a necessary prerequisite to a truly patient-oriented health care system. The Fyke report in Saskatchewan expressed similar views:

*The electronic health record (EHR) is the cornerstone of an efficient and responsive health care delivery system, quality improvement and accountability. Without it, the*

---

<sup>101</sup> Advisory Council on Health Info-structure, *Connecting for Better Health: Strategic Issues*, Interim Report, September 1998, p. 2.

*prospects for a patient-friendly health care system, optimal teamwork, and efficiency are dim.*<sup>102</sup>

In addition to the Fyke Commission, the full deployment of a system of EHR was also endorsed by other provincial commissions on health care, including the Health Services Restructuring Commission in Ontario, the Clair Commission in Quebec, and the Mazankowski report in Alberta.<sup>103</sup>

All levels of government in Canada have recognized the importance of deploying a system of EHR. In fact, on September 11, 2000, the First Ministers agreed to work together to develop an EHR system over the next three years and to work collaboratively to develop common data standards to ensure compatibility and interoperability of provincial health information networks and to ensure stringent protection of personal health information.

In support of the agreement reached by First Ministers, the federal government committed \$500 million in 2000-01 to accelerate the adoption of modern information technologies in the health care system. The Committee was informed that this money has been invested in a not-for-profit corporation, known as Canada Health Infoway Inc. (or *Infoway*), that will work with provinces and territories to create the necessary common components of an EHR over the next three to five years. Currently, *Infoway* is working on two different initiatives:

- First, it has created a National Registry of EHR that will document – organizationally, regionally, provincially and nationally – the state of developments in building EHR.
- Second, and jointly with CIHI and other stakeholders, it is developing coordinated and consistent standards for collecting, exchanging and sharing information in the pharmacy arena.<sup>104</sup>

The Committee believes that the work undertaken by *Infoway* represents a major step towards the full integration of the various health infostructures. We welcome this collaboration between the federal government and the provinces and territories. In our view, such collaboration should foster the development of a unique model of EHR. We believe that both Canadians and their publicly funded health care system will benefit most greatly if the system of electronic health records is national in scope. To achieve this, the federal government must provide leadership and the necessary resources. Therefore, the Committee recommends:

***We believe that both Canadians and their publicly funded health care system will benefit most greatly if the system of electronic health records is national in scope. To achieve this, the federal government must provide leadership and the necessary resources.***

<sup>102</sup> Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth Fyke, commissioner), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, April 2001, p. 68.

<sup>103</sup> Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Commissioner), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, Government of Ontario, December 1999; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, Commissioner), *Les Solutions Émergentes – Rapport et recommandations*, January 2001; Premier's Advisory Council on Health (Right Hon. Don Mazankowski, Chair), *A Framework for Reform*, report to the Premier of Alberta, December 2001.

<sup>104</sup> According to information provided on *Infoway's* Website at <http://www.canadahealthinfoway.ca/>.

**That, once the three- to five-year period is over, the federal government provide additional financial support to Canada Infoway Inc. so that *Infoway* develop, in collaboration with the provinces and territories, a national system of electronic health records.**

The Committee is aware that the public has certain misgivings about the computerization and networking of personal health records, and more particularly in regard to the nature of the information gathered and how it is collected, stored and used. We concur with the Advisory Committee on Health Infostructure that guidelines for the collection, storage and use of information must be developed to ensure a harmonious integration. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, in collaboration with all stakeholders involved in the computerization of health records, define standards and rules for the collection, storage and use of such information.**

Perhaps the most important benefit to be gained from the deployment of EHR across the country is access to evidence-based information that will be used to assess quality of care, system performance and patient satisfaction. The EHR will also enable the evaluation of outcomes of various procedures. This will foster accountability and transparency in decision-making regarding health care delivery and policy and promote improvement in the quality of care.

#### **4.2 Evaluating Quality, Performance and Outcomes: the Need for Independent Assessment**

The Committee is convinced that long-term investment in information and communications technology, including an EHR, will allow the collection of better and more timely information on access to care, quality delivery, system performance and patients' outcomes. We also agree with witnesses that governments should finance the deployment of a EHR system and the development of a broader, health infostructure that is national in scope.

Moreover, we acknowledge the concern raised by many witnesses that, while governments must finance the EHR, they should not be responsible for assessing health data and evaluating quality and outcomes. These witnesses explained that, currently, collection and evaluation of health-related information is done by the same people who are responsible for paying for, and for providing, health services – that is governments. There is no independent assessment of outcomes and no external audit of the impact of various procedures on patients.

This concern was also raised in recent reports by provincial commissions on health care. For example, the Premier's Advisory Council on Health (Alberta) stated:



*Tracking and monitoring outcomes and providing regular reports to the public is an essential way of improving quality in health care. However, when government and health authorities measure and assess their own outcomes and results, it can put them in a conflict of interest.*<sup>105</sup>

This Advisory Council recommended the establishment of a permanent, independent “Outcomes Commission” to track results, assess outcomes and report regularly to the population.

Similarly, in Saskatchewan, the Fyke Commission recommended the establishment of a “Quality Council”, an evidence-based organization, working at arm’s length from government. The mandate of this Quality Council would involve reporting regularly to the provincial legislature, as well as to the public on a variety of issues, including: trends in health status, costs/benefits of health care interventions, clinical practices and clinical errors, evaluation of technology, equipment and drugs, etc. The Fyke report stressed that:

*(...) the Quality Council has the potential to depoliticize decisions, find creative solutions to long-standing problems, free the public from the tyranny of anecdote and ill-informed opinion about the state of care, and reveal where the system provides value for money and where it does not.*<sup>106</sup>

In other words, these provincial reports recommended that the role of the evaluator of the health care system be separated from that of the insurer and provider. This was also suggested in a recent report, which stated:

*(...) unbundling the functions – insurer, service provider, and evaluator of health care quality – that governments now play in the health care system (...) will improve incentives to collect information and make it widely available, allow consumers to hold providers accountable by abandoning those with unacceptable waiting times or treatment outcomes, and allow governments to exercise a more vigorous and demanding standard or regulatory oversight.*<sup>107</sup>

The Committee believes that the evaluation of our health care delivery system is essential in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses

***The Committee believes that the evaluation of our health care delivery system is essential in order to provide care that is evidence-based and corresponds to the needs of patients. We strongly support the view of witnesses and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes.***

<sup>105</sup> Premier’s Advisory Council on Health (Alberta), p. 68.

<sup>106</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

<sup>107</sup> Dr. David Zitner and Brian Lee Crowley, *Public Health, Private Secret*, Research Report, the Atlantic Institute for Market Studies, January 2002, p. ix.

and provincial reports that the roles of the funder and provider should be separated from that of the evaluator in order to obtain independent assessment of health care system performance and outcomes. While such evaluation should be performed at arm's length from the insurer and the provider, it should be financed by public funds.

Moreover, and as stated under Principle 16 (Chapter Two), it is the view of the Committee that such independent evaluation should be performed at the national (not federal) level. This would allow for the pooling of the expertise, thereby making the most effective use of the limited human resources that are currently available in Canada, and result in major economies of scale. In addition, the smaller provinces, which would not otherwise be able to sustain a truly effective monitoring and evaluation system, would clearly benefit from the results of a national evaluation process.

The Committee believes that such a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent health care system evaluation. More precisely, evaluation of this type should be carried out at three levels:

***The Committee believes that such a national process for evaluating health care system performance and outcomes should be built on those national organizations that are currently devoted to the task of performing independent health care system evaluation.***

- First, the role of the Canadian Institute for Health Information (CIHI) should be strengthened. In addition to its responsibilities in the public health field, it should take the task of reporting – publicly or confidentially – on the performance of all regions and all institutional providers.
- Second, the Canadian Council on Health Services Accreditation should on a regular basis recommend how to correct deficiencies that it has identified in institutions delivering health services. At present, this review is voluntary; it should be made mandatory.
- Finally, the Citizens' Council on Health Care Quality should be responsible for advising on the development of standards and policy with respect to health care system performance and outcome evaluation.<sup>108</sup>

The extent of the authority devolved to each organization would have to be specified. Do they rely exclusively on public pressure and moral suasion, or would they be able to compel providers who do not meet agreed quality standards to implement changes? There are clearly many jurisdictional issues to be resolved, regardless of the exact mandate of such national evaluative bodies. But as a first step, the Committee recommends:

---

<sup>108</sup> The creation of a Citizens' Council on Health Care Quality was announced in the January 2001 Speech of the Throne. More precisely, the federal government stated that it will work with the provinces and territories to create this council whose objective will be to ensure that the public's perspective is considered in developing meaningful indicators of health system performance.

**That the federal government, in collaboration with the provinces and territories, undertake the establishment of a national system of evaluation on health care system performance and outcomes. Such a national system of evaluation should: 1) be built on existing expertise and institutions; 2) remain independent from governments; and 3) receive appropriate funding from the public purse. The federal government should devote substantial funding to this very important undertaking.**

### **4.3 Fostering Accountability**

Numerous witnesses acknowledged that the deployment of a system of EHR, that will capture and translate information on system performance and treatment outcomes, will enhance transparency in health care financing and delivery. Moving towards a uniform EHR system will also facilitate the monitoring and tracking of the use of public health care funds. This, overall, will foster accountability throughout the health care system.

But what does “accountability” mean exactly? In the view of the Committee, accountability refers to the obligation to demonstrate and take responsibility for system performance when measured against a set of agreed targets or goals. As mentioned in our Volume Four, there are two directions to government accountability. The first involves governments reporting to Canadians on their policies and programs with respect to health and health care (public accountability). The second involves provincial/territorial reporting to the federal government on the use of federal funding (government to government accountability).<sup>109</sup>

A major step towards greater public accountability was accomplished in February 1999 with the signing of the Social Union Framework Agreement (SUFA) by federal and provincial/territorial governments (excluding Quebec).<sup>110</sup> Under SUFA, federal and provincial/territorial governments are committed to increasing transparency and accountability to the Canadian public on social policy outcomes – including health care policy – so that Canadians can assess the performance of social programs. More specifically, SUFA states that each level of government agrees to:

- Monitor and measure outcomes of its social programs and report regularly to its constituents on the performance of these programs;
- Share information and best practices to support the development of outcome measures, and work with other governments to develop, over time, comparable indicators to measure progress on agreed objectives;
- Publicly recognize and explain the respective roles and contributions of governments.<sup>111</sup>

---

<sup>109</sup> Volume Four, p. 104.

<sup>110</sup> *A Framework to Improve the Social Union for Canadians*, An Agreement between the Government of Canada and the Governments of the Provinces and Territories, 4 February 1999.

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

In addition to recognizing the need to strengthen public accountability, governments signatory to SUFA agreed to “use funds transferred from another order of government for the purposes agreed and pass on increases to its residents”.<sup>112</sup> In the view of the Committee, developing such information on the use of public funds would significantly contribute to government-to-government accountability.

Currently, provinces and territories are not required to report explicitly on their utilization of federal transfer payments provided under the Canada Health and Social Transfer (CHST). The government-to-government accountability mechanism rests, at this moment, on compliance with the five principles of the *Canada Health Act*. This legislation also requires provincial and territorial governments to voluntarily provide an annual statement describing the operation of their health care insurance plans as they relate to the principles of the Act. The information provided by the provinces/territories serves as a basis for the *Canada Health Act* annual report.

***In the view of the Committee, developing information on the use of federal funds would significantly contribute to government to government accountability.***

SUFA also provides for greater transparency and public accountability with respect to disputes related to the *Canada Health Act*. With respect to transparency, SUFA establishes a process for dispute avoidance and resolution that will apply to the interpretation of the principles of the Act and that “should be simple, timely, efficient, effective and transparent”.<sup>113</sup> With respect to public accountability, the Agreement states that “governments will report publicly on an annual basis on the nature of intergovernmental disputes and their resolution.”<sup>114</sup>

Such a dispute resolution mechanism for the interpretation of the *Canada Health Act* has not been developed yet. When they met in January 2002, provincial Premiers and territorial Leaders asked Premier Klein to take the lead in working with the federal government to finalize, by April 30, 2002, the process for resolution of disputes under the *Canada Health Act*. It is the hope of the Committee that such a dispute resolution mechanism will be available soon and that, as a result, progress will be made to enhance transparency and accountability in the interpretation and enforcement of the *Canada Health Act*. We believe that such progress would significantly contribute to the renewal and restructuring of health care in Canada.

#### **4.4 Ensuring Confidentiality and Protection of Personal Health Information**

The issue of privacy, confidentiality and security related to personal health information in the context of an EHR system, as well as in the broader context of a national health infostructure, was perhaps the most sensitive one raised during the Committee’s hearings on this question. While these three terms are sometimes used interchangeably, they are, in fact, entirely separate issues:

---

<sup>112</sup> *Ibid*.

<sup>113</sup> *Ibid*.

<sup>114</sup> *Ibid*.

- *Privacy* refers to the right of individuals to control their personal health information – including the collection, use and disclosure of that information.
- *Confidentiality* deals with the obligation of health care providers to protect the personal health information of their patients, to maintain secrecy and not misuse or wrongfully disclose it.
- *Security* refers to the set of standards in and around information systems that protect access to the system and the information it contains.

In other words, privacy drives the duty of confidentiality and the responsibility for security. Protection of privacy in Canada is a shared responsibility between the federal and provincial/territorial governments. Currently, the legal framework for protecting individual privacy is composed of a patchwork of various laws, policies, regulations and voluntary codes of practice. The Committee was told that the first step that needs to be made is to gain support for the harmonization of legislation and regulation across Canada so that the privacy of Canadians will be protected in a reasonably uniform way in matters of health across the country.

The Committee was pleased to learn that a resolution for the harmonization of legislation is being examined by all jurisdictions and that an agreement is expected soon. We also fully support *Infoway* in promoting a common position on information privacy, confidentiality and security relating to the deployment of EHR systems across the country.

Moreover, the Committee acknowledges that the *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* or PIPEDA, promulgated in June 2000, has stimulated intensive debate and study of this question in the past two years. We are pleased that several groups in the health sector have seriously addressed many of the concerns raised by PIPEDA, and in particular, the need to protect personal health information, while at the same time allowing restricted use of such information for essential purposes such as health care management – which includes the provision, management, evaluation and quality assurance of health services – and health research.

Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to privacy and confidentiality. This being said, the Committee believes that if Canadians are to allow restricted access to personal health information for essential functions, such as health research and health care management, it is imperative that their personal health information be adequately protected. Our main observations and recommendations with respect to privacy of personal health information are detailed in Chapter Five, under Section 5.7.4.

***Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to privacy and confidentiality.***

#### 4.5 Investing in Telehealth in Rural and Remote Communities

Not only can telehealth applications enhance the sharing of the right information among various health care providers and health care settings, but they also offer the possibility of delivering care over large distances. Telemedicine is a form of telehealth application that can greatly improve quality and timely access to care, particularly in rural and remote Canada.

As indicated in the Committee's Phase Two report, up to 30% of Canada's population lives in rural, remote and northern areas of the country.<sup>115</sup> Accessibility to health care is one of the four patient-oriented principles of the *Canada Health Act*. However, rural Canadians are increasingly voicing concern regarding disparities between services available in rural and remote areas and those in urban areas.

The federal government has responded to the concerns of rural Canadians in a number of ways. For example, the Office of Rural Health was established in September 1998 to ensure that the views and concerns of rural Canadians are better reflected in national health policy and health care system renewal strategies. In February 1999, the federal government announced funding of \$50 million over three years (from 1999-00 to 2001-02) to support pilot projects under the "Innovations in Rural and Community Health Initiative".

In June 2000, the federal government announced a National Strategy on Rural Health that it sees as an important milestone on the road to ensuring that all Canadians have reliable access to quality health care. Then, in July 2001, the federal government announced the establishment of a Ministerial Advisory Committee on Rural Health to provide advice to the federal Minister of Health on how the federal government can improve the health of rural communities and individuals.

The Committee believes that telemedicine is a critical component of the overall rural health policy of the federal government. In the context of rural health, telemedicine offers the following advantages: it addresses the shortage of rural health care providers and medical training; it improves rural health infrastructure; it allows for conformity with the accessibility principle of the *Canada Health Act*; and it ensures a more equitable development of health information systems across the country. Therefore, the Committee recommends:

***The Committee believes that telemedicine is a critical component of the overall rural health policy of the federal government.***

**That the federal government maintain its support to rural health and invest in telehealth applications that will enhance access to care and improve the quality of health services in rural and remote communities.**

Given the unique health and health care needs of rural and remote communities, the Committee has decided to devote specific hearings on this subject and to release a thematic report with detailed recommendations in the coming year.

---

<sup>115</sup> Volume Two, p. 137.

## 4.6 Investing in Tele-Homecare

Technology in various telehealth applications is seen as vital to the timely delivery of quality home care services. Tele-homecare offers numerous benefits by:

- Reducing unnecessary visits to emergency rooms;
- Reducing unscheduled visits to primary care physicians;
- Providing early intervention or prevention of repeat hospitalizations;
- Teaching the patient how to manage early symptoms, thus avoiding the development of an acute pathological condition, and
- Gathering information on vital signs' data fluctuations within a 24-hour period, an important component of differential diagnosis and early prevention.<sup>116</sup>

Witnesses told the Committee that tele-homecare is not a substitute for any of the already available health services. Rather, it complements and reinforces the health care infrastructure by providing a continuum of care with a particular focus on patient's needs.

As indicated in the Committee's Phase Two report, the ability to connect a patient's in-home monitoring equipment to local health care facilities over telephone lines is already a reality.<sup>117</sup> Other possibilities are close to realization. In fact, tele-homecare applications are numerous and include for example: telemedicine involving medical consultations, diagnosis, rehabilitation for the home care patient from a distance; tele-education for information exchange between health care providers and the home care patient; telemonitoring where patients undergoing hemodialysis, cardiac, oncological treatments can be monitored or elderly persons can be assisted at home.

According to the Office of Health and the Information Highway (Health Canada), Canadian tele-homecare is in its early stages of development. Several existing projects are utilizing a range of applications from a telephone information line equipped with high performance diagnostic software to a tele-monitoring device that can transmit vital signs data over the telephone line. Currently, tele-homecare projects in Canada are primarily directed at tele-monitoring and tele-consultation following a visit to the hospital or as a replacement for a visit. A number of large home care organizations are using information and communication technologies to transmit administrative and case management information by qualified personnel from the point-of-care to central databases and to community health information networks.<sup>118</sup>

Many witnesses pointed out the need to develop a national vision of home care in which tele-homecare plays a significant role. Once a national vision is clearly developed, specific tele-homecare activities, national in scope, should be developed. The success of such a national undertaking requires, according to witnesses, strong federal leadership along with

---

<sup>116</sup> Office of Health and the Information Highway, *Tele-homecare: An Overview*, Background Paper for Discussion, Health Canada, May 1998, p. 3.

<sup>117</sup> Volume Two, p. 107.

<sup>118</sup> See their website at [http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/tele/hmcare\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/tele/hmcare_e.html).

collective and immediate action on the part of all stakeholders. The Committee will detail its final recommendations on tele-homecare in its thematic report on home care.

#### **4.7 Investing in Internet-Based Health Information**

An Internet-based health information network is a system that empowers individuals to make informed choices about their own health and well-being, their health care and about health policy. Health information to the general public via the Internet could include for example: 1) general health information (health promotion and disease prevention); 2) information on treatment options and drugs, as well as on illness management (e.g. blood pressure, diabetes or obesity); information on public health issues (e.g. quality of air, water and food); 4) information on the effects of health determinants; 5) health and health care policies at the federal, provincial and territorial levels as well as the policies of other countries; 6) data on health outcomes of public policies; 7) accountability data (such as report cards on the performance of the health services and providers).

A recent report by the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Infostructure<sup>119</sup> stated that the public sector has a limited presence in providing health information to the public in an electronic form. According to the report, the most notable effort in Canada is the Canadian Health Network. The Canadian Health Network, which is a collaborative effort by the federal government and some health organizations across Canada, is considered by many as among the best in the world. The Network provides health promotion and disease prevention information to Canadians. The private sector, on the other hand, especially American firms, have entered this end of the market with highly specialized ventures providing dynamic, graphic information content. The criticism levelled at these private sector initiatives is whether their health-related information is objective and can be trusted, especially if the content is sponsored.

The report of the F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure stressed that, despite public and private sector initiatives, there is still significant amounts of information missing that the public would like to access, for example for certain population groups.

The F/P/T Advisory Committee recommended the creation of a national portal for the Canadian public that would provide comprehensive and trusted health-related information to support self-care decision making. This portal should build on the success of the Canadian Health Network and be strategically linked to provincial and territorial website services to ensure consistency of health-related information across Canada.<sup>120</sup> The national portal should allow better access by specific populations, which currently have restricted access to quality health-related information (e.g. Aboriginal Canadians, rural and remote communities, etc.).

The Committee believes that providing access to objective, trusted, health-related information can significantly improve the ability of Canadians to make health and health care

---

<sup>119</sup> F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure, *Tactical Plan for a Pan-Canadian Health Infostructure – 2001 Update*, Office of Health and the Information Highway, Health Canada, November 2001.

<sup>120</sup> Examples of provincial websites include BC's HealthGuide, Calgary Health Region's "Your Health", and CapitalHEALTHLink.



decisions. Consistent with Principle Nineteen (Chapter 2), it is our view that initiatives enabling people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given the highest priority. Based on this principle and on the observations by the F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure, the Committee recommends:

**That the federal government, in collaboration with the provinces/territories and stakeholders, develop a national health information portal, building on the success of the Canadian Health Network and the integration of provincial/regional portals.**

- **As a matter of priority, investments into this national portal should be made in locations where the basic systems infrastructure is inadequate, especially in rural, remote and Aboriginal communities. This would greatly enhance the capacity of all Canadians to access timely and objective electronic health information.**



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

De la série des rapports sur  
l'état du système de soins de santé au Canada

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume Cinq:*  
*Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I*

*Président*

L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*

L'honorable Marjory LeBreton

AVRIL 2002



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>i</b>
<b>ORDRE DE RENVOI.....</b>	<b>iii</b>
<b>SÉNATEURS .....</b>	<b>iv</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE UN .....</b>	<b>5</b>
UNE RÉFORME QUI REPOSE SUR DES RÉALITÉS FONDAMENTALES.....	5
1.1 Le système public de soins de santé du Canada n'est pas financièrement viable à long terme aux niveaux de financement actuels.....	6
1.2 Les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé.....	13
1.3 Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé.....	15
1.4 Principes directeurs de la restructuration et du financement du système canadien de soins de santé .....	21
<b>CHAPITRE DEUX.....</b>	<b>25</b>
PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ.....	25
2.1 Financement (ou assurance) des soins de santé.....	25
2.2 Prestation des soins de santé .....	38
2.3 Évaluation des soins de santé.....	50
2.4 Pour un système de soins de santé axé sur le patient.....	55
2.5 Le contrat d'assurance-santé entre les Canadiens et leurs gouvernements.....	62
2.6 Conclusion.....	64
<b>CHAPITRE TROIS .....</b>	<b>73</b>
FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ .....	73
3.1 Disponibilité des technologies de la santé.....	73
3.2 Financement de l'acquisition et de la mise à niveau des technologies de la santé.....	75
3.3 Évaluation des technologies de la santé.....	77
<b>CHAPITRE QUATRE .....</b>	<b>81</b>
CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE.....	81
4.1 Établissement d'un système de dossiers de santé électroniques .....	82
4.2 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats : la nécessité de mener une évaluation indépendante .....	84
4.3 Favoriser la responsabilisation.....	87
4.4 Confidentialité et protection des renseignements personnels .....	89
4.5 Investir dans la télésanté dans les régions rurales et éloignées .....	90
4.6 Investir dans les télésoins à domicile.....	91
4.7 Investir dans un réseau d'information sur la santé accessible par internet .....	92

<b>CHAPITRE CINQ.....</b>	<b>95</b>
FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ.....	95
5.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé.....	96
5.2 S'engager dans la révolution scientifique.....	99
5.3 Garantir un environnement de recherche prévisible.....	102
5.3.1 <i>Le financement fédéral de la recherche en santé.....</i>	<i>103</i>
5.3.2 <i>La recherche fédérale interne en santé.....</i>	<i>105</i>
5.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins.....	107
5.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables.....	109
5.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé.....	111
5.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé.....	115
5.7.1 <i>La recherche sur des sujets humains.....</i>	<i>116</i>
5.7.2 <i>Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains.....</i>	<i>118</i>
5.7.3 <i>L'utilisation d'animaux dans la recherche.....</i>	<i>122</i>
5.7.4 <i>La confidentialité des renseignements médicaux personnels.....</i>	<i>124</i>
5.7.5 <i>La confidentialité de l'information génétique.....</i>	<i>129</i>
5.7.6 <i>Les situations possibles de conflit d'intérêts.....</i>	<i>130</i>
 <b>CHAPITRE SIX.....</b>	 <b>133</b>
PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ.....	133
6.1 Une stratégie nationale pour réaliser l'autosuffisance en matière de ressources humaines de la santé.....	133
6.1.1 <i>Pénuries de professionnels de la santé.....</i>	<i>133</i>
6.1.2 <i>Vers l'autonomie en ressources humaines de la santé.....</i>	<i>135</i>
6.1.3 <i>Accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé autochtones.....</i>	<i>138</i>
6.1.4 <i>Faire face à l'exode des cerveaux.....</i>	<i>140</i>
6.1.5 <i>La nécessité d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines de la santé.....</i>	<i>142</i>
6.2 Ressources humaines de la santé et réforme des soins primaires.....	147
6.2.1 <i>Soutien de la réforme des soins primaires.....</i>	<i>148</i>
6.2.2 <i>Études interdisciplinaires.....</i>	<i>152</i>
6.2.3 <i>Quel modèle adopter pour la réforme des soins primaires?.....</i>	<i>153</i>
 <b>CHAPITRE SEPT.....</b>	 <b>159</b>
VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION.....	159
 <b>ANNEXE A.....</b>	 <b>A-1</b>
LISTE DES PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE.....	A-1
 <b>ANNEXE B.....</b>	 <b>A-11</b>
LISTE DES TÉMOINS.....	A-11

## ORDRE DE RENVOI

---

Extrait des Journaux du Sénat du 1er mars 2001 :

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

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

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

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

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

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

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.



Extrait des Journaux du Sénat du mardi 11 décembre 2001 :

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Pépin,

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 1er mars 2001, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 30 juin 2003.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

## **SÉNATEURS**

---

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

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

et

Les honorables sénateurs :

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

Membres d'office du Comité :

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

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

Les honorables sénateurs Carney, Cochrane, Lawson, Léger, Maheu, St. Germain, Sibbeston et Stratton.



## INTRODUCTION

---

En décembre 1999, durant la deuxième session de la trente-sixième législature, le Sénat a confié au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie la réalisation d'une étude sur l'état du système de soins de santé et sur l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Il a renouvelé le mandat du Comité à la première session de la trente-septième législature. L'ordre de renvoi relatif à cette étude est libellé en ces termes :

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

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

En réponse à ce vaste et complexe mandat, le Comité a relancé son étude pluriannuelle et pluridisciplinaire en mars 2001. L'étude devait initialement comporter cinq grandes phases, mais vu le volume considérable des témoignages qu'il a reçus et la complexité d'un bon nombre des questions à aborder, le Comité a décidé d'ajouter une nouvelle phase à ses travaux. Le rapport de cette sixième phase (le volume six) contiendra les recommandations du Comité sur la restructuration et le financement des soins de santé. On y traitera aussi des lacunes de plus en plus grandes de la couverture au niveau des médicaments et des services de soins à domicile.

Une fois le volume six terminé, le Comité entend examiner plusieurs questions particulières qui feront l'objet d'une série de rapports thématiques portant sur les sujets suivants : (1) la santé des Autochtones, (2) la santé des femmes, (3) la santé mentale, (4) les services de santé en région rurale, (5) la santé de la population, (6) les soins à domicile et (7) les soins palliatifs. Le tableau suivant indique les phases de l'étude et leurs échéances.

---

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

**ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ  
PHASES ET ÉCHÉANCES**

<b>Phases</b>	<b>Contenu</b>	<b>Échéance du rapport</b>
<b>Un</b>	Contexte historique et aperçu	Mars 2001
<b>Deux</b>	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé	Janvier 2002
<b>Trois</b>	Modèles et pratiques d'autres pays	Janvier 2002
<b>Quatre</b>	Document d'élaboration de solutions de rechange	Septembre 2001
<b>Cinq</b>	Principes de restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et recommandations visant plusieurs enjeux de la santé	Avril 2002
<b>Six</b>	Recommandations quant au financement et à la restructuration des services hospitaliers et des services médicaux et aux lacunes de la couverture relativement aux médicaments et aux soins à domicile	Octobre 2002
<b>Études thématiques</b>	La santé des Autochtones, la santé des femmes, la santé mentale, les services de santé en région rurale, la santé de la population, les soins à domicile et les soins palliatifs	À déterminer

Le premier rapport du Comité, paru en mars 2001, brossait un tableau historique des mesures prises par le gouvernement fédéral pour aider les provinces à financer les services hospitaliers et les services des médecins. On y mettait surtout l'accent sur les objectifs qui avaient motivé à l'origine la participation du gouvernement fédéral aux soins de santé et l'on y posait certaines questions quant au rôle futur de celui-ci compte tenu de l'évolution des soins de santé (marquée par exemple par l'importance croissante de la pharmacothérapie, des soins hospitaliers ambulatoires, des soins à domicile et des soins de santé communautaire). Ce premier rapport contenait aussi un résumé de l'évolution des dépenses de santé et des indicateurs de la santé sur plusieurs décennies. Enfin, pour dégager la réalité du mythe, on y décortiquait de nombreuses idées reçues qui circulent sur la prestation et le financement des soins de santé au Canada. Ce premier rapport visait essentiellement à fournir des renseignements factuels et à dissiper les principales idées fausses qui font régulièrement surface dès qu'on parle de soins de santé au Canada.

Dans son deuxième rapport, le Comité passait en revue les grandes tendances qui influent sur le coût et la méthode de prestation des services de santé et leurs répercussions sur le financement à long terme du système par le secteur public. Il mettait l'accent en particulier sur l'accroissement des coûts qui résulte de l'évolution de la structure démographique de la population, de la hausse des coûts et de l'usage des médicaments et des technologies de la santé

et des changements dans la prestation des services de santé (par exemple, par le recours accru aux services ambulatoires, aux soins à domicile et à aux techniques de la télésanté). On y traitait aussi des questions qui entourent la recherche en santé, la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (y compris de la pénurie de professionnels de la santé), des services de santé en région rurale, des tendances des maladies et de la santé de la population autochtone. Enfin, on y examinait comment une infostructure de la santé pourrait contribuer à améliorer la prestation des services de santé dans l'avenir.

Le troisième rapport du Comité portait sur le financement et la prestation des services de santé dans plusieurs autres pays (Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis) et sur les objectifs de la politique des pouvoirs publics nationaux de ces pays en matière de santé, en mettant en relief les politiques et réformes les plus susceptibles de contenir des enseignements pour le Canada. On y examinait aussi brièvement le fonctionnement des comptes d'épargne-santé (CES) à Singapour, en Afrique du Sud, aux États-Unis et à Hongkong.

Le quatrième rapport du Comité décrivait les cinq rôles du gouvernement fédéral à l'égard de la santé et des soins médicaux : (1) financement, (2) recherche et évaluation, (3) infrastructures, (4) protection de la santé et (5) prestation de services. Pour chacun de ces rôles, le Comité a établi une liste d'objectifs, énuméré les contraintes et proposé plusieurs axes de réforme possibles. Ce rapport a suscité un vaste débat sur les problèmes à surmonter et les avenues de solution possibles.

Le présent rapport repose sur les témoignages recueillis durant des audiences tenues à l'automne 2001 et sur des informations obtenues lors des phases précédentes de l'étude. Au total, près de 300 particuliers et organisations ont fait connaître au Comité leur avis sur les solutions proposées dans le rapport de la phase quatre.

Ce cinquième rapport compte sept chapitres. Le chapitre un porte sur les trois réalités fondamentales du régime de soins de santé du Canada; on y énumère par ailleurs vingt principes qui, selon le Comité, devraient présider à la restructuration et au financement du système de soins de santé. Dans le chapitre deux sont exposés les facteurs qui ont motivé le choix des vingt principes énumérés au chapitre un. Le chapitre trois contient un résumé des observations du Comité quant au financement et à l'évaluation des technologies de la santé ainsi que ses recommandations à ce sujet. Le chapitre quatre traite des systèmes d'information sur la santé et le Comité y formule des recommandations en vue du déploiement d'une infostructure de la santé au Canada. Le chapitre cinq expose les vues du Comité sur la recherche en santé et le chapitre six présente ses observations et recommandations sur la planification des ressources humaines. Le chapitre sept fait la liste des principes qui, selon le Comité, devraient guider le rôle du gouvernement fédéral relativement à la santé de la population, et en particulier la santé des Autochtones.

Le sixième rapport du Comité, qui paraîtra en octobre 2002, contiendra des recommandations quant à la manière de concrétiser les principes énoncés dans les chapitres un et deux du présent rapport dans un plan d'action en vue de la restructuration du système de soins de santé. Il renfermera aussi une proposition précise visant à accroître les recettes du gouvernement fédéral de façon que celui-ci puisse assumer les coûts de l'augmentation de ses

responsabilités que nous recommandons dans le présent rapport et contribuer au financement du système de soins de santé.

# CHAPITRE UN

## UNE RÉFORME QUI REPOSE SUR DES RÉALITÉS FONDAMENTALES

---

Dans le présent chapitre et également dans le suivant, le Comité formule un ensemble de principes qui le guideront dans la formulation de ses recommandations sur la restructuration et le financement du système de prestation des soins de santé<sup>2</sup> et sur le rôle du gouvernement fédéral dans le renouvellement des soins de santé. Ces recommandations seront présentées en octobre 2002 dans le volume six de l'étude du Comité, après une série d'audiences durant lesquelles les parties intéressées communiqueront au Comité leurs vues sur l'application concrète de ces principes.

Certains des principes énoncés dans les chapitres un et deux sont à la base des recommandations des chapitres trois à six sur les technologies de la santé, l'infrastructure de la santé, la recherche en santé et la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Cet ensemble de principes reflète les principales constatations énoncées dans les trois premiers rapports de l'étude du Comité de même que les témoignages entendus durant les nombreuses audiences publiques que le Comité a tenues dans tout le pays à l'automne 2001. Les facteurs qui justifient chacun des principes énoncés à la fin du présent chapitre sont expliqués dans le chapitre deux. Il importe de noter qu'un grand nombre de ces principes reprennent certaines des observations et recommandations formulées récemment par des groupes de travail et commissions sur les soins de santé.

Dans l'ensemble, les principes énoncés reposent sur trois réalités fondamentales :

- le système public de soins de santé du Canada n'est pas viable à long terme aux niveaux de financement actuels;
- les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé;
- il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les soins de santé.

Le Comité espère que les principes présentés dans le présent chapitre et au chapitre deux permettront à la population de mieux comprendre les divers problèmes à surmonter dans le régime canadien de soins de santé et de faciliter sa réflexion à ce sujet. Nous espérons aussi qu'ils nous permettront de clore le débat typiquement canadien sur la place du secteur privé dans le secteur de la santé et sur le partage des responsabilités entre le secteur

---

<sup>2</sup> Quand le Comité parle du « système de soins de santé », il est entendu que le Canada compte en fait 13 régimes interdépendants similaires mais non identiques, un dans chaque province et territoire.

public et le secteur privé. Le Comité estime en effet que cette controverse nuit à la réflexion et compromet souvent la recherche de solutions.

Les Canadiens doivent savoir que, dans toutes les provinces et tous les territoires, le secteur public et le secteur privé oeuvrent conjointement dans le secteur de la santé, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des grands pays industrialisés. Le travail des médecins, par exemple, constitue une pratique privée, car seule une toute petite fraction d'entre eux sont employés par l'État ou par un organisme public. En outre, la plupart des hôpitaux appartiennent à un conseil d'administration représentant la collectivité qu'ils servent et sont administrés par lui (ou par une communauté religieuse dans certains cas), et ils fonctionnent en tant que société privée sans but lucratif. Par ailleurs, dans la plupart des provinces, les services de laboratoire diagnostiques sont dispensés par des entreprises privées à but lucratif pour le compte du régime public, et la grande majorité des pharmacies sont des entreprises privées.

Le Comité tient à répéter qu'il est indispensable que les Canadiens soient prêts à envisager de nouvelles manières d'assurer la prestation des soins de santé si nous ne voulons pas nous priver de solutions qui permettraient de soutenir notre système public de soins de santé. Dans son rapport provisoire, Roy Romanow a bien insisté sur ce point :

*Nous nous devons de définir clairement les valeurs que les Canadiens veulent voir reflétées dans leur système de soins de santé par le truchement des politiques et des programmes. Dans le passé, il a été très difficile de progresser dans le dossier en raison des positions intransigeantes qui ont été prises par les protagonistes. Ce genre de débat acerbe ne permet nullement d'avancer sur la voie du consensus et d'adopter une orientation ou des mesures pour asseoir notre système de soins de santé sur des bases plus solides. Nous nous devons d'être réceptifs aux nouvelles idées et aux nouvelles solutions. Nous devons être disposés à nous lancer dans un débat ouvert et franc sur les avantages et les inconvénients de chacune des nouvelles idées, puis nous devons être prêts à prendre les mesures qui s'imposent<sup>3</sup>.*

Passons maintenant à l'examen des trois réalités fondamentales précitées.

### **1.1 Le système public de soins de santé du Canada n'est pas financièrement viable à long terme aux niveaux de financement actuels.**

Le débat sur le financement du régime de soins de santé tourne essentiellement autour de la question de la viabilité. À cet égard, il importe d'apporter certaines précisions. Le Comité tient à dire que par assurer la viabilité du système

***Pour le Comité, un régime de soins de santé financièrement viable est un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir, compte tenu des moyens de l'État et de la volonté de payer des contribuables. Ce n'est pas un système qui peut offrir automatiquement tous les services de santé au moment précis où on les voudrait. Ce n'est pas non plus un système parfait.***

<sup>3</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow, président), *Préparer l'avenir des soins de santé* rapport provisoire, février 2002, p. 4.

on ne veut pas dire préserver le statu quo quant à la structure du régime ni offrir automatiquement tous les services de santé au moment précis où on les voudrait. Qui dit système viable ne dit pas système parfait. Nous estimons qu'un système de santé viable doit être en mesure d'offrir à la population un niveau de soins approprié compte tenu des besoins, aujourd'hui et dans l'avenir, et doit être capable de s'adapter à l'évolution de la réalité.

Vu la structure actuelle du système public de soins de santé, les questions concernant la pérennité et la viabilité financière du régime sont intimement liées. Pour le Comité, un régime de soins de santé financièrement viable est un système sur lequel les Canadiens peuvent compter maintenant et pourront compter dans l'avenir, compte tenu des moyens de l'État et de la volonté de payer des contribuables. C'est dire qu'il faut tenir compte de deux contraintes : la volonté des contribuables de payer et la nécessité pour tous les ordres de gouvernement, pour les fins de l'expansion économique, de maintenir les taux d'imposition à un niveau relativement compétitif par rapport à ceux des autres pays de l'OCDE et en particulier des États-Unis.

Le système public de soins de santé du Canada est-il financièrement viable? Pour répondre à cette question, il faut déterminer s'il faut davantage de ressources financières et si l'on peut exploiter d'autres sources de financement compte tenu des deux contraintes précitées. Il faut donc commencer par examiner les tendances actuelles et projetées des dépenses de santé.

Selon des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses de santé publiques et privées au Canada ont dépassé 95 milliards de dollars en 2000, ce qui représentait une progression de 6,9 % par rapport à l'année précédente. Même après correction pour tenir compte de l'inflation et de l'accroissement démographique, on constate une augmentation de 4,1 % en termes réels entre 1999 et 2000.

La progression des dépenses de santé s'accélère. En fait, les dépenses réelles par habitant croissent beaucoup plus vite actuellement qu'à n'importe quelle autre période depuis les années 80. En outre, les projections témoignent de l'existence de facteurs qui tendent à faire grimper les dépenses de santé :

- **Coût des médicaments** – Les coûts des médicaments comptent actuellement pour plus de 15 % des dépenses totales (publiques et privées) en soins de santé. On s'attend à un total de 14,7 milliards de dollars pour 2000, une hausse de 9 % par rapport à 1999. Dans le volume deux de son étude, le Comité avait fait remarquer qu'entre 1999 et 2000, les dépenses de médicaments par habitant avaient progressé de près de 93 %, soit plus du double de l'augmentation des dépenses générales en soins de santé (40 %)⁴. Des médicaments originaux et efficaces mais extrêmement coûteux feront leur apparition sur le marché canadien d'ici les dix prochaines années (notamment peut-être un vaccin contre le sida, une nouvelle cure immunologique contre le diabète juvénile, etc.), ce qui fera grimper encore plus le coût total des médicaments.
- **Technologies nouvelles** – Le Canada doit investir davantage dans les technologies de la santé et les systèmes d'information sur la santé. Le Comité

---

⁴ Volume deux, p. 20.

précisait, dans le rapport de la phase deux de son étude, que chaque tranche d'un milliard de dollars d'investissement dans l'achat d'appareils neufs exige une somme supplémentaire de l'ordre de 700 millions de dollars pour couvrir les coûts de fonctionnement et d'entretien des machines. Il faudrait en fait dépenser 5 milliards de dollars de plus pour jouir d'un niveau d'équipement en nouvelles technologies analogue à celui des autres pays de l'OCDE. De même, on estime qu'il faudrait entre 6 et 10 milliards de dollars (ou entre un et 1,25 milliard de dollars annuellement) pour instituer une infrastructure de la santé complète au Canada<sup>5</sup>.

- **Vieillessement de la population** – En 1998, 12 % des Canadiens avaient 65 ans ou plus, et plus de 43 % des dépenses de santé des provinces et des territoires concernaient les personnes âgées. D'après des chiffres de Statistique Canada, les personnes âgées constitueront 14,6 % de la population en 2010, et le pourcentage passera à 23,6 % lorsque le gros de la génération du « baby boom » aura pris sa retraite en 2031. Des interventions coûteuses qu'on ne pratiquait pas autrefois sur les personnes âgées leur sont maintenant offertes de plus en plus couramment<sup>6</sup>. On estime que le vieillissement de la population fera augmenter à lui seul de 1 % par an les dépenses totales de soins de santé. Cela peut paraître peu, mais il s'agit en fait d'environ un milliard de dollars de plus par an.
- **Coût des ressources humaines** – Les coûts de main-d'œuvre représentent environ les trois quarts des dépenses de soins de santé. Selon le conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé (le rapport Mazankowski), plus de la moitié de l'accroissement du budget de la santé en 2001-2002 a été consacré aux augmentations salariales. La rareté des ressources humaines dans le secteur de la santé va vraisemblablement contribuer à alimenter cette tendance pas seulement en Alberta, mais partout au Canada.
- **Recherche en santé** – Un niveau sans précédent de financement de la recherche en santé va entraîner une explosion de technologies et de médicaments nouveaux. Cette année, on consacra l'équivalent d'environ 40 milliards de dollars américains à la recherche en santé dans l'ensemble des pays du G-7, ce qui aboutira à des technologies efficaces mais chères dans les domaines de la génomique, de la protéomique<sup>7</sup>, de la nanotechnologie<sup>8</sup>, etc.

---

<sup>5</sup> Volume deux, p. 43 et p. 118.

<sup>6</sup> Certaines interventions cardiaques (comme l'ACTP) progressent de 12 % par an chez les personnes âgées, les chirurgies des articulations (comme le remplacement du genou) augmentent à un rythme de 8 % par an et la dialyse rénale est en hausse de 14 % par an dans ce groupe d'âge (à un coût de 50 000 dollars par an /par patient).

<sup>7</sup> La protéomique est l'analyse systématique de toutes les séquences protéiques et du mode d'expression des protéines dans les tissus. Les gènes codent des protéines qui effectuent toutes les activités fondamentales à l'intérieur des cellules. Les protéines sont des machines moléculaires qui exécutent des instructions génétiques. Des maladies et problèmes de santé divers sont liés à des anomalies de la production des protéines ou de leur fonctionnement.

<sup>8</sup> La nanotechnologie est de la fabrication moléculaire ou, plus simplement, la fabrication d'éléments un atome ou une molécule à la fois. Un nanomètre, c'est un milliardième de mètre (largeur de trois ou quatre atomes). La nanotechnologie propose la construction de mécanismes moléculaires innovateurs possédant des propriétés



- **Augmentation des attentes de la population** – De nombreux analystes ont noté que les exigences de la population vont avoir un impact considérable sur les coûts futurs. D'ailleurs, Roy Romanow le fait bien remarquer dans son rapport provisoire : « L'un des principaux facteurs d'augmentation au cours des dernières décennies a été l'évolution de nos attentes. De nos jours, nous voulons ce qu'il y a de mieux en matière de technologie, de traitements, d'installations, de recherche et de médicaments, et, par conséquent, nous dictons à nos gouvernements des impératifs qu'il leur est impossible de maintenir au fil des ans »<sup>9</sup>. En fait, les Canadiens ont une attitude plus nord-américaine qu'européenne au niveau des attentes. Plus précisément, 64 % des Canadiens sont très intéressés par les nouvelles découvertes médicales, contre 66 % des Américains et 44 % des Européens.
- **Restructuration des soins médicaux** – La restructuration et le renouvellement du système de soins médicaux vont coûter extrêmement cher. On estime par exemple que l'établissement d'équipes de soins de santé primaires coûtera en moyenne un million de dollars par équipe.
- **Lacunes du système** – Comme l'a fait remarquer le Comité dans son quatrième rapport, la couverture du régime de soins de santé présente d'importantes lacunes, notamment pour ce qui est des médicaments et des soins à domicile. Par exemple, un certain nombre de Canadiens ne sont pas protégés contre l'éventualité de coûts de médicaments exorbitants. De même, beaucoup de personnes sont mal servies lorsqu'elles ont besoin de soins à domicile. Si le Canada veut se doter de normes nationales pour tous les soins de santé et pas seulement pour les services hospitaliers et les services médicaux comme c'est actuellement le cas, il va manifestement falloir que le gouvernement affecte davantage d'argent au régime pour en élargir la couverture et en combler les lacunes.

Étant donné le caractère public du système canadien de soins hospitaliers et de soins dispensés par les médecins, les facteurs que l'on vient d'énumérer vont peser lourd dans les budgets des administrations publiques à court et à long terme. On en fait d'ailleurs état dans le rapport de 2000 des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sur les facteurs de coût<sup>10</sup> ainsi que dans de nombreux documents remis au Comité.

Par exemple, dans un rapport préparé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, on indique que près de 38 % des dépenses de programme totales ont été consacrées aux soins de santé en 2000-2001, en hausse de 33 % par rapport à 1992-1993<sup>11</sup>. Pour sa part, la Fédération des contribuables canadiens prévoit que cette proportion atteindra 50 % dès 2007 en

---

extraordinaires. Les possibilités sont nombreuses et comprennent notamment des ordinateurs microscopiques, des milliards de fois plus rapides que les ordinateurs actuels, qui pourraient diriger des machines qui patrouilleraient notre organisme, des systèmes immunitaires artificiels, et des machines qui pourraient réparer les cellules à l'échelle moléculaire et peut-être même stopper, voire renverser, le processus du vieillissement.

<sup>9</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy Romanow, président), *Préparer l'avenir des soins de santé*, rapport provisoire, février 2002, p. 25.

<sup>10</sup> Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, *Understanding Canada's Health Care Costs – Final Report*, août 2000.

<sup>11</sup> TEAQ Associates, *Getting the Right Balance: A Review of Federal-Provincial Fiscal Relations and the Funding of Public Services*, document préparé pour l'Association des hôpitaux de l'Ontario, décembre 2001, p. 21.

Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick<sup>12</sup>. De même, Le Conference Board du Canada estime que, entre 2000 et 2020, les dépenses publiques en santé par habitant (corrigées de l'inflation) croîtront de 58 %, tandis que les dépenses publiques par habitant au titre de tous les autres programmes et services gouvernementaux n'augmenteront que de 17 % durant la même période<sup>13</sup>.

Le pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé fournit la meilleure indication des pressions à court terme qui s'exercent sur les gouvernements chargés de financer la santé. Durant les audiences que le Comité a tenues dans tout le pays, plusieurs personnes, notamment des administrateurs de services de santé, des fournisseurs de soins de santé et des consommateurs ont exprimé de vives inquiétudes au sujet de l'augmentation des coûts des soins médicaux et des répercussions de cette progression sur les budgets des pouvoirs publics et sur les soins aux patients. Le Comité conclut de ces témoignages et d'informations provenant de nombreuses autres sources que, aux niveaux de financement actuels, l'augmentation des coûts compromet la viabilité financière du système public de soins de santé.

Certaines personnes et organisations pensent qu'on pourrait économiser de l'argent et éviter ainsi d'avoir à chercher de nouvelles sources de financement simplement en améliorant l'efficacité du régime. Le Comité a insisté à maintes reprises sur l'importance cruciale d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'administration et de la prestation des services de santé. Dans la même veine, la commission Fyke de la Saskatchewan a fait observer qu'il serait irresponsable d'augmenter les dépenses de santé sans pour autant corriger les problèmes sous-jacents du système actuel<sup>14</sup>. D'ailleurs, une bonne partie des principes décrits dans le chapitre suivant sont conçus pour aboutir à un régime plus efficace que le régime actuel.

Nous avons cependant toujours dit que rien n'indiquait de façon probante que des gains d'efficacité permettraient à eux seuls d'éviter d'avoir à chercher de nouvelles sources de financement, et qu'il était par conséquent important d'explorer toutes les possibilités à cet égard pour les fins de la planification de la politique publique.

Selon le Comité, nous mettrions autrement tous nos oeufs dans le même panier. Cela reviendrait à parier la viabilité financière future du régime de soins de santé sur des changements dont il n'est pas certain qu'ils sont réalisables et alors qu'on n'a pas de chiffres définitifs sur les sommes que l'on pourrait économiser par la voie de mesures de restructuration et de gains d'efficacité. Le Comité estime qu'il serait irresponsable d'agir de la sorte.

Nous comprenons toutefois que certaines personnes soient quand même prêtes à faire ce pari, parce que cela leur permettrait d'éviter la plupart des questions ardues en matière de financement et, partant, d'esquiver les questions les plus controversées qui se posent relativement au système de soins de santé<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Walter Robinson, *The Patient, The Condition, The Treatment – A CTF Research and Position Paper on Health Care*, Fédération des contribuables canadiens, septembre 2001, p. 59.

<sup>13</sup> Glenn G. Brimacombe, Pedro Antunes et Jane McIntyre, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020 – Balancing Affordability and Sustainability*, Le Conference Board du Canada, 2001, p. 21.

<sup>14</sup> *Caring for Medicare*, p. 73.

<sup>15</sup> Volume quatre, p. 54.

En bref, la prudence et une étude attentive des faits nous forcent à poser la question la plus difficile à laquelle doivent répondre les décisionnaires, et même tous les Canadiens : où doit-on aller chercher les fonds additionnels dont on a besoin pour le secteur de la santé? Doivent-ils venir des particuliers et des entreprises et être remis au gouvernement (par la voie des impôts ou de cotisations d'assurance-santé), ou doivent-ils aller directement des particuliers et des entreprises au secteur de la santé? Le Comité présentera ses réponses à ces questions dans son rapport d'octobre.

La commission Clair comme le groupe de travail dirigé par M. Mazankowski précisent tous les deux que les recettes générales de l'État ne sont pas inépuisables et qu'il va falloir trouver d'autres sources de revenus pour soutenir le régime de soins de santé et répondre aux besoins futurs de la population sur le plan de la santé.

La commission Clair soutient que:

*Pour assurer la pérennité de notre système, il faut d'abord accepter que les ressources que la société [...] peut consacrer à la santé est aux services sociaux sont limitées. Cette acceptation conduit à deux obligations indéniables et indissociables : faire des choix et performer.*

[...]

*Les dirigeants doivent choisir le niveau limite des ressources financières, choisir les services, les technologies médicales et les médicaments assurés. Les administrateurs et les cliniciens doivent également faire des choix, sinon accepter le choix des autres. Enfin, chaque citoyen doit choisir entre la solidarité, l'équité et le risque du chacun pour soi<sup>16</sup>.*

De même, le rapport Mazankowski précise :

*Si nous continuons de financer les soins de santé exclusivement à partir des recettes provinciales et fédérales, nous n'aurons peu d'autre choix que de rationner les services de santé. Par contre, si nous réussissons à diversifier les sources de revenus qui financent les soins de santé, nous pourrions alors améliorer l'accès aux soins de santé, élargir la gamme des services offerts et exploiter le potentiel des techniques et traitements nouveaux pour améliorer la santé.*

[...]

*Au lieu de rationner les services de santé, nous devons chercher des façons de générer des recettes additionnelles et utiliser celles-ci pour mieux permettre aux Albertains d'obtenir en temps opportun les services de santé qu'ils souhaitent et dont ils ont besoin<sup>17</sup>.*

---

<sup>16</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, président), *Les Solutions Émergentes – Rapport et recommandations*, janvier 2001, p. v.

<sup>17</sup> Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé (Don Mazankowski, président), *A Framework for Reform*, rapport présenté au Premier ministre de l'Alberta, décembre 2001, p. 52-53. Ce rapport est aussi appelé le « rapport Mazankowski ».

Le Comité tient à signaler que ces dernières années le gouvernement fédéral a beaucoup accru les fonds consacrés aux soins de santé et que, à l'instar des témoins, il est heureux de cette évolution. Il ne faut pas oublier cependant que les besoins des Canadiens en la matière sont considérables et que leurs attentes ne cessent de croître. En outre, à cause des raisons exposées précédemment, le système de soins hospitaliers et de soins dispensés par des médecins va coûter de plus en plus cher.

**Par conséquent , les Canadiens doivent concilier leurs aspirations, à savoir des services de santé financés par les deniers publics, et leur volonté de payer pour ces services.**

Vu la multiplicité des besoins concurrents, le Comité est d'avis qu'on ne pourra pas se contenter de transférer à la santé des sommes provenant d'une autre enveloppe, mais qu'il faudra véritablement trouver des ressources additionnelles.

De plus, dans la recherche de nouvelles ressources, il faut se garder d'oublier que le fardeau fiscal des particuliers canadiens est le plus élevé de tous les pays du G-7 et parmi les plus élevés de tous les pays de l'OCDE<sup>18</sup>. Par conséquent, les Canadiens doivent concilier leurs aspirations, à savoir d'une part des services de santé financés par les deniers publics, et d'autre part leur volonté de payer pour ces services et la nécessité de garder leur charge fiscale à des niveaux raisonnablement comparables à celles des autres pays de l'OCDE.

Une fois posé le postulat que le système de soins de santé financé par les deniers publics ne dispose pas actuellement de ressources suffisantes pour répondre à toutes les attentes, les Canadiens doivent décider les compromis qu'ils sont prêts à accepter. Il existe essentiellement trois solutions possibles :

- maintenir le rationnement des services de santé offerts par le régime public, soit en sélectionnant les services couverts et ceux qui ne le sont pas (donc en radiant certains services des services assurés), soit en laissant les listes d'attente s'allonger;
- augmenter les recettes publiques, soit par une hausse directe des prélèvements fiscaux, soit par d'autres moyens comme la perception de cotisations d'assurance-santé, de manière que l'on puisse réduire voire éliminer le rationnement des services et raccourcir les listes d'attente;
- permettre l'établissement d'un système privé parallèle offrant certains services de santé à ceux qui en ont les moyens, tout en conservant un système public pour tous les autres Canadiens.

Voilà d'après nous les choix réalistes qui s'offrent aux Canadiens. Chacune des solutions proposées présente des avantages et des inconvénients et suscite des réactions variées selon les groupes et les personnes. Nous n'avons cependant d'autre choix que de les explorer si nous voulons continuer de jouir d'un système de soins de santé dont nous pouvons vraiment

---

<sup>18</sup> Ce fait est bien documenté dans une publication de Statistique Canada, « Fiscalité internationale : tendances récentes » dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue, vol. 2, n° 1, janvier 2001, pp. 36-40.

être fiers. On indique à la section 2.5 les répercussions, sur chacun de ces choix, des principes de restructuration et de refinancement énoncés au chapitre deux.

Les témoins venus nous démontrer que les dépenses de santé croissent bien plus rapidement que les recettes publiques nous confortent dans notre conclusion que les Canadiens doivent faire des choix. Nous devons de toute nécessité étudier les compromis inhérents aux trois solutions énoncées ci-haut, faute de quoi les dépenses de santé risquent de compromettre d'autres programmes tout aussi importants. La survie du système de soins de santé exige de décider quels aspects de la prestation des soins de santé seront financés à même les deniers publics et d'où proviendront les fonds nécessaires. Le Comité énoncera dans le volume six de son rapport ses recommandations relatives au financement des soins de santé par le gouvernement fédéral.

## **1.2 Les Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans la restructuration et le renouvellement du système de soins de santé.**

Beaucoup de témoins ont tenu à rappeler que le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle primordial dans le financement des services de santé couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Compte tenu de la gravité des problèmes que doit maintenant surmonter notre système de soins de santé, le Comité estime important que le gouvernement fédéral intervienne pour préserver l'esprit du programme d'assurance-santé qu'il a lancé il y a déjà plusieurs dizaines d'années. En fait, la grande majorité des Canadiens estiment que le système public de soins de santé les a bien servis jusqu'à maintenant et ils ne veulent pas qu'on le change du tout au tout. Les sondages d'opinion montrent que les Canadiens s'attendent que le gouvernement fédéral continuera de jouer un rôle important dans le système public de soins de santé.

Bien sûr, la prestation des soins de santé relève principalement des provinces et des territoires. Nous estimons cependant que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans la mesure où il peut faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui voudront restructurer et reconfigurer leur système de soins de santé. Nous sommes convaincus que la majorité des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des provinces et des territoires pour apporter les changements voulus au système. En fait, la participation du gouvernement fédéral à ce processus est importante pour plusieurs raisons.

***Le Comité estime que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans la mesure où il peut faciliter la tâche aux provinces et aux territoires qui voudront restructurer et reconfigurer leur système de soins de santé. Nous sommes convaincus que la majorité des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des provinces et des territoires pour apporter les changements voulus au système.***

Premièrement, les Canadiens tiennent à l'application de principes nationaux dans le régime de soins médicaux et s'attendent que le gouvernement fédéral veille à les maintenir. Actuellement, la capacité du gouvernement fédéral de faire respecter des normes acceptables et

de recommander des politiques aux provinces et aux territoires dépend pour une large part de l'importance de son apport financier en espèces.

Deuxièmement, le financement fédéral des soins de santé est particulièrement crucial en cette période de réforme et de renouvellement. Il est en effet fort probable que les changements apportés à la structure et au fonctionnement du système de soins de santé vont exiger un surcroît de financement, du moins dans un premier temps. La commission Fyke de la Saskatchewan a fait la même observation, signalant que les fonds doivent servir à opérer de vrais changements et pas simplement à gagner du temps, et doivent rapporter de la qualité et non seulement du volume<sup>19</sup>.

Troisièmement, et certains verraient là l'argument le plus important, seul le gouvernement fédéral est en mesure de veiller à ce que toutes les provinces et tous les territoires disposent des ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins de leur population, indépendamment de la taille de leur économie. Le rôle de redistribution du gouvernement fédéral est un élément important de ce que beaucoup appellent la « façon de faire canadienne ».

Quatrièmement, il faut éviter que des changements importants soient apportés au régime dans une ou deux provinces seulement. Un régime véritablement national exige une certaine harmonisation entre les provinces pour ce qui est des services assurés (voire même idéalement pour ce qui des règles concernant les champs d'activité). Le gouvernement fédéral peut encourager cette harmonisation, en recourant par exemple à des sanctions ou des incitatifs à caractère financier pour persuader les provinces et les territoires d'accepter les normes nationales.

Enfin, le Comité tient à souligner que, selon lui, il faut absolument que les sommes que le gouvernement fédéral verse aux provinces au titre des soins de santé lui garantissent voix au chapitre lorsqu'il s'agira de restructurer le système de soins de santé. Le gouvernement fédéral ne doit pas simplement accorder des fonds, il doit aussi avoir son mot à dire sur la façon dont ils sont dépensés.

Les Canadiens tiennent aussi à ce que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires au renouvellement du régime de soins de santé dans un esprit de collaboration et de partenariat. Ils en ont assez que tout le monde se renvoie la balle et veulent que les parties concernées s'entendent et produisent des résultats. Dans cette perspective, le Comité souscrit sans réserve à l'observation suivante, énoncée dans le rapport Romanow, pour dire qu'il est temps que tous les ordres de gouvernement collaborent à la restructuration du système de soins de santé :

*[...] les Canadiens veulent que les deux principaux niveaux de gouvernement mettent un terme aux disputes stériles et aux discussions futiles qui tiennent trop souvent lieu de débat, et qu'ils cessent de se renvoyer la balle sur la manière de renouveler le système de soins de santé. À leurs yeux, les deux niveaux de gouvernement ont chacun une part de*

---

<sup>19</sup> *Caring for Medicare*, p. 79.

responsabilité dans les problèmes qui affligent le système, et tous deux doivent trouver des solutions pour dénouer l'impasse<sup>20</sup>.

### **1.3 Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé.**

Il faut trouver des mécanismes qui encourageront toutes les parties concernées – fournisseurs de soins, établissements, gouvernements et patients – à dispenser, gérer ou utiliser plus efficacement les services de santé. Le Comité croit

***Le Comité croit fermement qu'il serait vain d'imposer du haut vers le bas des changements majeurs dans un système de soins de santé aussi complexe que le nôtre. Une telle forme d'intervention centralisée, de micro-gestion, serait malavisée. La seule manière d'obtenir les changements requis consiste à instituer un régime approprié d'incitatifs.***

fermement qu'il serait vain d'imposer du haut vers le bas des changements majeurs dans un système de soins de santé aussi complexe que le nôtre. Une telle forme d'intervention centralisée, de micro-gestion, serait malavisée. La seule manière d'obtenir les changements requis consiste à instituer un régime approprié d'incitatifs qui :

- introduiront une saine concurrence entre les établissements de soins de santé;
- encourageront un recours plus efficace aux divers fournisseurs de soins de santé;
- favoriseront une utilisation plus judicieuse des technologies de la santé;
- établiront des structures permettant une meilleure évaluation permanente de l'ensemble du système et des résultats des soins de santé;
- feront en sorte que les patients reçoivent des soins de qualité en temps opportun;
- encourageront les patients à faire un usage avisé des services de santé financés à même les deniers publics.

D'après nous, l'élaboration d'un ensemble d'incitatifs appropriés dépend de la séparation des trois fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation des

***D'après nous, l'élaboration d'un ensemble d'incitatifs appropriés dépend de la séparation des trois fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation des services et d'évaluation des soins de santé. Nous voyons dans ce cloisonnement la condition nécessaire de l'instauration des types mêmes d'encouragements qui permettront d'aboutir à un système de santé véritablement axé sur le patient, c'est-à-dire un système où le client reçoit les meilleurs soins dispensés en temps opportun par un professionnel de la santé qualifié.***

<sup>20</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, p. 4.

services et d'évaluation des soins de santé. Nous voyons dans ce cloisonnement la condition nécessaire de l'instauration des types mêmes d'encouragements qui permettront d'aboutir à un système de santé véritablement axé sur le patient, c'est-à-dire un système où le client reçoit les meilleurs soins dispensés en temps opportun par un professionnel de la santé qualifié.

Par ailleurs, la séparation des fonctions de financement, de prestation et d'évaluation des services de santé contribuera à une plus grande transparence du système et à une meilleure reddition de comptes par tous les éléments du système, y compris les pouvoirs publics. Elle permettra aussi de jeter les bases d'une plus grande concurrence entre établissements de soins de santé. Les raisons qui motivent ce choix, d'après nous essentiel à une réforme efficace du système canadien de soins de santé, ont été discutées lors des audiences publiques du Comité ainsi que dans de récents rapports.

Partout où nous sommes allés, dans les provinces de l'Atlantique et de l'Ouest comme dans les provinces du centre, on nous a répété que les soins de santé étaient à de nombreux égards administrés comme un monopole où le gouvernement est souvent le seul qui finance et qui offre de nombreux services de santé en l'absence de toute évaluation indépendante et de toute concurrence. Le très honorable Don Mazankowski, président du conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, a expliqué ce qui suit :

*Le système de soins de santé de l'Alberta, comme d'ailleurs ceux des autres provinces, fonctionne comme un monopole non réglementé. Le gouvernement :*

- *définit ce qui constitue des « services médicalement nécessaires »;*
- *paie pour tous les services assurés fournis;*
- *offre un régime d'assurance public et interdit, de par la loi, l'assurance privée à l'égard de ces services;*
- *interdit aux gens, de par la loi, de se procurer des services assurés en dehors du régime public, sauf dans les cas où ceux-ci sont dispensés aux termes d'un contrat conclu avec le régime public;*
- *administre et régit les soins directement et indirectement;*
- *définit, recueille et analyse lui-même l'information sur son propre rendement<sup>21</sup>.*

**[...] de nombreux pays aux prises avec des régimes de soins médicaux coûteux, inefficaces ou mal adaptés aux besoins (le Royaume-Uni, la Suède et les Pays-Bas par exemple) avaient déjà lancé des processus de réforme visant à éliminer les caractéristiques monopolistiques décrites ci-dessus en séparant les diverses fonctions du système de soins de santé tout en préservant l'accès universel à des services de santé publics.**

On a affirmé au Comité que cette emprise de l'État sur le régime de soins de santé aboutissait à un système inefficace manquant de transparence et d'imputabilité :

*Les gouvernements au Canada font face à un conflit d'intérêts important relativement aux soins de santé. En effet, non seulement ils perçoivent des primes d'assurance-santé*

<sup>21</sup>Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 21.



*(au moyen de taxes ou de primes spéciales) et conservent la responsabilité de la prestation des services de santé, mais ils ne rendent compte qu'à eux-mêmes de leur propre efficacité et efficience en se fondant sur l'information qu'ils ont décidé de recueillir. En outre, ces mêmes gouvernements décident quelle information doit être communiquée au public. Les gouvernements décident également de l'interprétation des résultats, de sorte que les organisations de services de santé peuvent considérer que des taux de satisfaction de 80 % sont acceptables, tandis que dans de nombreuses industries on congédierait la direction d'une organisation où 20 % des clients ne sont pas satisfaits et plus de la moitié des employés estiment qu'ils n'ont pas un bon milieu de travail.*

*Le conflit d'intérêts peut être réduit ou éliminé si l'on sépare la fonction d'assurance de la fonction de prestation des soins de santé. [...] Le conflit d'intérêt peut également être réduit en séparant les personnes responsables de l'évaluation du système de santé, celles qui sont responsables de la prestation des services de santé et celles qui sont chargées de prélever les primes d'assurance.*

*L'élimination du conflit d'intérêts découlant du fait que le gouvernement agit à la fois comme organisme de réglementation, assureur, dispensateur et évaluateur donnera lieu à un environnement qui encourage chaque secteur à rechercher l'information pertinente sur le rendement du système de soins de santé<sup>22</sup>.*

Dans le volume trois de son étude, le Comité a indiqué que de nombreux pays aux prises avec des régimes de soins médicaux coûteux, inefficaces ou mal adaptés aux besoins (par exemple le Royaume-Uni, la Suède et les Pays-Bas) avaient déjà lancé des processus de réforme visant à éliminer les caractéristiques monopolistiques décrites ci-dessus en séparant les diverses fonctions du système de soins de santé tout en préservant l'accès universel à des services de santé publics.

L'information recueillie au niveau international permet de conclure que le cloisonnement des fonctions de financement et de prestation des services peut contribuer à accroître l'efficacité du système de soins de santé :

- par la décentralisation de la prise de décisions;
- par l'introduction d'une concurrence plus vive dans le système;
- par une meilleure intégration des services de santé;
- par une exploitation plus efficace des fournisseurs de soins de santé;
- par une utilisation plus judicieuse des technologies de la santé;
- en plaçant le patient au premier rang, puisque le financement suit le patient;
- en veillant à ce que le patient reçoive des soins de qualité en temps opportun.

En outre, en séparant les fonctions de financement et d'évaluation, il sera possible de mettre en place des structures qui assureront une meilleure évaluation permanente de

---

<sup>22</sup> Atlantic Institute for Market Studies, mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 5.

l'ensemble du système et des résultats des soins en particulier. Cela ne pourra qu'améliorer la transparence et la manière dont on rend compte de l'usage des fonds publics.

Pour toutes ces raisons, le Comité estime nécessaire de séparer les fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation dans le système canadien de soins de santé. Ce raisonnement sert de prémisse à l'ensemble de principes énoncés dans le présent rapport.

***Le Comité estime nécessaire de séparer les fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation dans le système canadien de soins de santé. Ce raisonnement sert de prémisse à l'ensemble de principes énoncés dans le présent rapport.***

Le Comité s'attend à des divergences dans l'application concrète de ces principes en raison des caractéristiques qui distinguent les régions les unes des autres (au chapitre, par exemple, de la taille de la population et du nombre d'établissements et de fournisseurs de soins) et des différences entre établissements (hôpitaux communautaires et hôpitaux universitaires par exemple). D'ailleurs, une bonne partie de notre prochain rapport portera justement sur l'application concrète des principes en tenant compte des disparités précitées. Quoi qu'il en soit, le Comité est convaincu que, pris globalement, cet ensemble de principes saura guider clairement la restructuration du système.

Selon le Comité, ces principes vont provoquer une transformation du système de soins de santé en deux étapes. La **première étape de la réforme** comportera les changements suivants :

1. **Séparation de la fonction de financement (ou d'assurance) et de la fonction de prestation des services de santé** – Le gouvernement continuerait d'assumer les fonctions de financement et d'assurance (comme il le fait maintenant), mais les établissements offrant des services de santé publics (les hôpitaux et les cliniques) jouiraient d'une plus grande indépendance du gouvernement, car ils ne seraient plus assujettis à un degré de contrôle aussi élevé. Il faudrait pour cela modifier la méthode de rémunération des services hospitaliers : les budgets annuels globaux des hôpitaux, actuellement fixés par le gouvernement, disparaîtraient au profit d'un système de remboursement des établissements axé sur une formule fondée sur les services (où chaque type de service se voit attribuer une valeur et où les hôpitaux se font rembourser selon le nombre et le type de services dispensés).

Si le gouvernement payait les hôpitaux pour chaque service et si le tarif était public, la population pourrait pour la première fois constater le lien direct entre le niveau de financement et le nombre et le genre d'interventions exécutées. La population pourrait alors plus facilement connaître les conséquences des décisions sur le niveau de financement des soins de santé et se faire une idée des répercussions de divers niveaux de financement sur des services précis.

Une telle évolution pourrait transformer radicalement la nature du débat qui entoure le système de soins de santé, lequel porterait alors sur le nombre de patients traités et le nombre et le type d'interventions exécutées (donc sur les

résultats du système) et non plus, comme maintenant, sur l'argent dépensé (les intrants). Ainsi, le débat tournerait davantage autour des patients et des services, et non plus seulement autour de sommes d'argent comme c'est actuellement le cas.

2. **Séparation de la fonction de financement (ou d'assurance) et de la fonction d'évaluation** –

Le gouvernement continuerait de régir dans l'ensemble la qualité de la prestation des soins de santé et les fournisseurs relèveraient en dernière analyse du gouvernement, mais la fonction d'évaluation serait considérablement renforcée. La fonction d'évaluation continuerait d'être financée par le gouvernement, mais son exécution serait indépendante du gouvernement. On mettrait bien davantage l'accent sur la mesure de la qualité des traitements et services, sur l'évaluation des résultats de diverses interventions et sur l'évaluation de la performance du système en général. Un système d'évaluation indépendant confié à des organisations indépendantes du gouvernement fournirait une information bien plus exacte et plus objective sur l'accès aux services, les résultats des services et les coûts des services que ce n'est présentement le cas.

***Le Comité estime essentiel que le débat sur le financement tourne davantage autour des patients et des services, et non plus seulement autour de sommes d'argent comme c'est actuellement le cas.***

3. **« Marché interne<sup>23</sup> » des services hospitaliers** – Une fois la formule de financement par service bien établie pour les hôpitaux et les autres établissements et une fois la fonction d'évaluation indépendante en place, les régies régionales de la santé seraient chargées d'acheter des services pour le compte de leurs résidents en passant des marchés avec les hôpitaux ou d'autres établissements. (Si une province le souhaite, les régies régionales de la santé pourraient aussi être responsables de l'achat de services de soins primaires.) Ce type de réforme, déjà appliqué à des degrés divers dans certains pays, notamment en Suède, a été proposé récemment dans le rapport Mazankowski en Alberta<sup>24</sup>. Ce type de « marché interne » favoriserait la concurrence entre établissements pour ce qui touche la prestation de services hospitaliers et encouragerait à la fois la rentabilité et l'efficacité. Le Comité sait parfaitement que les réformes de cette nature devront être adaptées aux particularités de chaque région quant au nombre de fournisseurs de soins de santé et à la distribution de la population entre les régions urbaines et les régions rurales.

La **seconde étape de la réforme** aboutirait à la dévolution de la fonction d'achat des régies régionales de la santé (ou du gouvernement dans les provinces où ces régies

<sup>23</sup> L'expression « marché interne » a été utilisée pour la première fois dans le contexte de réformes réalisées par la Nouvelle-Zélande et la Grande-Bretagne dans les années 90 en vue d'introduire davantage de concurrence entre les fournisseurs de soins de santé (publics et privés) dans un régime conservant un assureur unique.

<sup>24</sup> Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé, voir la note 1.

n'existent pas) à des équipes de soins de santé primaires<sup>25</sup>. Cela veut dire que ces dernières seraient chargées d'acheter des services de santé auprès des établissements pour le compte de leurs clients. On aboutirait ainsi à la création d'un « marché interne » où les établissements fournisseurs se livreraient concurrence en vue de vendre leurs services aux équipes de soins de santé primaires. On se rapprocherait ainsi du système des Fundholdings de généralistes du Royaume-Uni (pour plus de renseignements, voir le volume trois du rapport du Comité<sup>26</sup>).

Au Canada, cette forme de « marché interne » a été recommandée par la Commission de restructuration des services de santé, présidée par Duncan Sinclair en Ontario<sup>27</sup>, et par Monique Jérôme-Forget et Claude E. Forget<sup>28</sup>. Cette seconde étape de la réforme exigerait par ailleurs le remplacement du paiement à l'acte par une forme de rémunération mixte combinant une rémunération par capitation et une rémunération à l'acte. Elle exigerait aussi l'établissement d'une médecine de groupe multidisciplinaire et la révision des règles actuelles concernant les champs d'activité des praticiens de la santé.

La dévolution de la fonction d'achat aux équipes de soins primaires exigerait aussi des patients qu'ils s'enregistrent tous les ans auprès du groupe de soins primaires de leur choix. Certaines études donnent à penser que, bien que cette formule pourrait limiter, dans une certaine mesure, le patient dans le choix d'un fournisseur de soins (fournisseur de soins primaires ou spécialiste)<sup>29</sup>, elle permettrait par contre une meilleure intégration des services de santé, globalement avantageuse pour les patients. Plusieurs témoins nous ont affirmé que cela aboutirait à un système de santé davantage axé sur le patient.

D'après les témoignages entendus par le Comité, dans toute réforme établissant un « marché interne », la très grande majorité des établissements fournisseurs de soins demeurerait des établissements privés sans but lucratif. Rien n'empêcherait cependant des fournisseurs à but lucratif d'offrir eux aussi des services, y compris des services hospitaliers, à la condition qu'ils soient assujettis aux mêmes contrôles de qualité et évaluations que les établissements du secteur public. Ce type de structure est parfaitement compatible avec la *Loi canadienne sur la santé* (et est examiné plus en détail sous la rubrique du principe huit au chapitre deux), qui n'interdit aucunement les établissements privés à but lucratif. Cela dit, le Comité tient à préciser qu'il ne prône pas la création d'établissements de ce genre.

Il est important de bien comprendre que la première étape de la réforme (séparation des fonctions de financement/d'assurance, de prestation et d'évaluation des services) doit être réalisée avant la seconde (séparation des fonctions de prestation et d'achat des services),

---

<sup>25</sup> On trouvera une analyse récente de plusieurs types possibles de réformes instituant un « marché interne » dans Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Milton, «Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad », *Commentaire de l'Institut C.D.Howe*, avril 2001.

<sup>26</sup> Volume trois, p. 35-42.

<sup>27</sup> Commission de restructuration des services de santé (Duncan Sinclair, président), *Primary Health Care Strategy – Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, gouvernement de l'Ontario, décembre 1999.

<sup>28</sup> Monique Jérôme-Forget et Claude E. Forget, *Qui est maître à bord? – Projet de réforme du système de santé canadien*, Institut de recherche en politiques publiques, 1988.

<sup>29</sup> Une fois inscrits, les patients traitent exclusivement avec leur équipe de soins primaires pendant une période donnée, généralement un an, à moins qu'ils ne déménagent. De même, les patients inscrits ne peuvent pas faire appel directement au spécialiste de leur choix, mais sont renvoyés au besoin au spécialiste (gynécologue, pédiatre, etc.) associé à leur groupe.

car cette dernière exige que les établissements de santé connaissent ce que coûte la prestation d'un service à un patient. Or, pour le moment, la plupart des établissements ne disposent pas des systèmes d'information requis, et la pratique actuelle du budget global est un facteur important qui décourage la mise en place de tels systèmes.

Le Comité est persuadé que la séparation des fonctions de financement (ou d'assurance), de prestation et d'évaluation des services de santé constitue une étape essentielle vers l'établissement d'un système véritablement axé sur le patient : un système dans lequel le patient reçoit en temps opportun du fournisseur le mieux qualifié les soins qui lui conviennent. Cette séparation des fonctions présente en outre l'avantage d'imposer au gouvernement un degré bien plus élevé de transparence et de responsabilisation. Plus important encore, ce cloisonnement des fonctions permet d'introduire dans le système un certain nombre d'éléments ayant pour effet d'accroître l'efficacité de l'utilisation, de la prestation et de l'administration des services de santé. Le Comité n'a pas arrêté sa position au sujet de la création d'un « marché interne », mais il serait enclin à privilégier une formule où les équipes de soins primaires agiraient comme acheteurs de services de santé pour le compte de leurs clients. Nous avons l'intention d'examiner cette solution de près et de présenter nos recommandations finales à ce sujet dans le volume six.

#### **1.4 Principes directeurs de la restructuration et du financement du système canadien de soins de santé**

On trouvera au chapitre deux une discussion détaillée de la justification et des conséquences des principes de réforme suivants auxquels souscrit le Comité. Ces principes forment un ensemble indissociable.

##### **L'ASSUREUR :**

1. Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.
2. Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.
3. Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.
4. La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.
5. Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

6. Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.
7. Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

#### **LE FOURNISSEUR DE SOINS :**

8. La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.
9. Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.
10. La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
11. Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.
12. De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.
13. Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » sera probablement constitué où les équipes de soins primaires achètent, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.
14. Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.

#### **L'ÉVALUATEUR :**

15. Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DES) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.
16. La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de

contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.

**LE PATIENT :**

17. Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.
18. Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour des services médicaux considérés comme nécessaires.
19. On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.
20. Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.





## CHAPITRE DEUX

### PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ

---

#### 2.1 Financement (ou assurance) des soins de santé

#### *Principe Un*

**Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.**

L'argument le plus fort en faveur d'une source unique de financement ou d'assurance est qu'un système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin constitue le fondement du système de soins que les Canadiens appuient énergiquement. Le Comité convient que l'élément central de notre système doit être maintenu, pourvu que le système réponde à des normes appropriées de qualité et d'opportunité des services.

Autrement dit, le Comité croit qu'il ne devrait y avoir qu'une seule source de financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin considérés comme médicalement nécessaires : le gouvernement, directement ou par l'entremise d'un organisme indépendant. Par rapport à n'importe quelle forme d'organisation comprenant des sources de financement multiples, un tel système assure une grande efficacité, et notamment des économies d'échelle sur les plans de l'administration, des finances et de l'information. De plus, comme le système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin est maintenant un

***Le Comité croit qu'il ne devrait y avoir qu'une seule source de financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin considérés comme médicalement nécessaires : le gouvernement, directement ou par l'entremise d'un organisme indépendant. Par rapport à n'importe quelle forme d'organisation comprenant des sources de financement multiples, un tel système assure une grande efficacité, et notamment des économies d'échelle sur les plans de l'administration, des finances et de l'information, [...] Comme corollaire, il ne devrait pas y avoir d'assurance privée des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin assurés par l'État.***

élément fondamental de la société canadienne, le Comité croit que c'est le gouvernement qui devrait être cette source unique, directement ou indirectement (c'est-à-dire par l'entremise d'une tierce partie, comme une régie régionale de la santé ou un autre organisme indépendant). Comme corollaire, il ne devrait pas y avoir d'assurance privée des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin assurés par l'État.

De plus, de nombreux témoins ont dit au Comité qu'en concentrant la responsabilité financière dans une seule source de financement, le système canadien de soins de santé permettrait une administration plus efficace de l'assurance-santé. Ils ont affirmé qu'avec un système public à source d'assurance unique pour les services médicalement nécessaires dispensés en application de la *Loi canadienne sur la santé*, le Canada s'est débarrassé des coûts associés à l'assurance-santé compétitive sur les plans de la commercialisation des polices, de la facturation, de la perception des primes et de l'évaluation des risques.

Lee Soderstrom, professeur au département d'économie de l'Université McGill, a décrit ainsi les avantages d'un système public de soins de santé à source de financement unique :

*D'après les preuves disponibles, le coût du régime d'assurance gouvernemental serait inférieur parce que les frais d'administration seraient moins élevés et ce, parce qu'un régime public tirerait parti au maximum des économies d'échelle possibles dans l'administration du régime. Aucuns frais de publicité ne seraient nécessaires.*

[...]

*Les preuves disponibles sous-estiment les gains en efficacité que représente un régime entièrement subventionné par l'État. En effet, ce régime permet aux usagers d'éviter les tracasseries administratives lorsqu'ils ont besoin de soins. Ils n'ont pas à faire face à un autre problème important que connaissent trop bien les Américains ayant une assurance privée, soit les difficultés administratives inévitables et innombrables qu'ils éprouvent afin d'obtenir le remboursement des factures qu'ils ont payées<sup>30</sup>.*

Voici, en outre, un extrait d'un document déposé au Comité par l'Atlantic Institute for Market Studies :

*Dans un modèle fondé sur une assurance privée, du genre qui prédomine aux États-Unis, la possibilité d'un mauvais choix entraîne des coûts élevés qui ne contribuent guère à la qualité des soins dispensés. Le regroupement de tous les citoyens, dans le cadre d'un régime universel d'assurance-santé, peut considérablement réduire ces coûts. Dans le système canadien, où les provinces exploitent des régimes d'assurance à «source de financement unique», le coût par habitant des frais généraux d'assurance est d'environ un cinquième ce qu'il est aux États-Unis, où les régimes privés d'assurance-santé constituent la norme<sup>31</sup>.*

Il y a un autre argument qui milite en faveur d'un système de soins de santé assuré par l'État : très peu de Canadiens peuvent se permettre de ne pas être couverts. Il est donc logique d'avoir un régime unique couvrant tout le monde. De plus, dans un système à source d'assurance unique et à couverture universelle, personne ne se privera de soins nécessaires à cause de besoins matériels plus pressants (manger, s'abriter, se vêtir, etc.). Et personne ne se verra refuser des soins nécessaires parce qu'il est incapable de les payer.

---

<sup>30</sup> Lee Soderstrom, professeur à l'Université McGill, mémoire présenté au Comité le 31 octobre 2001, p. 4.

<sup>31</sup> Brian Lee Crowley et David Zitner, *Operating in the Dark: The Gathering Crisis in Canada's Public Health Care System*, Atlantic Institute for Market Studies, novembre 1999, p. 9.

Un modèle à source de financement unique élimine du même coup, au Canada, un secteur parallèle d'assurance privée faisant la concurrence à l'assurance publique pour le financement des services hospitaliers et médicaux couverts par la *Loi canadienne sur la santé* qui sont dispensés dans les hôpitaux et par des médecins qui soignent les patients aux frais de l'État. Le financement public du système canadien de soins de santé continuerait de provenir des recettes perçues sous forme de taxes, d'impôts spécifiques ou des primes d'assurance-santé, comme c'est actuellement le cas. Les Canadiens devraient cependant pouvoir se procurer de l'assurance privée pour les services de santé non assurés et pour les services dispensés à l'étranger, comme il le font actuellement. Les établissements de soins de santé continueraient aussi de toucher les revenus supplémentaires qu'ils tirent à l'heure actuelle des avantages et services non assurés.

***Un modèle à source de financement unique élimine du même coup, au Canada, un secteur parallèle d'assurance privée faisant la concurrence à l'assurance publique pour le financement des services hospitaliers et médicaux couverts par la Loi canadienne sur la santé qui sont dispensés dans les hôpitaux et par des médecins qui soignent les patients aux frais de l'État.***

Dans le système actuel de soins de santé, un fournisseur peut être rémunéré par des sources privées pour la prestation de services assurés par l'État à condition de se retirer complètement du régime public et de ne pas accepter de patients financés par ce régime. Les recherches portées à l'attention du Comité montrent qu'en autorisant des médecins à travailler à la fois dans les régimes public et privé, on désavantage les patients du régime public, sur le double plan de la qualité et de l'opportunité des soins. Le Comité estime par conséquent important de maintenir les restrictions actuelles qui empêchent les médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé.

***Le Comité estime par conséquent important de maintenir les restrictions actuelles qui empêchent les médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé.***

Le Comité convient en outre avec les témoins que personne ne devrait affronter des difficultés financières excessives ou une faillite possible à cause d'une maladie, d'une blessure ou d'une déficience. L'accès en temps opportun aux services de santé médicalement nécessaires devrait être assuré à tous, indépendamment du revenu. Cela ne signifie pas cependant que les Canadiens n'ont pas à assumer une part de responsabilité pour rester en bonne santé ou pour contribuer à la viabilité future du système de soins de santé. Cela signifie plutôt que tout mécanisme de financement ou toute participation financière de Canadiens à titre individuel devrait être équitable et assurer une répartition juste. Nous examinons à la section 2.4 ci-dessous quelques mesures incitatives conçues pour encourager une utilisation responsable du système public de soins de santé.

### **Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.**

Le Comité a entendu à maintes reprises parler du sérieux manque de stabilité et de prévisibilité des politiques et du financement du système canadien de soins de santé. Ainsi, Lawrence Nestman, professeur à l'École d'administration des services de santé de l'Université Dalhousie, a déclaré que l'important roulement des ministres de la Santé, de leurs sous-ministres et d'autres hauts fonctionnaires a créé un certain climat d'imprévisibilité dans les relations fédérales-provinciales-territoriales et dans les politiques de la santé, en particulier en ce qui concerne le financement<sup>32</sup>. Jeff Lozon, président de l'hôpital St. Michael's de Toronto et ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a exprimé le même point de vue :

*Mon premier point est probablement celui qui me tient le plus à cœur. Il se fonde sur l'urgent besoin de prévisibilité et de stabilité dans l'orientation du système de soins de santé et sur la nécessité de mettre le système à l'abri des vicissitudes du milieu politique. La direction du système de soins de santé au niveau provincial est l'une des fonctions les plus complexes, les plus difficiles et les plus importantes. À défaut d'une plus grande stabilité et d'une plus grande certitude, les meilleures politiques de réforme sont vouées à l'échec. Considérez ce qui suit. Dans les dix dernières années, l'Ontario a eu sept ministres successifs de la Santé et autant de sous-ministres de la Santé. Sur la base de mon expérience personnelle, je sais que le fait d'assumer pendant trois mois les fonctions de sous-ministre de la Santé vous donne plus d'ancienneté que la moitié de vos collègues et que résister plus d'un an, c'est avoir de longs états de service! La durée de mandat normale d'un ministre de la Santé est de quinze mois, et à peu près autant dans le cas du sous-ministre. Il est impossible de faire progresser le système avec un roulement de cet ordre, et une planification à long terme du système est presque impensable<sup>33</sup>.*

Tant M. Nestman que M. Lozon recommandent la création d'organisations provinciales sans but lucratif chargées de diriger le système de soins de santé. Selon les modèles proposés, ces entités comprendraient un conseil d'administration nommé par le gouvernement, qu'appuierait un personnel d'experts. Elles seraient indépendantes du processus politique et remplaceraient les actuels ministères de la Santé. Selon M. Lozon :

*Ainsi, on pourrait en arriver à une certaine stabilité et à une certaine orientation, à l'abri des pressions quotidiennes du jeu politique des élus. Une telle organisation continuerait d'être responsable des objectifs d'ordre supérieur définis par l'Assemblée législative<sup>34</sup>.*

<sup>32</sup> Lawrence Nestman, *Three Proposals to Improve Federal-Provincial Relations in the Health Services Field*, mémoire au Comité, p. 1.

<sup>33</sup> Jeffrey C. Lozon, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 4.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 5.

De même, des témoins ont dit au Comité que le financement des soins de santé dépendait dans une grande mesure des recettes annuelles du gouvernement et pouvait donc fluctuer considérablement avec les hauts et les bas de l'économie. Dans son mémoire au Comité, Claude Forget a dit ce qui suit :

*Les gouvernements ont utilisé le secteur de la santé comme instrument principal dans la lutte aux déficits; pourtant le besoin pour ces services n'est pas sensible aux cycles économiques. [...] Il est difficile de gérer un budget dont l'évolution dans le temps est imprévisible et largement soustraite à l'intervention des gestionnaires<sup>35</sup>.*

Les témoins se sont également plaints du manque de planification stratégique et à long terme qu'il aurait fallu pour affronter les pressions financières anticipées et les hausses de coûts croissantes découlant du vieillissement de la population, de l'augmentation de ses attentes et du prix de plus en plus élevé de la technologie et des médicaments (voir la section 1.1 plus haut). Les témoins ont souligné que la stabilité et la prévisibilité du financement des soins, grâce, par exemple, à des dispositions de financement pluriannuelles, sont un préalable nécessaire à toute réforme du système et au maintien de la confiance du public. On trouve aussi l'observation suivante dans le rapport Romanow :

*[...] notre système de soins de santé a souffert ces dernières années d'un financement inconstant et erratique. Nombre de décisions importantes en santé nécessitent un long cycle de planification, qu'il s'agisse de construire de nouvelles installations ou de développer la capacité de traitement ou d'intervention, en passant par la prestation de services particuliers à des populations cibles. Lorsque les décideurs doivent composer avec des priorités qui changent constamment ou lorsque les ressources attendues sont soit diminuées, soit supprimées, il en résulte d'abord une grande incertitude, vite suivie par une réduction des services. L'absence de financement stable et prévisible à long terme compromet la planification de longue haleine, ce qui finit par saper la confiance du public en l'avenir du système<sup>36</sup>.*

Beaucoup de témoins ont mis en évidence l'important rôle que le gouvernement fédéral peut jouer pour assurer cette stabilité. Par exemple, la British Columbia Health Association a affirmé :

*Une contribution financière stable de la part du gouvernement fédéral est essentielle afin de s'assurer que nos systèmes de santé provinciaux peuvent fonctionner dans un contexte qui incite à entreprendre des changements fondamentaux et à aller de l'avant avec les innovations requises<sup>37</sup>.*

De même, Bill Bryant, président de la Southwestern Regional Health Authority (Régie régionale sud-ouest de la santé) du Manitoba, a déclaré :

---

<sup>35</sup> Claude Forget, mémoire présent au Comité le 31 octobre 2001, p. 8.

<sup>36</sup> *Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape*, p. 4-5.

<sup>37</sup> Health Association of British Columbia, mémoire au Comité, octobre 2001, p. 3.

*Avant de procéder à une restructuration importante et viable du système, que nous estimons essentielle, il faut s'assurer d'un cadre de financement stable et permanent. Certaines infrastructures fondamentales de notre système de soins de santé ont été grandement minées au cours de la dernière décennie en raison de méthodes de financement en dents de scie de la part des gouvernements fédéral et provincial. Par conséquent, il faut d'abord obtenir un engagement financier important et soutenu de la part du gouvernement fédéral afin de rétablir la stabilité du système de soins de santé actuel et, par la suite, de faire renaître la confiance dans le système<sup>38</sup>.*

Le Comité convient avec les témoins que le financement gouvernemental devrait être stable et prévisible. Nous sommes d'avis qu'aucun secteur ne peut fonctionner efficacement si, d'une année à l'autre, ses recettes sont soumises à d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. En fait, il est impossible de procéder à une planification efficace – élément essentiel d'un secteur efficace – en l'absence de stabilité et de prévisibilité dans le financement. Autrement dit, un financement pluriannuel est essentiel au fonctionnement efficace d'un système public de soins de santé.

***Le Comité convient avec les témoins que le financement gouvernemental devrait être stable et prévisible. Nous sommes d'avis qu'aucun secteur ne peut fonctionner efficacement si, d'une année à l'autre, ses recettes sont soumises à d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. Un financement pluriannuel est essentiel au fonctionnement efficace d'un système public de soins de santé.***

Stabilité et prévisibilité exigent de la part des gouvernements une capacité d'assurer un financement suffisant pour répondre en tout temps, même en période de restrictions budgétaires, à tous les besoins du système de soins de santé. Bien sûr, cela est plus facile à dire qu'à faire puisque les besoins du système ne varient pas comme les recettes de l'État avec le cycle économique. Par conséquent, il faut éviter que le maintien des dépenses consacrées aux soins n'évince d'autres formes vitales de dépenses publiques allant, par exemple, à l'éducation, à l'infrastructure, à la sécurité et à divers autres services sociaux :

*On ne peut pas permettre que les dépenses consacrées aux soins de santé évincent d'autres formes vitales de dépenses publiques, notamment celles au titre de l'éducation, de l'infrastructure et des autres services sociaux. Notre prospérité et notre santé futures dépendent de toutes ces dépenses. Dans la mesure où ils évincent ces autres dépenses, les soins de santé financés par les contribuables ne sont pas viables dans leur forme actuelle<sup>39</sup>.*

Ce principe ne prescrit pas en soi les sources de revenus dont le gouvernement doit se servir pour garantir la stabilité et la prévisibilité. Il suscite cependant deux importantes questions :

<sup>38</sup> Bill Bryant, mémoire au Comité, 15 octobre 2001, p. 1.

<sup>39</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 31.

- D'abord, faut-il recourir à un impôt spécial ou à des primes d'assurance-santé pour aider à assurer la stabilité et la prévisibilité du financement des soins?
- Ensuite, faut-il confier la responsabilité de la gestion du système de soins de santé à un organisme indépendant d'une forme ou d'une autre, comme l'ont préconisé plusieurs témoins, dont MM. Nestman et Lozon, afin de mettre le système à l'abri des aléas quotidiens d'un monde politique formé de représentants élus?

Le Comité tiendra des consultations sur ces questions avant de donner sa propre réponse dans son rapport d'octobre.

## *P* *r* *i* *n* *c* *i* *p* *e* *T* *r* *o* *i* *s*

### **Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.**

De nombreux témoins ont souligné le rôle crucial du gouvernement fédéral dans un financement stable du système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Même si les soins de santé relèvent de la compétence provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral a traditionnellement joué un rôle de premier plan dans le financement des services de santé couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les témoins ont dit au Comité que ce rôle doit se poursuivre pour plusieurs raisons, que nous avons déjà exposé à la section 1.2.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont, à plusieurs occasions, sollicité le gouvernement fédéral pour qu'il augmente le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et contribue ainsi à la stabilisation et au maintien du système d'assurance-santé. Pour augmenter sa contribution aux soins de santé, le gouvernement fédéral aurait vraisemblablement à majorer les impôts. Comme nous l'avons dit au chapitre un, section 1.1, cela pourrait être difficile à réaliser parce que l'impôt canadien sur le revenu des particuliers est le plus élevé des pays du G-7 et compte parmi les plus élevés des pays de l'OCDE<sup>40</sup>. Par conséquent, les Canadiens doivent en arriver à un certain équilibre entre leur désir d'avoir des services de santé publics et leur disposition à payer des impôts pour contribuer au financement de ces services.

***[...] un certain nombre de témoins ont proposé de diversifier les sources de revenu utilisées pour financer le système. Cela permettrait d'améliorer l'accès aux soins ou d'élargir le panier des services assurés. Une prime nationale d'assurance-santé serait un exemple de source de revenu consacrée au financement des soins de santé.***

Une importante préoccupation a été exprimée au cours des audiences que le Comité a tenues un peu partout dans le pays : si nous continuons à compter exclusivement sur

<sup>40</sup> Statistique Canada, « Fiscalité internationale : Tendances récentes », dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue, vol. 2, n° 1, janvier 2001, p. 36-40.

l'assiette fiscale des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral pour financer les soins de santé, nous finirons par devoir rationner encore plus les services de santé publics. C'est pour cette raison qu'un certain nombre de témoins ont proposé de diversifier les sources de revenu utilisées pour financer le système. Cela permettrait d'améliorer l'accès aux soins ou d'élargir le panier des services assurés. Une prime nationale d'assurance-santé serait un exemple de source de revenu consacrée au financement des soins de santé.

Une autre question s'est posée : les provinces et les territoires ont-ils à rendre compte de leur utilisation des fonds fédéraux nouveaux ou additionnels? Les renseignements recueillis dans le rapport de la phase un de l'étude du Comité montrent que les transferts globaux nuisent à l'imputabilité gouvernementale<sup>41</sup>. Aussi, un certain nombre de témoins croyaient qu'il serait essentiel d'établir un mécanisme qui permettrait de consacrer les fonds fédéraux à des fins particulières, d'évaluer leur utilité et leur efficacité et de tenir responsables ceux qui les ont dépensés. Un mécanisme de ce genre, recommandé par Claude Forget, prévoyait de réserver en permanence une certaine fraction de l'impôt sur le revenu des particuliers aux soins de santé, afin d'assurer la stabilité financière du système, et d'intégrer cette fraction dans les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux. Les recommandations du Comité sur la question du financement figureront dans son rapport d'octobre 2002.

**[...] un certain nombre de témoins croyaient qu'il serait essentiel d'établir un mécanisme qui permettrait de consacrer les fonds fédéraux à des fins particulières, d'évaluer leur utilité et leur efficacité et de tenir responsables ceux qui les ont dépensés.**

## *Principe Quatre*

**La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.**

Le Comité est d'avis que les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* devraient continuer d'être assurés par l'État. Les autres services de santé devraient continuer d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est actuellement le cas.

**Le Comité est d'avis que les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* devraient continuer d'être assurés par l'État. Les autres services de santé devraient continuer d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est actuellement le cas.**

Le Comité convient avec l'Association canadienne des soins de santé qu'il est maintenant temps d'examiner le dosage entre les services publics et privés du système

<sup>41</sup> Volume un, p. 5-31.



de soins de santé si les gouvernements fédéral et provinciaux veulent se doter de saines politiques publiques. L'Association, qui représente les organisations hospitalières et de santé provinciales et territoriales du Canada, a déclaré :

*Il est temps pour les gouvernements, les gestionnaires, les fiduciaires, les fournisseurs, les chercheurs et le public d'élaborer et de mettre en œuvre de saines politiques publiques pour nous permettre de réaliser le dosage approprié de services publics et privés dans notre système de soins de santé<sup>42</sup>.*

Dans cette perspective, le Comité est d'accord avec la recommandation de la commission Clair du Québec et du rapport Mazankowski de l'Alberta qu'il faudrait envisager de réexaminer le principe d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*. Les deux rapports préconisent d'établir un comité permanent, composé de citoyens, d'éthiciens, de médecins et de scientifiques, chargé de déterminer les services devant être assurés par l'État. Un tel examen devrait mener à des décisions fondées sur les résultats dans le domaine de la couverture publique des soins de santé. Il permettrait en outre de définir les limites entre les services de santé assurés par l'État et ceux qui doivent être financés par des sources privées :

***Le Comité appuie la création d'un comité permanent, composé de citoyens, d'éthiciens, de médecins et de scientifiques, chargé de déterminer les services devant être assurés par l'État.***

*Au départ, le comité d'experts devrait examiner les grandes catégories de services actuellement dispensés et décider s'il convient de maintenir le financement public de tous les services existants. Les services non assurés par l'État pourraient être dispensés par des fournisseurs publics ou privés de soins de santé, mais ne seraient pas payés sur les fonds publics réservés à ces soins<sup>43</sup>.*

Le Comité accepte l'esprit de la citation ci-dessus, mais ne pense pas que le comité doive être composé uniquement d'experts. Nous croyons fermement que le point de vue de ceux qui seraient directement touchés par les décisions du comité – à savoir, les citoyens – est essentiel pour que le processus soit vraiment transparent, ait la crédibilité voulue auprès du public et soit accepté par tous. De plus, seul un tel processus transparent permettrait la tenue du débat indispensable concernant les services de santé que les Canadiens sont disposés à financer sur l'argent de leurs impôts.

Le Comité convient donc avec la commission Romanow que le public doit participer au processus de détermination des services de santé à financer sur les fonds publics :

*Les Canadiens méritent d'avoir voix au chapitre lorsque vient le moment de décider quels services devraient être couverts par le régime public. Même si les élus rendent des*

<sup>42</sup> Association canadienne des soins de santé, *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, Policy Brief, 2001, p. 3.

<sup>43</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 45.

*comptes à la population, il est actuellement difficile de comprendre – et souvent encore plus difficile de justifier – comment les décisions sont prises et qui sont les décideurs<sup>44</sup>.*

Déterminer quels services devraient être financés sur les fonds publics et lesquels ne le devraient pas – c'est-à-dire décider des services à inclure dans la liste des services assurés ou à en retirer – a toujours fait partie du mode de fonctionnement du régime canadien d'assurance-santé. Cela explique les différences qui existent entre les divers régimes provinciaux et territoriaux. Comme l'indique, par exemple, le Comité dans le volume un de son étude, le traitement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, tandis qu'il demeure assuré à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. De même, la gastroplastie est couverte dans la plupart des provinces, mais pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Yukon, où les patients doivent payer eux-mêmes cette intervention<sup>45</sup>.

La révision du panier de services de santé assurés par l'État a moins pour objet de réduire les coûts que d'améliorer les décisions fondées sur les résultats dans le domaine du financement public. Il est cependant important de souligner qu'il y a des limites à ce qu'un système public de soins de santé peut fournir. Pour dire les choses simplement, l'assurance-santé publique ne peut pas tout faire pour tout le monde. Toutefois, il est essentiel que la détermination des services couverts par l'État se fasse dans le cadre d'un processus ouvert et transparent : le processus actuel, dans lequel les décisions concernant les services couverts sont prises en secret par les gouvernements en cause, sans apport du public, ne peut plus convenir.

L'honorable Monique Bégin, qui était ministre fédérale de la Santé au moment où la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée, a insisté sur ce point dans un discours récent :

*[...] chaque jour, des choix sont faits à l'insu des citoyens [...] le retrait de services de la liste, qui se fait dans le plus grand secret, doit être rendu explicite pour des raisons d'obligation reditionnelle<sup>46</sup>.*

Le Comité croit qu'un processus transparent ouvrirait la voie à un possible débat public sur la question de savoir si la population serait disposée à payer davantage au gouvernement pour que plus de services soient couverts par le régime public d'assurance-santé. Nous croyons en même temps qu'il devrait y avoir des normes nationales définissant les services qui doivent être financés sur les fonds publics dans chaque province et territoire.

***Le Comité croit qu'un processus transparent ouvrirait la voie à un possible débat public sur la question de savoir si la population serait disposée à payer davantage au gouvernement pour que plus de services soient couverts par le régime d'assurance-santé. Nous croyons en même temps qu'il devrait y avoir des normes nationales définissant les services qui doivent être financés sur les fonds publics dans chaque province et territoire.***

<sup>44</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape, p. 18.

<sup>45</sup> Volume un, p. 106-107.

<sup>46</sup> L'honorable Monique Bégin, *Revisiting the Canada Health Act (1984): What Are the Impediments to Change?*, discours prononcé à l'occasion de la conférence soulignant le 30<sup>e</sup> anniversaire de l'Institut de recherche en politiques publiques, le 20 février 2002, p. 6.

## Principe Cinq

### **Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.**

Au cours des audiences de la phase deux de son étude, le Comité a appris que, même si le Canada se classe cinquième parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est des dépenses totales consacrées aux soins de santé (en pourcentage du PIB), il se situe en général dans le dernier tiers, parmi ces mêmes pays, au chapitre de la disponibilité des technologies de la santé. Par exemple, nous sommes loin derrière d'autres pays quand il s'agit de l'accès aux services de tomographie, d'imagerie par résonance magnétique et de lithotritie<sup>47</sup>.

La disponibilité n'est pas le seul problème relatif aux technologies de la santé. Le « vieillissement » de ces technologies est également un sujet de préoccupation. Par exemple, d'après les renseignements fournis au Comité, entre 30 et 63 % des dispositifs d'imagerie actuellement utilisés au Canada sont désuets. Les témoins ont dit au Comité que la pénurie de nouveaux appareils et l'utilisation d'équipements périmés nuisent au diagnostic et limitent la qualité des traitements dispensés<sup>48</sup>.

Le gouvernement fédéral a réagi aux déficits qui existent sur le plan des technologies de la santé. En septembre 2000, il a annoncé qu'il investirait un montant total d'un milliard de dollars en 2000-2001 et 2001-2002 pour aider les provinces et les territoires à acquérir de nouveaux équipements médicaux. Le Comité se réjouit de l'injection de nouveaux fonds fédéraux, considérant qu'il s'agit là d'une importante étape sur la voie de l'acquisition de technologies de santé nécessaires.

Toutefois, le Comité s'inquiète de l'absence apparente de mécanismes qui imposeraient aux provinces et aux territoires de rendre compte de l'utilisation des fonds destinés à l'achat de nouveaux équipements. C'est pour cette raison que nous croyons fermement, comme nous le mentionnons sous le principe trois, qu'un mécanisme de responsabilisation sensiblement meilleur est nécessaire pour rendre compte de l'utilisation des fonds fédéraux destinés à des fins particulières.

**[...] le Comité s'inquiète de l'absence apparente de mécanismes qui imposeraient aux provinces et aux territoires de rendre compte de l'utilisation des fonds destinés à l'achat de nouveaux équipements. C'est pour cette raison que nous croyons fermement, comme nous le mentionnons sous le principe trois, qu'un mécanisme de responsabilisation sensiblement meilleur est nécessaire pour rendre compte de l'utilisation des fonds fédéraux destinés à des fins particulières.**

Dans l'ensemble, le Comité croit que le gouvernement fédéral devrait prendre l'engagement de réaliser à long terme un programme de financement des technologies de la santé. À notre avis, un tel programme devrait comprendre des mécanismes clairs de

<sup>47</sup> Volume deux, p. 40.

<sup>48</sup> Volume deux, p. 41.

responsabilisation des provinces et des territoires quant à leur utilisation de ces fonds fédéraux ciblés. On trouvera au chapitre 3 nos conclusions et recommandations à cet égard.

## *Principe Six*

### **Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.**

Le Comité est d'avis que le gouvernement fédéral devrait prouver son engagement à améliorer la santé des Canadiens et faire d'autres investissements dans les secteurs importants où il assume des responsabilités de premier plan, comme la promotion et la protection de la santé, la recherche en santé, les systèmes d'information sur la santé et l'évaluation des technologies de la santé. Dans le volume quatre de son étude<sup>49</sup>, le Comité énonce un certain nombre d'objectifs qu'à son avis le gouvernement devrait activement chercher à atteindre dans ces domaines. En voici quelques-uns :

- promouvoir, dans le domaine de la santé au Canada, le développement d'une base solide de recherches innovatrices soutenant aisément la comparaison avec celles d'autres pays;
- jeter les bases d'un système de prise de décisions fondé sur l'expérience dans les domaines qui influent sur le bien-être et la prestation des soins de santé, tout en assurant le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels en matière de santé;
- protection de la santé : renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- promotion de la santé et prévention des maladies : élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif précis d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- mieux-être : encourager les stratégies d'amélioration de la santé de la population qui agissent sur toute la gamme des déterminants de la santé.

La santé des Autochtones devrait constituer une priorité du gouvernement fédéral. Le Comité a déjà affirmé sans équivoque que la santé des Canadiens autochtones est une honte nationale. Il estime que, compte tenu de ses responsabilités constitutionnelles, le gouvernement fédéral doit agir immédiatement pour remédier au piètre état de santé et aux difficiles conditions socioéconomiques qui affligent les collectivités autochtones.

Nous présentons des recommandations précises concernant l'évaluation des technologies de la santé au chapitre 3, les systèmes d'information sur la santé au chapitre 4 et la

---

<sup>49</sup> Volume quatre, p. 21-27.

recherche en santé au chapitre 5. Nous examinons au chapitre 7 les questions relatives à la santé des Autochtones et à la promotion de la santé.

## Principe Sept

### **Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.**

Le Comité croit que les gouvernements devraient bien comprendre les conséquences des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin, et qu'ils devraient les expliquer clairement au public, avec le plus de détails possible, au moment où ces changements sont annoncés et mis en œuvre. La transparence et la responsabilité gouvernementales l'exigent. Le manque de transparence a également été évoqué dans le rapport Romanow : « Il faut faire preuve d'une plus grande transparence en ce qui a trait aux dépenses. Quelles sont les sommes dépensées? Quels sont les déterminants? Qui dépense ces sommes? Qu'est-ce qui résulte de ces dépenses<sup>50</sup>? »

Ce principe s'appliquerait aussi bien aux augmentations qu'aux diminutions du financement gouvernemental. Les diminutions se traduisent par un rationnement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Dans ce cas, le gouvernement doit expliquer quels services seront rationnés. Si des augmentations des dépenses consacrées aux soins de santé sont nécessaires, les gouvernements doivent indiquer clairement comment les augmentations seront financées et quelles en seront les répercussions sur la prestation des services de santé.

À l'heure actuelle, la répartition des fonds semble en général se faire par négociation entre les divers groupes du système de soins de santé. Elle ne se fonde pas sur une connaissance systématique des résultats des soins, de l'accès aux soins ou des prédictions vérifiables relatives aux conséquences des changements de financement. Jusqu'ici, les organisations de soins et les ministères de la Santé n'ont pas été en mesure de dire aux Canadiens si les changements antérieurs apportés à la prestation

***La raison la plus importante pour laquelle le public doit comprendre les conséquences pour les services de santé des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin est de faire évoluer le débat : au lieu d'être strictement basée sur les données financières, la discussion pourra également porter sur les services couverts, la longueur des files d'attente, la qualité des résultats, etc. Le débat public prendrait alors l'orientation qu'il aurait dû avoir depuis un certain temps déjà. Autrement dit, il porterait sur les niveaux et normes de service à assurer aux patients.***

<sup>50</sup> Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape, p. 28.

des services de santé ont abouti à des résultats positifs ou négatifs quant à l'accès aux soins et à leur qualité. La mise en place d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE), que nous examinons en détail à la section 2.4, est la première étape menant vers un processus de décision fondé sur les résultats.

La raison la plus importante pour laquelle le public doit comprendre les conséquences pour les services de santé des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin est de faire évoluer le débat : au lieu d'être strictement basée sur les données financières, la discussion pourra également porter sur les services couverts, la longueur des files d'attente, la qualité des résultats, etc. Le débat public prendrait alors l'orientation qu'il aurait dû avoir depuis un certain temps déjà. Autrement dit, il porterait sur les niveaux et normes de service à assurer aux patients. À l'heure actuelle, un tel débat est impossible parce que les Canadiens n'ont aucun moyen de faire le lien entre les déclarations concernant le financement des soins de santé et ce qui compte vraiment pour eux, c'est-à-dire les répercussions des différents niveaux de financement sur les services de santé fournis au public, sur leur qualité et sur le temps qu'il faut attendre pour recevoir ces services.

## **2.2 Prestation des soins de santé**

*(Nota : Le lecteur trouvera, à la fin du présent chapitre, trois diagrammes illustrant les réformes que propose le Comité sous les rubriques des principes huit à treize.)*

### *Principe Huit*

**La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.**

Depuis 30 ans, le budget global est le mécanisme de financement dominant de la quasi-totalité des hôpitaux de soins actifs du Canada. Il y a une bonne raison à cela : le budget global a certes des caractéristiques intéressantes. Il permet une comptabilité simplifiée tant pour les hôpitaux que pour les ministères provinciaux de la Santé et, ce qui est probablement plus important pour les gouvernements, il offre une méthode de contrôle des coûts.

Le budget global a, par ailleurs, un certain nombre d'inconvénients, le premier étant une perte d'information progressive et permanente sur le coût des choses. Selon certains témoins, il est vraiment honteux, dans un système aussi perfectionné que celui des soins de santé, que même les cadres supérieurs ignorent, par exemple, à combien revient une simple appendicectomie.

À cause du manque de rétroaction financière, il n'y a pas de repères pour comparer le rendement sur quelque base que ce soit, financière ou autre. Cela permet aux hôpitaux ou aux régions au rendement le moins élevé d'enraciner leurs pratiques inefficaces et de continuer d'agir sans se préoccuper du rendement. Ensuite, ont ajouté les témoins, le budget global a tendance à placer les patients au bas de la liste des priorités.

Les Vertesi, chef du département de médecine d'urgence au Royal Columbian Hospital de Vancouver, a proposé de remplacer le budget global par un financement fondé sur les services dispensés (FSD)<sup>51</sup>. Le FSD est une forme de rémunération fondée sur l'activité dans laquelle une valeur monétaire est attribuée à chaque type de service hospitalier et l'établissement ne reçoit un paiement qu'après avoir fourni le service en question. Selon le D<sup>r</sup> Vertesi, le FSD aurait un certain nombre d'avantages immédiats, qui se manifesteraient tout de suite après la mise en œuvre du nouveau mode de rémunération :

- En changeant de façon radicale les incitatifs, le nouveau mode de rémunération mettrait un terme au cercle vicieux de l'escalade des coûts;
- Il établirait des repères qui mettraient en évidence les hôpitaux et les régions les moins efficaces, pour qu'il soit possible de les aider;
- Il permettrait aux ministères de la Santé d'établir des normes et de surveiller les hôpitaux;
- Il raccourcirait les files d'attente;
- Étant axé sur les patients, il donnerait plus de poids aux choix de ces derniers;
- Les hôpitaux capables de dispenser des services à un prix compétitif verraient renaître l'espoir et seraient en mesure d'offrir de l'aide aux autres.

Le ministère de la Santé ou la régie régionale de la santé fixerait la valeur de chaque service hospitalier. En maintenant la détermination de cette valeur sous contrôle gouvernemental, la nouvelle formule augmenterait l'influence du gouvernement sur l'orientation du changement au lieu de la diminuer. Des contrôles ciblés seraient possibles, en remplacement des plafonds globaux de financement. Même de petits changements des valeurs relatives pourraient avoir d'importantes répercussions sur l'orientation et le rythme du changement. En définitive, tant que les valeurs demeurent assujetties au contrôle du gouvernement, le financement total ne peut pas dépasser ce que les gouvernements souhaitent dépenser.

Selon les témoignages reçus par le Comité, une telle méthode de rémunération des services hospitaliers entraînerait la création de centres spécialisés dans des interventions chirurgicales ou des traitements particuliers, surtout dans les grandes régions urbaines. Une telle évolution de la prestation des services hospitaliers devrait être encouragée à cause des hausses de rendement qu'elle assure, hausses qui contribueraient aussi à l'amélioration de la qualité des services.

Les hôpitaux ou les régions ayant une expertise particulière devraient pouvoir « vendre » leurs services à d'autres régions en passant des contrats avec elles. Ainsi, les régions pourraient dispenser un volume de services suffisant pour réaliser de meilleurs résultats.

Les premiers ministres provinciaux et les chefs des gouvernements territoriaux ont reconnu les avantages de la spécialisation dans le cas de certains services hospitaliers en convenant, lors de leur réunion de janvier 2002, de partager des ressources humaines et de

---

<sup>51</sup> Voir son document intitulé *Broken Promises: Why Canadian Medicare is in Trouble and What Can Be Done to Save It* (manuscrit inédit).

l'équipement grâce à l'établissement de « sites d'excellence » pour certaines interventions chirurgicales complexes<sup>52</sup>.

Le Comité croit que les hôpitaux devraient, dans la mesure du possible, être financés sur la base de leurs services (c'est-à-dire selon un mode de financement fondé sur les services dispensés) plutôt que sur la base d'un budget annuel global. Ce mode de financement semble constituer une forme de rémunération appropriée, surtout dans le cas des hôpitaux communautaires. Nous admettons qu'il pourrait être nécessaire d'envisager une autre forme de paiement dans le cas des hôpitaux universitaires, où les activités cliniques sont difficiles à distinguer de l'enseignement et de la recherche et où les services dispensés sont souvent très différents les uns des autres. Nous sommes également conscients de la crainte que la rémunération des hôpitaux selon les services dispensés n'occasionne l'administration de traitements non nécessaires. Le Comité examinera ces questions en détail dans le volume six de son étude.

***Le Comité croit que les hôpitaux devraient, dans la mesure du possible, être financés sur la base de leurs services (c'est-à-dire selon un mode de financement fondé sur les services dispensés) plutôt que sur la base d'un budget annuel global.***

Le Comité estime que la rémunération des hôpitaux sur la base de la valeur pré-établie de chaque service dispensé est essentielle pour que le gouvernement et le public comprennent les répercussions des changements apportés au financement sur le nombre et le genre des services qu'il est possible de dispenser dans le cadre d'un budget gouvernemental fixe affecté aux soins de santé. C'est également une première étape essentielle pour faire la transition vers un système où les acheteurs et les fournisseurs sont répartis selon le principe treize ci-dessous.

Certains pourraient se demander s'il n'est pas contradictoire pour le Comité de recommander, d'une part, l'adoption d'une formule de financement basée sur les services dispensés dans le cas des hôpitaux et, de l'autre, l'élimination de la rémunération à l'acte dans le cas des médecins (comme nous le préconisons au principe onze ci-dessous). En d'autres termes, pourquoi le Comité propose-t-il d'adopter, dans le cas des hôpitaux, une formule de financement à peu près équivalente à la méthode de rémunération des médecins dont il préconise de s'écarter?

La réponse, selon nous, réside dans l'effet qu'exerce un système de paiement dans différentes situations. Tant la rémunération à l'acte que le financement fondé sur les services dispensés encouragent les fournisseurs (médecins ou hôpitaux) à augmenter le volume de leurs services. Dans le cas des médecins, cela peut inciter à donner plus d'importance au nombre de patients qu'à la qualité des soins. Voilà pourquoi d'autres formes de rémunération doivent être adoptées pour les médecins de soins primaires. Cependant, dans le cas des hôpitaux, une mesure qui incite à dispenser davantage de services est exactement ce dont nous avons besoin, compte tenu des listes d'attente actuelles. Par conséquent, le passage au FSD pourrait être avantageux. Les principes huit et onze donnent une bonne idée des efforts qu'a faits le

---

<sup>52</sup> Les services hospitaliers spécialisés comprennent, par exemple, la chirurgie cardiaque pédiatrique et la neurochirurgie au scalpel gamma.



Comité pour trouver des incitatifs de nature à susciter les changements de comportement qu'il estime nécessaires.

Le Comité souligne qu'en finançant les hôpitaux selon les services dispensés et en séparant la fonction de financement de la fonction de prestation institutionnelle des services, on aboutit à un système dans lequel la question de la propriété du fournisseur institutionnel de services a peu d'importance. Nous croyons que le patient et le responsable de financement seront tous deux bien servis indépendamment de la structure de propriété de l'établissement de soins de santé, pourvu que les deux conditions suivantes soient remplies :

1. Tous les établissements d'une province reçoivent le même montant pour une procédure ou un service médical donné.
2. Tous les établissements, indépendamment de leur structure de propriété, sont soumis au même système rigoureux et indépendant de contrôle de la qualité et d'évaluation (voir principes quinze et seize).

La première condition assure que la forme de propriété importe peu pour le responsable du financement, et la seconde, qu'elle importe peu pour le patient, car aucun établissement ne peut faire passer les bénéfices avant la qualité des soins.

Le Comité tient à établir clairement qu'il ne favorise pas la création d'établissements privés à but lucratif. Nous ne croyons pas non plus que ces établissements devraient être interdits, pas plus qu'ils ne le sont actuellement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>53</sup>. De plus, comme nous l'avons dit au chapitre un (section 1.4), nous nous attendons à ce qu'une écrasante majorité des fournisseurs institutionnels continuent d'être, comme aujourd'hui, des établissements privés sans but lucratif.

Au cours des audiences tenues partout dans le pays, certains témoins ont exprimé la crainte qu'une participation à contrat du secteur privé n'expose le système public canadien de soins de santé à des contestations commerciales. Le rapport de la commission Romanow mentionnait à cet égard que « notre capacité de proposer des réformes et des innovations pour le système de soins de santé pourrait être réduite par certaines dispositions des accords commerciaux internationaux<sup>54</sup> ».

Le Comité a demandé des renseignements à ce sujet à Santé Canada et au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Des cadres supérieurs de ces ministères nous ont informés que le gouvernement fédéral avait toujours maintenu la même position à l'égard des soins de santé et des accords commerciaux internationaux : le secteur canadien des soins de santé n'est pas négociable.

L'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) préserve la capacité du Canada de maintenir ou d'établir toute mesure pour des fins publiques, y compris les soins de santé. De même, en vertu de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) de l'OMC,

---

<sup>53</sup> Comme l'honorable Monique Bégin et d'autres l'ont souligné, bien des idées fausses circulent au sujet de la disposition de la *Loi canadienne sur la santé* relative à l'« administration publique » (voir la note 77 ci-dessous). À ce propos, voir également la section du volume 1 de l'étude du Comité portant sur les mythes et les réalités, p. 108.

<sup>54</sup> *Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape*, p. 44.

l'exclusion « des services fournis dans l'exercice du pouvoir gouvernemental », alliée à l'absence d'engagements de la part du Canada en ce qui concerne les services de santé, assure la souplesse nécessaire sur le plan des politiques pour préserver notre système public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin. Le Canada maintient la même position aux négociations de la Zone de libre-échange des Amériques (ZLEA).

Dans l'ensemble, le Comité croit qu'il a reçu des assurances suffisantes de la part de Santé Canada et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international pour être persuadé que les accords commerciaux internationaux ne menacent pas ni ne menaceront dans l'avenir le système public de soins de santé du Canada.

## *Principe Neuf*

### **Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.**

Au cours des dernières décennies, la plupart des provinces (à part l'Ontario) ont établi des régies régionales de la santé. Ces régies sont chargées d'évaluer les besoins de la population d'une zone géographique donnée, de fixer les priorités du système et d'affecter des ressources en fonction de ces besoins. À l'heure actuelle, les hôpitaux et beaucoup d'autres fournisseurs de services de santé sont supervisés par les régies régionales.

L'une des critiques adressées aux régies est que leur contrôle des dépenses est limité. En gros, elles reçoivent du gouvernement provincial un budget qu'elles transmettent simplement aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs de soins. Ce faisant, elles ne peuvent orienter les priorités et dépenser pour ce dont elles sont, en théorie, responsables. Elles n'ont pas non plus la possibilité de récompenser les fournisseurs efficaces. En particulier, les régies régionales de la santé ne contrôlent pas le coût des services dispensés par les médecins, ce qu'elles devraient pouvoir faire pour gérer efficacement les services de santé de leur région.

***[...] les régies régionales de la santé ne contrôlent pas le coût des services dispensés par les médecins, ce qu'elles devraient pouvoir faire pour gérer efficacement les services de santé de leur région.***

Le Comité a appris qu'il est possible de remédier à ce problème en établissant un « marché interne » dans lequel les régies régionales seraient chargées d'acheter les services de santé pour le compte de la population locale :

*Dans un « marché interne », les régies régionales de la santé tiennent les cordons de la bourse et choisissent parmi les fournisseurs sur la base de la qualité et du prix, au lieu de financer tout simplement les décisions de ceux qui utilisent les ressources<sup>55</sup>.*

<sup>55</sup> Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton, "Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System – Lessons from Abroad", *C.D. Howe Institute Commentary*, avril 2001, p. 8.

Une telle forme de « marché interne » peut engendrer une certaine concurrence entre les hôpitaux et d'autres établissements sur la base de la qualité et du prix. Elle crée des incitatifs pouvant amener les fournisseurs à s'intéresser davantage à leurs coûts et à prendre des décisions au sujet des services à fournir, des patients à soigner et des normes à appliquer. De plus, une réforme de ce genre peut conduire à une reconfiguration des services qui correspond mieux aux besoins de la population.

Le Comité croit que la cession de la fonction d'achat aux régies régionales de la santé fait partie de la première étape de la réforme du système de soins de santé au Canada. En fait, les régies régionales existent dans la plupart des provinces et un important pourcentage des dépenses de soins de santé sont faites dans les grandes villes et aux alentours, ce qui ouvre la voie à une certaine concurrence entre les fournisseurs. En même temps, le Comité comprend qu'il faudra de la souplesse dans l'application de ce principe pour tenir compte des différences de taille entre les régions, de leur composition rurale-urbaine et du nombre de fournisseurs et d'établissements de soins de santé qui s'y trouvent.

***Le Comité croit que la cession de la fonction d'achat aux régies régionales de la santé fait partie de la première étape de la réforme du système de soins de santé au Canada.***

Nous croyons cependant qu'au fil du temps, il faudrait pousser plus loin la cession de la fonction d'achat – jusqu'aux équipes de soins primaires – afin de décentraliser la prise de décisions et d'offrir des soins mieux adaptés aux besoins des patients (voir principe treize). Comme nous l'avons mentionné à la section 1.4, ce changement ferait partie de la deuxième étape de la réforme.

## *Principe Dix*

### **La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.**

Tous les rapports récents des provinces recommandent la création d'un réseau de groupes de soins primaires. Toutes les propositions ont des caractéristiques communes :

- accès permanent à des soins primaires complets 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- inscription des patients, sur une base annuelle, dans le groupe de soins primaires de leur choix ;
- meilleure utilisation de la gamme des fournisseurs de soins de santé grâce à la formation d'équipes pluridisciplinaires;

- intégration et coordination de tous les services de santé grâce au « contrôle de l'accès »;
- possibilité d'extension de la couverture publique d'assurance-santé;
- passage à un autre mode de rémunération des médecins (de la rémunération à l'acte à la capitation ou à une rémunération mixte).

D'accord avec différentes commissions provinciales de la santé, le Comité croit que la réforme des soins primaires devrait mener à la création de cliniques ou de cabinets de médecine de groupe ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour donner ces soins. Cela permettrait aux patients d'avoir accès en permanence à un centre de soins primaires complets qui représenterait leur premier point de contact avec le système de soins de santé. En même temps, le fonctionnement du secteur des soins primaires serait plus efficace et réduirait considérablement la pression qui s'exerce sur les salles d'urgence des hôpitaux.

Les recommandations des rapports provinciaux divergeaient cependant sur la question de savoir dans quelle mesure les groupes de soins primaires seraient responsables de l'achat des services de santé pour le compte de leurs patients. Selon la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, ces groupes, en plus de dispenser des soins primaires, devraient aussi se charger de l'achat d'une vaste gamme de services de santé pour le compte de leurs patients, notamment les services des hôpitaux, des spécialistes, de la santé publique, des centres de réadaptation et des établissements de soins à long terme, les soins à domicile et les soins communautaires<sup>56</sup>.

Même si de nombreuses commissions provinciales ont recommandé une réforme des soins primaires, aucun modèle particulier pouvant s'appliquer universellement n'a été proposé. La commission Romanow a fait la même observation :

*Les modèles et les approches possibles [pour la réforme des soins de santé primaires] sont innombrables, mais la plupart ont un élément en commun, soit le fait que les gouvernements financeraient ces organisations en fonction d'une combinaison d'éléments, comme le nombre de patients inscrits, la population desservie et les résultats obtenus. En fait, bien que des mesures aient été prises dans toutes les provinces pour mettre en œuvre des projets pilotes sur les soins de santé primaires, bon nombre de personnes soutiennent que, parce que les soins de santé primaires sont le principal catalyseur du changement dans le système de santé, il est temps de cesser de discuter et de passer enfin à l'action<sup>57</sup>.*

Il faudra donc de la flexibilité pour décider comment appliquer ce principe. De plus, l'expérience d'un certain nombre de provinces et de territoires a montré que l'organisation de groupes de soins primaires n'est ni facile ni bon marché. En fait, comme nous l'expliquons à

<sup>56</sup> Le rapport Mazankowski reconnaît et appuie le mouvement vers une réforme des soins primaires, parallèlement à un changement de la rémunération des médecins de soins primaires. Toutefois, selon le rapport, les régies régionales de la santé devraient conserver la fonction d'achat. Par conséquent, le rapport recommande qu'une partie du budget des services dispensés par les médecins soit réservée aux régies régionales, qui pourraient alors passer des contrats avec eux pour la prestation des soins primaires. De même, tant la commission Clair du Québec que la commission Fyke de la Saskatchewan croient que les régies régionales de la santé devraient organiser et gérer des cliniques de soins primaires, retenant à contrat ou employant autrement tous les fournisseurs, y compris les médecins.

<sup>57</sup> *Préparer l'avenir des soins de santé, Rapport d'étape*, p. 34.

la section 1.1, le coût de la restructuration est l'un des motifs pour lesquels le Comité a conclu que le système actuel n'est pas viable sur le plan financier. Nous examinons d'autres conclusions relatives à la réforme des soins primaires au chapitre six du présent rapport.

## *Principe Onze*

### **Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.**

La rémunération à l'acte est la forme dominante de paiement des médecins de soins primaires au Canada. Presque 90 % des omnipraticiens sondés par le Collège des médecins de famille du Canada disent toucher des paiements à l'acte<sup>58</sup> et tirent en moyenne 88 % de leur revenu total de cette source<sup>59</sup>. Même si en 1999-2000, plus de 20 % des médecins canadiens étaient rémunérés en partie selon d'autres formules pour les soins cliniques dispensés – par exemple un salaire ou une rémunération par capitation –, dans la plupart des provinces, moins de 10 % des médecins étaient principalement rémunérés selon ces formules<sup>60</sup>.

Dans un régime de rémunération à l'acte, les médecins de soins primaires reçoivent des honoraires pour chaque service qu'ils dispensent à un patient, selon un barème fixe. Ce mode de rémunération est, d'une part, relativement simple et transparent et, de l'autre, assez facile à administrer. Il a l'avantage d'être bien connu au Canada, aussi bien des patients que des médecins.

La rémunération à l'acte a cependant des inconvénients. D'après beaucoup de témoins, elle inciterait le médecin de soins primaires à faire du « surtraitement » : plus il dispense de services, plus il touche de revenus, indépendamment des besoins du patient, des résultats obtenus ou du coût de la prestation du service. De plus, la rémunération étant associée au service, le médecin n'a aucun avantage financier à s'établir dans une région où les besoins sont plus grands, tant qu'il peut assumer sa charge de travail et gagner le revenu auquel il aspire en répondant à des besoins moindres à l'endroit où il préfère travailler.

Beaucoup de commissions et de groupes de travail provinciaux ont déclaré, pour ces raisons, que la rémunération à l'acte est incompatible avec une utilisation optimale du temps et des compétences des médecins de soins primaires. De plus, les rapports provinciaux signalent que cette forme de rémunération est également incompatible avec une réforme des soins primaires. Comme les médecins sont payés pour chaque service qu'ils dispensent, ils ont intérêt à administrer des traitements que d'autres professionnels de la santé pourraient fournir à un coût moindre. Cette situation a découragé la formation de cliniques pluridisciplinaires ou de groupe.

<sup>58</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 73.

<sup>59</sup> Hutchison, Brian, Julia Abelson et John Lavis, « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 117.

<sup>60</sup> ICIS, *op.cit.*, p. 74.

Les commissions et les groupes de travail provinciaux – plus précisément la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, la commission Clair du Québec et le rapport Mazankowski de l'Alberta – ont tous recommandé l'adoption, dans le cas des médecins de soins primaires, d'un régime de rémunération mixte comprenant des éléments de capitation<sup>61</sup>, de rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération. Ils reconnaissent ainsi qu'un seul régime ne peut pas convenir dans toutes les situations :

*Les recherches faites à ce jour n'ont pas identifié un mode de financement idéal, chaque mode ayant des avantages et des inconvénients. Les décideurs doivent évaluer leur propre situation, comprendre les risques et les avantages de chaque modèle de paiement et décider eux-mêmes quel modèle répond le mieux aux besoins des bailleurs de fonds, des fournisseurs de services et de la collectivité à desservir<sup>62</sup>.*

Le Comité convient avec les commissions et les groupes d'étude provinciaux qu'il faudrait substituer à la rémunération à l'acte des omnipraticiens une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération ou de mesures incitatives. La rémunération mixte inciterait les omnipraticiens à la fois à travailler fort et à s'occuper d'un grand nombre de patients, comme ils le font actuellement (dans le cadre de la rémunération à l'acte), et d'insister davantage sur la prévention et la santé publique (dans le cadre de la rémunération par capitation). Cependant, les médecins n'ont pas tous les mêmes aspirations financières et ne réagissent pas de la même façon aux diverses mesures incitatives. Il faut prévoir une certaine souplesse dans le système de rémunération employé pour les divers cabinets de médecine de groupe.

**Le Comité convient avec les commissions et les groupes d'étude provinciaux qu'il faudrait substituer à la rémunération à l'acte des omnipraticiens une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération ou de mesures incitatives.**

Néanmoins, le Comité reconnaît que, pour entreprendre une réforme des soins primaires, il est indispensable de s'écarter de l'actuel régime de rémunération à l'acte. Autrement, les médecins de famille n'auraient aucune raison de laisser leurs patients voir d'autres membres du personnel de la clinique.

La plupart des modèles de réforme des soins primaires impliquent l'inscription des patients auprès d'un médecin ou d'un cabinet de groupe particulier pour une période prédéterminée (ordinairement un an). La mise en œuvre d'une réforme de ce genre donnera donc l'impression au

**Néanmoins, le Comité reconnaît que, pour entreprendre une réforme des soins primaires, il est indispensable de s'écarter de l'actuel régime de rémunération à l'acte. Autrement, les médecins de famille n'auraient aucune raison de laisser leurs patients voir d'autres membres du personnel de la clinique.**

<sup>61</sup> Dans le système de rémunération par capitation, une unité de soins reçoit un paiement annuel pour chaque personne qu'elle doit desservir. Le montant du paiement peut dépendre de l'âge et des antécédents médicaux de la personne, mais non du nombre de visites qu'elle effectue à l'unité pendant l'année.

<sup>62</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Systèmes intégrés de santé au Canada : Trois synthèses de politiques – Questions et réponses*, juillet 1999, p. 2.

patient qu'il a moins de choix et au médecin, qu'il n'est pas libre de pratiquer la médecine comme il l'entend.

Comme le patient n'a à s'inscrire auprès d'un omnipraticien que pour un an (à moins de déménager), la restriction qui lui est imposée n'est pas très importante. De même, il serait difficile d'affirmer qu'on limite sérieusement la liberté des médecins de pratiquer comme ils le souhaitent en les encourageant à faire appel aux compétences de tous les membres de leur équipe de soins de santé (par exemple, en modifiant les règles du cabinet pour permettre aux infirmières praticiennes d'utiliser toutes leurs connaissances).

De plus, le Comité sait qu'il faut se pencher sur le mode de rémunération des spécialistes et des médecins qui travaillent dans des hôpitaux universitaires, et c'est ce qu'il fera dans le volume six de son étude.

## *Principe Douze*

### **De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.**

Nous examinons au chapitre 6 les questions relatives au champ d'activité des différents fournisseurs de soins de santé. Le Comité croit qu'il faut élaborer de nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions pour permettre à tous les fournisseurs de soins primaires de dispenser l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés. Il estime en outre qu'il serait très avantageux d'uniformiser le plus possible ces mesures à l'échelle du pays. L'existence de normes nationales renforcerait chez les Canadiens l'idée que leur système de soins de santé a vraiment un caractère national, et non provincial.

Dans l'ensemble, le secteur des soins primaires fonctionnerait mieux, sans perte d'efficacité médicale, si des fournisseurs de services tels que les infirmières praticiennes étaient en mesure de dispenser tout l'éventail de services qu'ils ont appris à fournir. Cela laisserait plus de temps aux omnipraticiens pour s'occuper des patients qui ont vraiment besoin de leurs compétences, de leur expérience et de leurs qualités particulières.

***Le Comité croit qu'il faut élaborer de nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.***

En outre, pour en arriver à établir une meilleure répartition des fournisseurs de soins de santé, il faudra faire plus que changer leur façon d'exercer : on devra peut-être aussi changer les méthodes d'éducation et de formation. Le Comité est conscient que le succès de la mise en œuvre de ce principe dépendra d'un changement de l'approche de réglementation adoptée par les professions autonomes.

**Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » devrait probablement être constitué où les équipes de soins primaires achèteraient, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.**

Au cours de la phase trois de son étude, le Comité a recueilli beaucoup de renseignements au sujet du système britannique d'enveloppes budgétaires pour les omnipraticiens. Dans le volume trois, nous avons expliqué que les omnipraticiens qui participent à ce système reçoivent un budget qu'ils utilisent pour acheter des soins à l'intention de leurs patients, y compris les services hospitaliers, les services de spécialistes et les médicaments d'ordonnance<sup>63</sup>.

Le Comité a appris que l'objet de l'établissement d'un tel « marché interne » au Royaume-Uni était de surmonter un important inconvénient : les médecins contrôlent une importante activité et de grandes dépenses de soins de santé sans répercussions financières pour eux-mêmes et sans un incitatif financier pouvant les amener à se soucier des frais que leurs décisions imposent à l'ensemble du système de soins de santé. Les responsables britanniques pensaient en outre que les omnipraticiens feraient des achats plus avantageux pour leurs patients qu'une régie régionale de la santé :

*L'omnipraticien était plus proche de ses patients et pouvait sans doute répondre efficacement à leurs besoins; il était en outre mieux armé pour négocier avec les hôpitaux locaux. En principe, la nécessité pour les omnipraticiens de respecter le budget qui leur est attribué et la possibilité pour les patients de changer de médecin devaient renforcer la responsabilité financière et améliorer la qualité des soins.*

[...]

*Le système des enveloppes budgétaires incitait ceux qui adhéraient au régime à une plus grande efficacité, puisqu'ils pouvaient investir toute économie réalisée sur leur budget dans l'amélioration des soins donnés aux patients et du cabinet. Les détenteurs des enveloppes avaient en outre la possibilité de déplacer des fonds entre les différentes rubriques du budget, de façon à répartir celui-ci selon les besoins. Par ailleurs, ceux qui manquaient à plusieurs reprises leur objectif budgétaire rataient de perdre la gestion de leur enveloppe<sup>64</sup>.*

D'après les témoignages reçus, une réforme du « marché interne » qui suivrait le modèle des enveloppes budgétaires des omnipraticiens britanniques pourrait aboutir à des résultats très positifs au Canada. Plus particulièrement, Jérôme-Forget et Forget ont proposé, dans leur livre de 1998, la création de cliniques (appelées « agences médicales ciblées » ou AMC)

<sup>63</sup> Volume trois, p. 35-42.

<sup>64</sup> « Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System », p. 13.



composées d'omnipraticiens, de spécialistes et d'autres fournisseurs de services de santé qui seraient financièrement responsables de tous les besoins en soins de leurs patients. Pour Jérôme-Forget et Forget, les AMC, à titre d'agents acheteurs, seraient beaucoup plus efficaces et économiques que les régies régionales de la santé dans le même rôle :

*En faisant des médecins les principaux décideurs en matière de services de santé, notre proposition de réforme vise à décentraliser les décisions médicales et les responsabilités financières à un niveau beaucoup plus proche des patients. [...] plusieurs réformes axées sur les marchés internes ont partiellement raté cet objectif en confiant la responsabilité des achats à de trop grands organismes. Les autorités de santé régionales [...] constituent des structures bureaucratiques trop lourdes pour voir à la négociation des contrats avec chaque fournisseur. [...] L'expérience [internationale] montre ainsi que les grands acheteurs sont impuissants à stimuler l'utilisation efficace des ressources en l'absence d'une stricte réglementation du comportement des médecins, mesure qui irait à l'encontre de la tradition d'autonomie des médecins canadiens. Cela dit, les acheteurs doivent être assez importants pour profiter de l'interaction professionnelle parmi les médecins et couvrir les frais de gestion et d'administration supplémentaires qui leur incombent<sup>65</sup>.*

La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario a formulé une recommandation semblable<sup>66</sup>. Dans sa proposition, des équipes pluridisciplinaires rémunérées principalement par capitation auraient la responsabilité permanente et exclusive de répondre aux besoins de soins de santé d'une population donnée. De plus, dans leur rôle de « contrôleurs d'accès », ces équipes établiraient des contacts avec d'autres fournisseurs institutionnels de la région. À terme, il serait possible de leur confier le contrôle de l'ensemble du budget de soins de santé attribué à la population dont elles sont responsables.

Il faut reconnaître que, même si l'on peut chaudement recommander à la population un tel réseau d'équipes de soins primaires, il serait impossible de forcer les Canadiens à l'accepter. Selon certains témoins, on pourrait inciter les patients à accepter de s'inscrire auprès d'une équipe de soins primaires de leur choix en imposant des frais à ceux qui choisissent de consulter des médecins extérieurs au réseau de leur équipe.

Dans l'ensemble, le Comité croit que l'on devrait probablement créer un « marché interne » dans lequel la responsabilité financière serait confiée à des équipes de soins primaires. Nous comprenons cependant que certaines provinces et certains territoires puissent préférer déléguer les pouvoirs d'achat aux régies régionales de la santé.

Une fois de plus, le Comité tient à souligner qu'il faudra de la souplesse pour appliquer ce principe afin de tenir compte des différences entre régions sur les plans de la population, de la composition rurale-urbaine et du nombre de fournisseurs et d'établissements de soins de santé qui s'y trouvent. Nous avons l'intention d'examiner de plus près la deuxième étape de la réforme dans le volume six de notre étude.

---

<sup>65</sup> *Qui est maître à bord?*, p. 117.

<sup>66</sup> Voir son rapport intitulé *Primary Health Care Strategy, op.cit.*, p. 34-40.

## *Principe Quatorze*

**Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.**

Toutes les organisations nationales, provinciales et territoriales représentant les fournisseurs de soins de santé qui ont comparu devant le Comité depuis le début de son étude ont insisté sur le fait que le pays a besoin d'une stratégie de ressources humaines unique, proprement canadienne et à long terme coordonnée par le gouvernement fédéral. La concurrence qui s'exerce entre les différents ordres de gouvernement pour accaparer des ressources professionnelles rares nuit au pays.

Il importe de souligner que cette stratégie ne doit être ni exclusivement ni principalement fédérale : elle doit faire intervenir toutes les parties en cause et se fonder sur le fait que l'éducation et la formation des fournisseurs de soins de santé relèvent de la compétence des provinces et des territoires.

Le Comité se réjouit de l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des ressources humaines au sujet du financement de deux importantes études sectorielles sur les besoins précis en médecins et en infirmières. Nous croyons que c'est là une importante mesure sur la voie de l'élaboration d'une approche nationale. Chacune de ces études permettra d'analyser systématiquement le marché du travail et d'aboutir à la mise au point d'une stratégie conçue pour assurer une offre suffisante de professionnels ayant la formation appropriée.

Le Comité appuie fortement la participation de tous les intervenants clés à la réalisation de ces études. Nous présentons, au chapitre six, des recommandations précises concernant les ressources humaines du domaine de la santé, et notamment la création d'un organisme national permanent chargé de la coordination dans ce domaine.

### **2.3 Évaluation des soins de santé**

## *Principe Quinze*

**Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.**

Un système de dossiers de santé électroniques (DSE) est un système automatisé établi chez les fournisseurs dans le cadre d'un réseau électronique contenant le dossier de santé complet des patients, y compris les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les

médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc., le tout recueilli conformément à des normes communes relatives aux données. Pour de nombreux témoins, le DSE constitue la pierre angulaire d'un système efficace et adapté de prestations de soins permettant d'améliorer à la fois la qualité et la responsabilité. Un tel système est un préalable nécessaire à un système de soins de santé authentiquement axé sur le patient. Le DSE est également essentiel à une réforme des soins primaires.

*Le dossier de santé électronique (DSE) est la pierre angulaire d'un système de prestations de soins efficace et adapté, ainsi que de l'amélioration de la qualité et de la responsabilité. Sans ces dossiers, il est peu probable qu'on puisse aboutir à un système de soins tenant compte des besoins des patients, ainsi qu'à un niveau optimal d'efficacité et de travail d'équipe<sup>67</sup>.*

Tous les ordres de gouvernement du Canada ont reconnu l'importance du déploiement d'un système de DSE. En fait, le 11 septembre 2000, les premiers ministres provinciaux ont convenu de collaborer pour établir un tel système dans les trois années suivantes et pour élaborer des normes communes de données assurant la compatibilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé et garantissant une stricte protection des renseignements médicaux personnels. Le plein déploiement d'un système de DSE a également été appuyé par divers groupes de travail et commissions des provinces, y compris la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, la commission Clair du Québec, la commission Fyke de la Saskatchewan et le rapport Mazankowski de l'Alberta.

À l'appui de l'accord conclu par les premiers ministres provinciaux, le gouvernement fédéral a engagé 500 millions de dollars en 2000-2001 pour accélérer l'adoption de technologies modernes de l'information dans le système de soins de santé. Le Comité a appris que ces fonds ont été investis dans une entreprise sans but lucratif, l'Inforoute Santé du Canada, qui travaille avec les provinces et les territoires pour créer les composantes communes nécessaires d'un système de DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Nous croyons que cela pourrait constituer une importante étape sur la voie de l'intégration complète des différentes infrastructures fédérales-provinciales-territoriales de la santé.

Les provinces, les territoires et les autres intervenants s'entendent en général pour dire que le gouvernement fédéral devrait promouvoir la collaboration dans ce domaine. Le Comité se réjouit de cette collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, et invite Ottawa à jouer un rôle de chef de file pour ce qui est de promouvoir un système de dossiers de santé électroniques uniforme d'un bout à l'autre du pays, et ce, dans l'intérêt de tous les Canadiens.

D'une façon générale, les patients voudraient n'avoir à exposer qu'une seule fois leurs antécédents médicaux; ils souhaitent que les tests et les soins administrés soient coordonnés et mis à la disposition des divers fournisseurs de soins de santé qu'ils consultent, et qu'il y ait une plus grande intégration des services de santé dont ils ont besoin. Le DSE promet de réaliser tous ces vœux. Il faudrait cependant que les Canadiens puissent croire que des mécanismes de protection sont en place que leurs dossiers ne sont ouverts qu'aux seules

---

<sup>67</sup> Commission de l'assurance-santé de la Saskatchewan (Kenneth Fyke, président), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, avril 2001, p. 68.

personnes auxquelles ils veulent en accorder l'accès. Le système de DSE doit être élaboré en tenant compte, d'une part, de la protection des renseignements médicaux personnels des patients et, d'autre part, des exigences du système afin de fournir aux patients les soins dont ils ont besoin.

Le plus important avantage du déploiement d'un système de DSE dans tout le pays, c'est probablement la possibilité d'accéder à des renseignements factuels pouvant servir à évaluer la qualité des soins, le rendement du système, le résultat des traitements et la satisfaction des patients. Cela favorisera la responsabilisation et la transparence lors de la prise de décisions concernant la prestation et la politique des soins, et contribuera à l'amélioration de la qualité des soins.

Comme de nombreux témoins, le Comité croit que les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de DSE capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats. Nous sommes d'avis que l'évaluation des résultats doit constituer un élément essentiel du système d'information sur la santé. Malgré les progrès des dernières années, nous sommes encore loin de bien connaître les interventions et les traitements les plus efficaces ou même les meilleurs moyens de mesurer l'efficacité des soins. L'adoption d'un système de DSE uniforme facilitera la surveillance et la comparaison des résultats partout dans le pays.

***Le Comité croit que les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de DSE capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats. Nous sommes d'avis que l'évaluation des résultats doit constituer un élément essentiel du système d'information sur la santé.***

Le Comité se rend compte qu'il est nécessaire à cette fin de disposer de normes nationales tant pour recueillir et traiter l'information que pour garantir la confidentialité des renseignements médicaux personnels, et répète qu'il est convaincu que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file à cet égard. Nous présentons au chapitre quatre nos observations et recommandations concernant les systèmes d'information sur la santé.

## *Principe Seize*

**La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.**

Comme nous l'avons déjà dit, on ne peut disposer d'une meilleure information sur l'accès aux soins, la qualité de la prestation, le rendement du système et l'efficacité des soins

sans investir davantage et à long terme dans les technologies de l'information, et notamment dans un système de DSE. Pendant les audiences du Comité, les témoins ont souligné la nécessité de poursuivre les partenariats entre provinces et territoires et le financement fédéral qui accélère le développement.

D'après un récent rapport de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique :

*Il faudrait exercer des pressions sur le gouvernement fédéral pour qu'il affecte des fonds spéciaux destinés à répondre à cet important besoin qui se manifeste partout au Canada et dont la satisfaction peut améliorer le fonctionnement de tout le système de soins de santé ainsi que la santé de tous les Canadiens. Le besoin est urgent<sup>68</sup>.*

Même si les témoins croyaient que les gouvernements devaient financer le système d'information sur la santé, beaucoup étaient d'avis qu'ils n'avaient pas à évaluer eux-mêmes les données sur la santé ou la qualité et l'efficacité des soins. Selon les témoins, l'évaluation est actuellement effectuée par les personnes qui doivent payer et dispenser les services de santé. Il n'y a pas d'évaluation indépendante de l'efficacité des soins ni de vérification externe des répercussions des résultats. À cet égard, le Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé a déclaré ce qui suit :

*Le suivi et la surveillance de l'efficacité des soins et la production de rapports réguliers destinés au public sont un moyen essentiel d'améliorer la qualité des soins de santé. Toutefois, si le gouvernement et les autorités responsables de la santé mesurent et évaluent leur propre efficacité et leurs propres résultats, ils peuvent facilement se trouver en situation de conflit d'intérêts<sup>69</sup>.*

Le conseil consultatif a recommandé la création d'une commission autonome permanente chargée de suivre les résultats, d'évaluer l'efficacité et de présenter des rapports réguliers à la population.

De même, en Saskatchewan, la commission Fyke a recommandé la création d'un « conseil de la qualité » indépendant du gouvernement. Son mandat comprendrait la production de rapports réguliers à l'intention de l'Assemblée législative provinciale et du public sur différents sujets, dont les tendances de la santé, les coûts et avantages des interventions, les pratiques et les erreurs cliniques, l'évaluation de la technologie, le matériel, les médicaments, etc. La commission Fyke a souligné à ce sujet :

*[...] le conseil de la qualité permettrait de dépolitiser les décisions, de trouver des solutions novatrices à des problèmes de longue date, de libérer le public de la tyrannie de l'anecdote et des opinions mal fondées sur la situation des soins de santé, et de montrer où le système nous en donne pour notre argent et où il ne le fait pas<sup>70</sup>.*

---

<sup>68</sup> Select Standing Committee on Health, *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, rapport présenté à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique, décembre 2001, p. 29.

<sup>69</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 68.

<sup>70</sup> Saskatchewan Commission on Medicare, p. 81.

Le Comité croit qu'il est indispensable d'améliorer sensiblement l'évaluation de notre système de prestation des soins de santé pour donner des soins fondés sur les résultats et correspondant aux besoins des patients. Nous appuyons fortement le point de vue exprimé par des témoins et des rapports provinciaux selon lequel les rôles de l'assureur et du fournisseur doivent être séparés de celui de l'évaluateur pour qu'il soit possible d'obtenir une évaluation indépendante du rendement et des résultats du système de soins de santé. De plus, même s'il faut que l'évaluation soit indépendante du financement et de l'assurance, elle doit être payée par les fonds publics.

***Le Comité croit qu'il est indispensable d'améliorer sensiblement l'évaluation de notre système de prestation des soins de santé pour donner des soins fondés sur les résultats et correspondant aux besoins des patients. Nous appuyons fortement le point de vue exprimé par des témoins et des rapports provinciaux selon lequel les rôles de l'assureur et du fournisseur doivent être séparés de celui de l'évaluateur pour qu'il soit possible d'obtenir une évaluation indépendante du rendement et des résultats du système de soins de santé.***

En outre, le Comité est d'avis qu'une telle évaluation indépendante doit être effectuée au niveau national (et non fédéral). Cela permettrait de mettre en commun l'expertise afin de faire l'usage le plus efficace possible des ressources humaines limitées dont le Canada dispose à l'heure actuelle et de réaliser ainsi d'importantes économies d'échelle. Il est évident que les petites provinces, qui ne pourraient pas autrement établir un système vraiment efficace de surveillance et d'évaluation, profiteraient d'un processus national d'évaluation.

Le Comité croit qu'un processus national d'évaluation du rendement et des résultats du système de soins de santé devrait se baser sur les organisations nationales qui se consacrent actuellement à la réalisation d'évaluations indépendantes. Plus précisément, une évaluation de ce genre devrait se faire en trois volets :

***Le Comité croit qu'un processus national d'évaluation du rendement et des résultats du système de soins de santé devrait se baser sur les organisations nationales qui se consacrent actuellement à la réalisation d'évaluations indépendantes. [...] Il y aura également, de toute évidence, de nombreuses questions de compétence à régler, indépendamment du mandat précis de chacun de ces organismes nationaux évolutifs. Mais c'est un sujet que l'on ne peut plus passer sous silence et auquel il faut s'attaquer.***

- D'abord, il faudrait renforcer le rôle de l'Institut canadien d'information sur la santé. À part ses responsabilités dans le domaine de la santé publique, il devrait se charger de présenter des rapports – de préférence publics – sur le rendement de toutes les régions et de tous les fournisseurs institutionnels.
- Ensuite, le Conseil canadien d'agrément des services de santé devrait présenter régulièrement des recommandations sur les moyens de corriger les lacunes décelées dans les établissements de soins. Cet examen, actuellement volontaire, devrait devenir obligatoire.

- Enfin, le Conseil national sur la qualité des soins de santé serait chargé de donner des conseils sur l'élaboration de normes et de politiques de qualité, afin d'améliorer la qualité des établissements de soins de santé.

Il faudra déterminer l'importance des pouvoirs à conférer à chacun des trois organismes décrits ci-dessus. Par exemple, leur faudra-t-il compter exclusivement sur les pressions exercées par le public et sur leur faculté de persuasion, ou bien pourront-ils obliger les fournisseurs qui ne satisfont à des normes de qualité convenues d'apporter des changements? Il y aura également, de toute évidence, de nombreuses questions de compétence à régler, indépendamment du mandat précis de chacun de ces organismes nationaux évolutifs. Mais c'est un sujet que l'on ne peut plus passer sous silence et auquel il faut s'attaquer.

## 2.4 Pour un système de soins de santé axé sur le patient

### *Principe Dix-sept*

#### **Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.**

Dans un système axé sur la qualité, la première priorité devrait être de veiller à ce que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin et reçoivent les outils et l'aide nécessaires pour rester en bonne santé.

À l'heure actuelle, le système de soins de santé du Canada est organisé en fonction des installations et des fournisseurs, et non des patients. Les gens sont censés s'adapter au système et obtenir les services au moment et à l'endroit où le système peut les fournir.

D'autres pays ont pris des mesures destinées à axer davantage leur système sur le patient, notamment des chartes de santé ou des garanties de soins assurant aux gens qu'ils obtiendront les services dont ils ont besoin dans un délai donné et à un niveau de qualité acceptable, ou encore un régime dans lequel le financement suit le patient.

Le Comité croit que les patients doivent être en permanence au centre du système de soins de santé. Les services devraient être coordonnés en fonction du besoin de soins sûrs, opportuns et efficaces. Il faudrait idéalement tendre vers un système intégré et économique caractérisé par des relations de travail étroites entre les hôpitaux, les établissements de soins à long terme, les soins primaires, les soins à domicile, la santé publique, etc.

Toutefois, le fait de placer les besoins du patient au centre du système de soins de santé n'implique pas de céder à chacun de ses caprices. Les services fournis par le système doivent se fonder sur des preuves établissant qu'ils sont sûrs, efficaces, nécessaires et abordables.

Le Comité croit que les Canadiens ont droit à des soins sûrs, efficaces, axés sur leurs besoins,

***Le Comité croit que les Canadiens ont droit à des soins sûrs, efficaces, axés sur leurs besoins, opportuns, efficients, équitables et abordables.***

opportuns, efficaces, équitables et abordables. À notre avis, l'adoption de l'ensemble de principes que nous avons élaboré mènera à une meilleure intégration de toute la gamme des services de santé dans un continuum de soins vraiment axé sur les besoins du patient.

## *Principe Dix-huit*

**Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour les services jugés médicalement nécessaires.**

Le Comité a rappelé, dans le volume quatre de son étude, que lors de la discussion initiale d'un programme national d'assurance-santé, on avait envisagé de faire payer au patient une part du coût des services. On s'était alors servi de l'expression « utilisateur payeur » pour indiquer que le patient devrait payer quelque chose à un stade quelconque.

Le volume quatre de notre rapport mentionne différentes formes possibles de paiement, dont les frais d'utilisation, les primes, les comptes d'épargne-santé, la prise en compte des soins dans l'impôt sur le revenu, etc.<sup>71</sup>.

Au cours des audiences qu'il a tenues dans tout le pays, le Comité a pris connaissance de nombreuses préoccupations relatives à l'imposition de frais d'utilisation au point de service. On nous a dit que de tels frais, dans le cas d'un régime public d'assurance-santé, réduisent la demande, mais en défavorisant les personnes ayant les niveaux de revenu les moins élevés.

De plus, les témoins ont souligné que les décisions les plus coûteuses en matière de soins de santé sont prises par les médecins, et n'incombent donc pas aux patients.

En fait, la plupart des dépenses en soins de santé et la plus grande partie du gaspillage dans le système ne dépendent pas des patients. Les grandes dépenses et les décisions qui sont à leur origine sont le fait des fournisseurs, agissant pour le compte de leurs patients, ceux-ci ne prenant pas eux-mêmes de décisions à ce sujet.

Enfin, les témoins ont signalé que l'application de frais d'utilisation modestes introduirait des frais d'administration à peu près équivalents aux recettes engendrées.

Le Comité croit qu'il faudrait concevoir des mesures incitatives pour encourager les patients à utiliser aussi efficacement

***Le Comité croit qu'il faudrait concevoir des mesures incitatives pour encourager les patients à utiliser aussi efficacement que possible les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin. Ces mesures ne devraient pas comprendre des frais d'utilisation, qui découragent l'accès à des services médicalement nécessaires.***

<sup>71</sup> Volume quatre, p. 65-69.



que possible les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin. Ces mesures ne devraient pas comprendre des frais d'utilisation, qui découragent l'accès à des services médicalement nécessaires, et ne devraient pas décourager les patients de recevoir les traitements que les fournisseurs de soins croient nécessaires. L'accès aux hôpitaux et aux médecins ne devrait pas dépendre du revenu ou de la richesse de chacun. Les études ayant montré que l'application de frais d'utilisation universels produit cet effet, nous estimons que ces frais ne devraient pas être imposés au Canada.

Il faudrait néanmoins trouver des moyens d'encourager les patients à recourir au système de soins de santé d'une façon responsable. L'un des moyens qui a été proposé à maintes reprises dans le passé consiste à présenter à chaque Canadien un relevé annuel des frais payés en son nom pour des services de santé. Il conviendrait également d'examiner d'autres incitatifs possibles.

Beaucoup des propositions avancées ont pour but de sensibiliser le patient au coût des services de santé et de combattre l'impression qu'ils sont gratuits, l'idée étant que si le patient connaît le prix des soins, il comprendra mieux les pressions inhérentes dans le système et n'y aura recours que s'il en a vraiment besoin. De plus, il saisira mieux le problème de la viabilité financière du système. Le Comité croit que, pour créer un système de soins de santé économique et viable, il faudrait non pas en décourager l'utilisation, mais plutôt en encourager une utilisation judicieuse et encourager les gens à prendre mieux soin de leur santé.

***Le Comité croit que, pour créer un système de soins de santé économique et viable, il faudrait non pas en décourager l'utilisation, mais plutôt en encourager une utilisation judicieuse.***

## ***Principe Dix-neuf***

**On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.**

En 1974, le ministre fédéral de la Santé, Marc Lalonde, avait publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Le document faisait état des répercussions du comportement individuel sur l'efficacité des soins de santé et soulignait que chaque Canadien devrait assumer une plus grande responsabilité pour son propre état de santé.

Depuis, de nombreux autres rapports ont souligné l'importance qu'il y a à encourager les Canadiens à rester en bonne santé. Selon le rapport du Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, ce serait le premier pas à franchir pour assurer la viabilité du système public canadien de soins de santé :

*Ce n'est sans doute que du gros bon sens, mais le meilleur moyen d'assurer la viabilité à long terme du système de soins de santé consiste peut-être à prendre des mesures pour permettre aux gens et aux collectivités de rester en bonne santé<sup>72</sup>.*

Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total de la maladie était estimé à 156,4 milliards de dollars en 1998<sup>73</sup>. Selon les témoins, on pourrait réduire le fardeau de la maladie en investissant davantage dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé publique. Pour eux, il est possible de prévenir beaucoup de maladies et la plupart des blessures.

Pourtant, au dire des témoins, le gouvernement a fortement tendance à se concentrer sur la guérison des maladies plutôt que sur la prévention. Par exemple, le traitement clinique était la stratégie la plus courante dans le cas des maladies chroniques, le gouvernement se montrant peu disposé à consacrer des ressources à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Ces programmes n'aboutissent généralement à des résultats décelables que sur une longue période et sont donc moins attrayants, sur le plan politique, que l'affectation de fonds à des installations de soins de santé, comme les hôpitaux.

Les témoins ont indiqué que le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé publique est bien établi. De plus, le gouvernement fédéral est reconnu comme chef de file mondial dans l'élaboration du concept de santé publique. Nous abordons au chapitre 7 le rôle du gouvernement fédéral dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la santé publique.

## *Principe Vingt*

**Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.**

Selon un rapport présenté au Comité, un environnement monopolistique sans concurrence et sans frais pour l'utilisateur au point de service tend à allonger les délais d'attente dans un régime public d'assurance-santé :

*[...] dans un système où les services de santé sont gratuits au point de consommation, les files d'attente constituent la forme la plus courante de rationnement de ressources de santé rares. De plus, comme la satisfaction du patient n'a aucune influence sur le revenu ou les autres récompenses économiques des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé*

<sup>72</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 14.

<sup>73</sup> Volume deux, p. 51.

*dans un système public, le temps des patients perd toute valeur. Le système ne prévoit aucune sanction si l'on fait attendre les gens*<sup>74</sup>.

Le cas suivant a récemment été porté à l'attention du Comité. Un examen IRM effectué le 19 avril 2001 avait révélé qu'un patient avait deux disques intervertébraux herniés dans son cou. Comme son état ne s'améliorait pas, il a été placé sur une liste d'attente de chirurgie le 24 mai. Son état a été classé dans la catégorie « intervention élective mais urgente », dans laquelle s'inscrivent la plupart des cancéreux en attente de chirurgie à l'hôpital et pour laquelle les lignes directrices prévoient une intervention dans les deux semaines. Le 18 janvier 2002, huit mois après son inscription sur la liste d'attente, le patient n'a toujours pas été opéré et ne sait pas non plus quand l'intervention aura lieu.

On a expliqué au Comité que ce cas illustre ce qu'on appelle la « file d'attente statique » : les personnes inscrites ne passent jamais parce qu'elles sont toujours déplacées par des cas plus urgents, dont le rythme d'arrivée est plus rapide que la progression de la file. Le chirurgien qui devait opérer le patient en question avait 96 patients en attente (chiffre qui se situe dans la moyenne pour les quatre neurochirurgiens de l'hôpital), dont 74 étaient classés dans la catégorie « intervention élective mais urgente », et ne pouvait fixer une date ferme de chirurgie pour aucun d'entre eux.

Il semblait que seule une détérioration de l'état de santé du patient en question pouvait le faire passer en tête de liste. Il ne suffisait pas qu'il ait des douleurs constantes et qu'il soit incapable de travailler. Par contre, s'il était atteint de paralysie, il pourrait être admis en passant par la salle des urgences et serait opéré dans les jours suivants. Autrement, il n'y avait aucun moyen d'accélérer les choses sans priver de services un autre patient dont l'état était encore plus grave.

Malgré les importants investissements faits par tous les ordres de gouvernement dans le système de soins de santé ces dernières années, on a l'impression que les temps d'attente dans le cas de certains services continuent de s'allonger. Il semble d'ailleurs y avoir suffisamment de preuves empiriques du problème pour que les Canadiens se demandent de plus en plus s'ils pourront avoir accès aux soins quand ils en auront besoin. De nombreux témoins ont dit au Comité que les Canadiens doivent pouvoir être sûrs que leur système public de soins de santé leur donnera accès aux services au moment où ils en auront besoin. De toute évidence, un système vraiment axé sur le patient doit pouvoir fournir les soins nécessaires au moment voulu.

En Suède, le gouvernement a donné aux citoyens une « garantie de soins » leur assurant l'accès aux services de santé nécessaires. Cette garantie établit des délais d'attente maximums pour les tests diagnostiques (90 jours), pour certains genres d'interventions chirurgicales électives (90 jours) ainsi que pour les consultations avec des médecins de soins primaires (8 jours) et des spécialistes (90 jours). La Suède a également mis en place un système dans lequel les temps d'attente des interventions majeures sont affichés tous les jours sur un site Web. Les patients peuvent consulter ce site et choisir l'hôpital ayant les délais les plus courts, pourvu qu'ils soient disposés à voyager et à s'adresser au premier médecin qui serait libre.

---

<sup>74</sup> *Operating in the Dark*, p. 8.

En se fondant sur un examen de l'expérience suédoise, le rapport du conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé recommande de donner une garantie de soins de 90 jours pour certains services. Selon le conseil consultatif, cette garantie inciterait les fournisseurs de soins et les régies régionales de la santé à prendre les mesures nécessaires pour gérer et raccourcir les listes d'attente. Le rapport souligne qu'il pourrait être nécessaire à cette fin que les patients renoncent à leur préférence pour un médecin ou un hôpital particulier s'ils souhaitent être traités dans le délai de 90 jours. De plus, si les régies régionales de la santé sont incapables de dispenser le service dans cette période, elles auraient à envisager d'autres solutions, dont l'obtention du service d'une autre régie régionale. Le service pourrait alors être obtenu d'un fournisseur public ou privé.

Le Comité a appris que le manque actuel de renseignements précis sur les listes d'attente constitue un obstacle majeur à l'établissement d'une garantie de soins. En fait, il n'existe aucune donnée normalisée sur les listes d'attente au Canada. Le Comité a cependant entendu parler d'un projet pilote financé par Santé Canada (dans le cadre de son Fonds pour l'adaptation des services de santé) qui, selon beaucoup de témoins, permettrait une gestion efficace des listes d'attente dans le cas des services de santé électifs. Le projet pilote, qui porte le nom de *Western Canada Waiting List Project* ou projet WCWL, a permis de réaliser des progrès sensibles grâce à la création d'outils valides et fiables d'évaluation et de gestion des listes dans cinq secteurs cliniques spécialisés : la chirurgie de la cataracte, la chirurgie générale (y compris le cancer du sein, le cancer colorectal, la hernie inguinale et la cholécystectomie par laparoscopie), l'arthroplastie de la hanche et du genou, l'examen IRM et la santé mentale des enfants.

La liste d'attente normalisée établie par le WCWL se fonde sur une évaluation de l'urgence globale de l'état du patient (douleurs, souffrances), des résultats des examens cliniques (radiographies, comorbidité, psychopathologie) et des répercussions de la maladie sur la qualité de vie du patient. Les témoins ont dit au Comité que cette approche représente un moyen équitable et cohérent de classer les patients ayant besoin d'interventions électives. Tout en favorisant une meilleure utilisation des ressources du système, elle est axée sur le patient.

Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario applique une méthodologie semblable pour gérer l'accès à la chirurgie cardiaque dans la province. Le recours à de tels systèmes de classement des priorités peut entraîner une amélioration sensible du système de soins de santé, comme dans le cas des patients cardiaques de l'Ontario.

*Le Comité discerne deux grandes causes de l'allongement des listes d'attente. Il y a d'abord un problème de pénuries qui touche les ressources humaines de tous genres et de nombreux équipements diagnostiques. Ensuite, la façon dont on gère les listes d'attente laisse à désirer.*

Sur ce dernier point, le Comité estime qu'il faut prendre des mesures pour gérer plus efficacement les listes d'attente. Il verrait donc d'un œil favorable toute tentative visant à améliorer le système de manière que les patients dont les besoins sont le plus grands passent les premiers et que les temps d'attente soient ramenés au minimum.

Il importe cependant de se rendre compte qu'une meilleure gestion des listes d'attente ne suffira pas à elle seule à régler le problème des délais, car la principale cause du

problème est le manque de ressources, humaines, technologiques et matérielles, qui résulte des compressions budgétaires qui ont frappé le secteur de la santé depuis dix ans.

À partir du début des années 90, les fonds affectés à la formation de nombreuses catégories de personnel de la santé ont été supprimés pour réduire les dépenses de santé courantes et futures. D'une façon plus générale, les gouvernements ont effectué des compressions massives des dépenses de santé, surtout durant la première moitié de la décennie, avec le résultat que l'on constate aujourd'hui une grave pénurie de personnel et de matériel à un moment où les besoins en soins de santé augmentent.

Ces compressions des dépenses constituaient une solution intéressante à l'époque parce qu'elles étaient faciles à opérer dans la mesure où, jusqu'à maintenant, les gouvernements n'ont pas eu à assumer le « coût » de leurs décisions en la matière. Ce sont surtout les patients, par l'allongement des listes d'attente, et les professionnels de la santé, par la détérioration de leurs conditions de travail et de leur aptitude à dispenser des soins de qualité, qui en ont subi les conséquences.

Comme beaucoup de témoins, le Comité croit qu'il conviendrait de fixer et de rendre public un délai d'attente maximum pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai dépassé, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (aux États-Unis). Ce délai serait fixé par des organisations scientifiques sur la base de critères objectifs en fonction du moment où la santé d'un malade se détériorerait irréversiblement en l'absence de traitement.

***Le Comité croit qu'il conviendrait de fixer et de rendre public un délai d'attente maximum pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai dépassé, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger (aux États-Unis).***

Comme il incombe au gouvernement d'assurer une offre suffisante des services essentiels dispensés par les hôpitaux et les médecins, cette responsabilité lui donne l'obligation de satisfaire à des normes raisonnables de service au patient. C'est là l'essence d'un système axé sur le patient et du contrat implicite en matière de santé entre les Canadiens et leurs gouvernements<sup>75</sup>. En garantissant un délai d'attente maximum du genre décrit dans le principe vingt, le gouvernement satisferait à cette obligation. Si ce type de garantie était mise en œuvre, le gouvernement serait alors forcé d'assumer ses responsabilités quand des services nécessaires ne sont pas offerts à temps. L'allongement du temps d'attente ne serait plus sans conséquence pour le gouvernement puisqu'il serait forcé d'assumer les dépenses des patients traités ailleurs.

Le Comité pense que cette solution inciterait fortement les gouvernements à intervenir pour remédier aux temps d'attente qui dépassent les limites établies. Elle constituerait aussi un pas dans la voie menant au rétablissement du contrat implicite qui lie les citoyens et leur gouvernement. (On aborde la nature de ce contrat dans la section suivante.)

---

<sup>75</sup> Voir la section 2.5 ci-dessous.

Pour clore l'examen du principe vingt, il y a lieu d'observer que l'utilisation des services diagnostiques et hospitaliers des États-Unis pourrait constituer le moyen le plus économique d'assurer la garantie de soins. Pour respecter les délais d'attente maximums au Canada, le système de soins de santé devrait avoir une capacité excédentaire ou une certaine redondance pour affronter les périodes de pointe. Il faudra donc déterminer s'il est plus économique d'établir cette capacité excédentaire au Canada ou de l'acheter aux États-Unis si une garantie de soins est adoptée.

Le Comité admet qu'une garantie de soins ne peut être mise en œuvre et observée que si l'on arrive à un consensus sur la définition, l'estimation et la gestion des temps/listes d'attente. Pour nous, il est impératif d'adopter au Canada des temps d'attente maximaux pour les interventions majeures. C'est là le prochain problème crucial à régler.

La garantie de soins va coûter de l'argent, surtout si beaucoup de patients doivent être envoyés aux États-Unis pour y être soignés. Nous avons déjà conclu à la section 1.1 que le régime actuel de soins hospitaliers et de services dispensés par un médecin n'était pas viable financièrement, et la situation ne pourra que s'aggraver avec l'ajout des coûts de la garantie de soins. Le Comité considère néanmoins cette garantie comme un élément essentiel du contrat implicite entre les Canadiens et leurs gouvernements.

Comme il l'a dit dans les chapitres un et deux, le Comité sait qu'il faudra trouver de nouvelles sources de financement pour mettre en œuvre les changements qu'il propose. Il fera des propositions précises à cet égard dans son rapport d'octobre 2002.

## **2.5 Le contrat d'assurance-santé entre les Canadiens et leurs gouvernements**

Dans le volume quatre de son rapport, intitulé *Questions et options*, le Comité a appuyé les deux grands objectifs de politique publique du système canadien de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin :

- *assurer à tous les Canadiens l'accès à tous les services médicalement nécessaires sans égard à leur capacité de payer ces services;*
- *assurer qu'aucun Canadien ne subisse de tort financier excessif pour avoir été obligé de payer des factures de soins médicaux<sup>76</sup>.*

Ces objectifs sont atteints grâce à un «contrat» entre les Canadiens et leurs gouvernements – fédéral, provinciaux et territoriaux. Conformément à ce contrat, les Canadiens consentent à payer des impôts qui servent à financer un régime de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin, qui est universel, exhaustif, transférable et accessible. (L'universalité, l'exhaustivité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique sont les cinq principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*.) Étant financé par le gouvernement, le régime est dit public<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Volume quatre, p. 18.

<sup>77</sup> Dans un récent discours, l'honorable Monique Bégin, qui était ministre fédéral de la Santé au moment de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, a tenu à préciser que l'interprétation que fait la population du terme « gestion publique » est trompeuse, car au Canada, si le financement est effectivement le fait de l'État, la prestation

Le contrat impose aux gouvernements, qui agissent à titre d'assureurs, de répondre aux deux objectifs de politique précités. En particulier, il force ceux-ci (le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires) à donner accès aux Canadiens aux services assurés (services hospitaliers et services dispensés par un médecin) médicalement nécessaires au moment voulu.

Aujourd'hui, les Canadiens sont confrontés à un problème de plus en plus grave d'accès opportun à tous les services médicalement nécessaires. Le principe vingt est conçu pour résoudre ce problème en obligeant les gouvernements à respecter des normes raisonnables de service aux patients (clients) dans leur propre champ de compétence, ailleurs au Canada ou aux États-Unis, s'il le faut. L'obligation de répondre à des normes raisonnables de service aux patients constitue un élément essentiel du contrat entre les Canadiens et leurs gouvernements. Cela fait partie du marché.

Il serait également possible, pour amener les gouvernements à s'acquitter de leurs obligations, de recourir à une charte des droits du patient comme moyen de faire respecter des délais d'attente maximums. Une telle approche serait compatible avec les dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés en ce qu'elle permettrait de recourir aux tribunaux pour faire respecter le droit à un traitement en temps opportun. Elle a été appliquée avec un succès mitigé en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni (voir la section 7.5 du volume quatre de l'étude du Comité).

Le Comité préfère cependant l'approche plus simple et moins formaliste du principe vingt. En choisissant cette approche, nous reconnaissons, comme nous l'avons dit dans la section consacrée au principe vingt, que cela impose aux Canadiens d'accepter de payer pour un accès meilleur et plus rapide aux services. S'ils acceptent de payer, ils choisiraient ainsi implicitement la deuxième des trois options décrites à la fin de la section 1.1<sup>78</sup>.

Si, après un débat public, les Canadiens décident qu'ils ne sont pas disposés à payer davantage pour les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin, ou bien si l'assureur (le gouvernement) décide de ne pas donner la garantie de soins décrite dans le principe vingt, nous aboutirions à la première des trois options de la section 1.1<sup>79</sup>, c'est-à-dire au maintien du rationnement des services et à l'allongement des temps d'attente.

Dans cette situation, en l'absence d'un délai d'attente maximum garanti par l'assureur, il faut se poser la question suivante : les patients qui constatent que leur santé se

---

des services est privée dans la mesure où les médecins ne sont pas des fonctionnaires et où les hôpitaux relèvent d'un conseil d'administration et non d'un sous-ministre. La *Loi* porte que « la condition de gestion publique suppose que le régime provincial d'assurance-santé [hôpitaux et médecins] soit géré sans but lucratif par une autorité publique [...] responsable devant le gouvernement provincial [...] », *op. cit.*, p. 6.

<sup>78</sup> À la fin de la section 1.1, après avoir déterminé que le régime actuel n'est pas viable financièrement, le Comité propose trois solutions à la réflexion : (1) maintenir le rationnement des services de santé offerts par le régime public, soit en sélectionnant les services couverts et ceux qui ne le sont pas (donc en radiant certains services de la liste des services assurés), soit en laissant les listes d'attente s'allonger; (2) augmenter les recettes publiques, soit par une hausse directe des prélèvements fiscaux, soit par d'autres moyens comme la perception de cotisations d'assurance-santé, de manière que l'on puisse réduire voire éliminer le rationnement des services et raccourcir les listes d'attente; (3) permettre l'établissement d'un système privé parallèle offrant certains services de santé à ceux qui en ont les moyens, tout en conservant un système public pour tous les autres Canadiens.

<sup>79</sup> Voir la note précédente.

détériorer en attendant des soins médicalement nécessaires ont-ils le droit d'acheter de l'assurance-santé privée pour se prémunir contre une attente excessive et pour recevoir des traitements au Canada? Autrement dit, les personnes qui en ont les moyens doivent-elles avoir le droit d'acheter dans le privé une garantie de soins pour des services dispensés au Canada? (Les Canadiens ont déjà la possibilité d'acheter de l'assurance couvrant le coût de traitements administrés à l'étranger, et plus particulièrement aux États-Unis. De tels produits d'assurance sont actuellement disponibles au Canada.)

Même si le Comité espère que cette question ne se posera jamais parce que l'assureur s'acquittera de sa part du contrat de soins de santé en garantissant accès aux soins nécessaires en temps opportun, il faut admettre qu'on devra l'aborder si le principe vingt n'est pas pleinement appliqué. Si on répond à la question par l'affirmative, c'est qu'on opte pour la troisième solution présentée à la section 1.1<sup>80</sup>

## 2.6 Conclusion

Deux thèmes sous-tendent l'ensemble de principes que nous présentons dans ce chapitre. Le premier est le besoin de restructurer les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin pour en augmenter l'efficacité. Le second est la nécessité de mettre à la disposition du public des renseignements sur le système, ses coûts, ses temps d'attente, son rendement et ses résultats, afin d'augmenter la transparence et la responsabilisation des décideurs (financement et prestation des services).

Les deux thèmes sont conçus pour rétablir le contrat de soins de santé conclu entre les Canadiens et leurs gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. À cette fin, il faut, d'une part, que les Canadiens sachent où vont les fonds consacrés aux services de santé et pourquoi il en faut davantage pour assurer la pérennité du système. D'autre part, il faut que le gouvernement exploite le système d'une manière plus efficace qu'il ne le fait actuellement et qu'il améliore la prestation des services en vertu du contrat, notamment en fixant un plafond pour le délai d'attente de différentes interventions.

Ces thèmes résultent en partie d'une importante observation faite sur l'attitude des Canadiens à l'égard du système de soins de santé par Darrell Bricker et Edward Greenspon dans leur récent ouvrage *Searching for Certainty*<sup>81</sup>. Après avoir étudié de nombreux sondages d'opinion réalisés par Ipsos-Reid, Bricker et Greenspon concluent que les Canadiens n'appuieront pas l'idée de dépenses supplémentaires pour remédier aux lacunes du système de santé actuel tant qu'ils n'auront pas la preuve que le gouvernement honore ses engagements actuels dans le domaine de la santé. Autrement dit, les Canadiens doivent avoir le sentiment que le système actuel fonctionne relativement bien – il faut donc rétablir la confiance dans le système – avant d'accepter de financer un élargissement du régime.

Les deux thèmes, amélioration de l'efficacité et transparence et reddition de comptes accrues, sont conçus pour rétablir la confiance des Canadiens dans le système de soins de santé. C'est seulement lorsque les vingt principes énoncés dans le présent chapitre seront mis en œuvre que l'on pourra penser à élargir la couverture des services de santé publics. Le Comité

---

<sup>80</sup> Voir la note 78.

<sup>81</sup> *Searching for Certainty, Inside the New Canadian Mindset*, Darrell Bricker et Edward Greenspon, Doubleday Canada, 2002.



estime que cette expansion doit se faire non pas en créant de nouveaux programmes universels, mais en remédiant aux lacunes actuelles, en particulier en ce qui concerne la pharmacothérapie et les soins à domicile.

La nécessité de remédier à ces lacunes est clairement illustrée par le fait que les hôpitaux et les médecins comptent maintenant pour 46 % seulement des dépenses totales de santé<sup>82</sup>. Contrairement aux idées reçues et, malheureusement, à bien des argumentations politiques, le Canada n'a pas de système national de soins de santé, mais un système national de soins hospitaliers et de soins dispensés par un médecin qui justifie de moins de la moitié des dépenses de santé totales.

Compte tenu des objectifs de la politique de santé énoncés au début de la section 2.5, l'expression «tous les services médicalement nécessaires» doit s'appliquer à tout l'éventail des services de soins de santé et pas seulement aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin. Cela exige donc un élargissement de la couverture pour combler les lacunes du système actuel.

Le Comité croit qu'une restructuration du système public de soins de santé du Canada pour en améliorer l'efficacité est nécessaire afin d'assurer sa pérennité. Nous estimons que l'expérience d'autres pays en matière de marchés internes de soins de santé peut nous être utile pour déterminer les éléments de la restructuration. Nous croyons que la restructuration des soins de santé au Canada doit se fonder sur la mise au point d'un ensemble de mesures incitatives pouvant amener tous les participants à modifier leur comportement d'une façon qui profite au système dans son ensemble et aux patients en particulier. Notre liste de vingt principes vise cet objectif.

Par exemple, l'application du principe sept<sup>83</sup> inciterait le gouvernement à réfléchir soigneusement aux conséquences, pour les soins, des changements apportés au financement des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Une fois que les Canadiens seront en mesure de faire le lien entre le montant d'un budget, d'une part, et le niveau de service et le nombre d'interventions correspondants, de l'autre, ils pourront mieux juger du bien-fondé du budget de la santé et engager une discussion éclairée avec leur gouvernement pour lui dire s'ils sont disposés à payer davantage d'impôts (ou de primes d'assurance-santé) pour obtenir un meilleur niveau de service. Pour le moment, une telle discussion est impossible, parce que les Canadiens n'ont pas l'information nécessaire pour se faire une idée de ce que représente un budget donné en termes de services.

De même, le principe huit<sup>84</sup> inciterait les établissements à fonctionner plus efficacement en les mettant en concurrence l'un contre l'autre. Il pourrait être nécessaire d'établir un ensemble donné de mesures incitatives visant les gestionnaires des établissements (et peut-être même aussi les administrateurs) et un autre à l'intention des fournisseurs de soins auxquels

---

<sup>82</sup> ICIS, décembre 2001.

<sup>83</sup> Principe sept - Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

<sup>84</sup> Principe huit - La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.

ils ont recours. Nous ferons un examen plus approfondi de ces questions dans notre rapport d'octobre 2002.

Le principe onze<sup>85</sup> devrait entraîner un changement de comportement parmi les fournisseurs de soins primaires qui améliorera l'efficacité du secteur des soins primaires. En fait, l'expérience permet de croire que lorsque les fournisseurs et les établissements ont la responsabilité de décider des dépenses de soins de santé, ils ont tendance à administrer le bon traitement de la manière la plus économique.

Enfin, le principe dix-huit<sup>86</sup> devrait inciter les patients à faire un usage efficace du système de soins de santé. Ce principe pourrait, par exemple, aboutir à l'imposition de frais supplémentaires aux patients qui choisissent de se faire soigner par des fournisseurs ne faisant pas partie de leur équipe de soins primaires.

Pour toutes ces mesures incitatives, nous avons absolument besoin de renseignements exacts et actuels. Conformément au principe quinze, un système de dossiers de santé électroniques reliant tous les fournisseurs de soins mettrait à la disposition du fournisseur compétent les bons renseignements au bon moment et permettrait une meilleure répartition des ressources au profit des patients.

Comme nous l'avons dit dans l'introduction de la présente section et comme nous venons de l'illustrer, la nécessité de fournir plus d'information au public s'inscrit en filigrane dans l'ensemble des vingt principes. Cette information est nécessaire pour trois raisons :

- Premièrement, il faudrait rendre plus transparents les processus de décision relatifs à la répartition des ressources, surtout des ressources financières mais aussi des ressources humaines.
- Deuxièmement, il faudrait renforcer la responsabilisation des personnes, des établissements et des gouvernements qui prennent les décisions au sujet de la nature et du volume des services couverts par l'assurance-santé publique.
- Troisièmement – et c'est probablement la raison la plus importante –, il faudrait que le débat public cesse d'être axé sur les dollars pour être plutôt centré sur les services et les niveaux de service. Les Canadiens ont le droit de discuter entre eux pour déterminer s'ils sont disposés à payer davantage en contrepartie d'un meilleur niveau de service. Les Canadiens ont le droit de comprendre le lien entre les niveaux de financement et les niveaux de service. En modifiant la nature du débat public sur les soins de santé, on aura franchi un pas important en vue de gagner l'appui du public à la restructuration du régime public de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin. Cela permettra de rétablir la confiance de la population dans le système et, à

---

<sup>85</sup> Principe onze - Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.

<sup>86</sup> Principe dix-huit - Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation au premier contact avec le système de soins de santé et n'ont pas pour effet de décourager le patient d'obtenir le traitement que recommandent les professionnels de la santé.

partir de là, de combler les lacunes qui demeurent dans le système public d'assurance-santé.

Il importe aussi d'améliorer la reddition de comptes dans l'ensemble du système. Selon le principe treize, l'introduction d'un « marché interne » dans le système public de soins de santé renforcerait la responsabilisation aussi bien des fournisseurs et des établissements de soins que des gouvernements.

Le principe vingt – la garantie de soins – forcerait le gouvernement à assumer ses responsabilités concernant l'offre en temps opportun des traitements nécessaires associées à son contrat de santé avec les Canadiens.

Le Comité a élaboré ces vingt principes en se basant sur le fait que les Canadiens veulent que chacun ait un accès équitable aux soins en fonction de ses besoins et non de son revenu. De plus, conformément à notre vision axée sur le patient (principe dix-sept), notre liste de principes est conçue pour apaiser les principales préoccupations des Canadiens à l'égard de la qualité (principe seize) et de l'opportunité des services de santé (principe vingt).

Il importe de souligner que l'ensemble de principes que le Comité énumère dans le présent chapitre forme un tout. Si l'un des principes est écarté, la mise en œuvre d'autres principes pourrait devenir impossible.

On en trouve un exemple clair dans la relation entre le premier (source unique de financement) et le dernier (garantie de soins). Si le gouvernement refuse de donner une garantie concernant les délais d'attente (ou si les Canadiens ne souhaitent pas payer les montants supplémentaires nécessaires pour concrétiser la garantie de soins), il faut alors se demander s'il convient de permettre aux gens d'acheter de l'assurance privée pour pouvoir accéder à des soins.

Toutefois, en permettant aux gens d'acheter une assurance privée pour payer des services médicalement nécessaires après l'expiration du délai d'attente prédéfini, on irait à l'encontre du principe un, qui concerne une source unique de financement ou d'assurance des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin.

Le Comité ne préconise pas l'introduction de l'assurance privée. Il préfère de loin que tous les principes qu'il propose soient acceptés et appliqués. Il faut cependant se rendre compte que si l'ensemble de principes n'est pas accepté comme un tout, le rejet d'un seul peut fort bien compromettre les autres. En l'occurrence, le rejet du principe vingt pourrait aussi entraîner le rejet du principe un.

Le Comité est tout à fait conscient que cet ensemble de principes sera examiné à la loupe. Cela est tout à fait compréhensible dans le domaine de la politique publique aussi chargé de valeurs que la santé. En fait, il est probable que chaque lecteur du présent rapport appuiera son propre sous-ensemble particulier de principes.

Nous demandons cependant au lecteur de comprendre qu'aucune réforme majeure d'un grand système ne saurait être parfaite, surtout si le système est aussi complexe et s'il touche aussi profondément chacun d'entre nous que le système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Il n'existe pas de solution parfaite. Chaque intervenant devra se montrer disposé à accepter un compromis pour que la réforme joue à l'avantage de tous

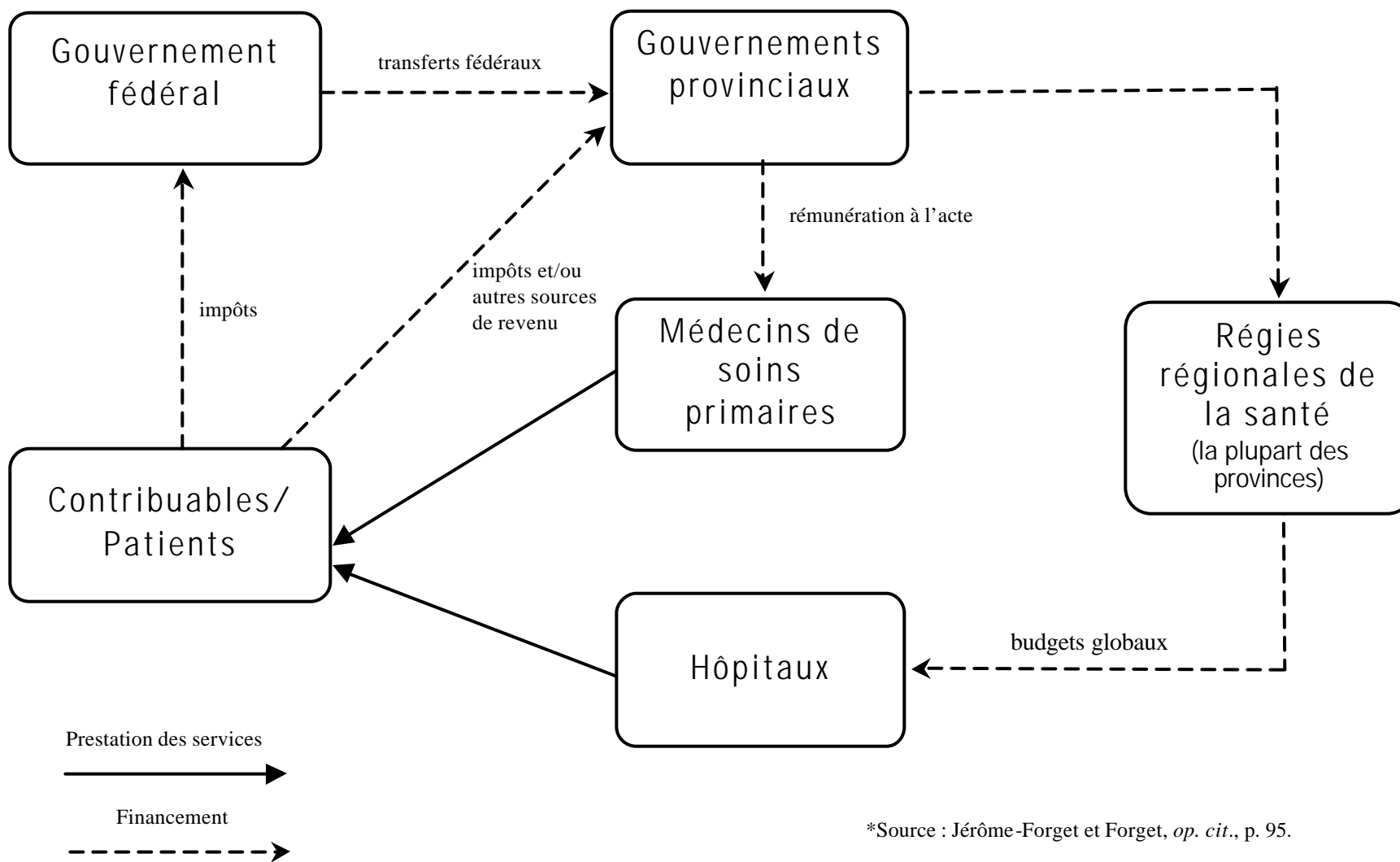
les Canadiens, et les réformes devront être adaptées aux circonstances particulières des différentes régions du pays.

En insistant sur la perfection ou en cherchant à exaucer les vœux de chacun, on courrait inévitablement à l'échec. De même, la réforme n'ira nulle part si les gens insistent pour régler tous les problèmes relatifs aux soins de santé avant de faire progresser le système des services hospitaliers et des services dispensés par un médecin. Ces tendances, ainsi qu'une insistance excessive sur des intérêts personnels de la part de ceux qui travaillent dans le système, expliquent l'échec des réformes tentées dans le passé.

Conscients du danger, nous avons travaillé fort pour élaborer un ensemble de principes que nous croyons pragmatique, idéologiquement centriste et pratique et qui devrait entraîner des améliorations très sensibles des secteurs des hôpitaux et des médecins dans le système de soins de santé. Nous croyons qu'une réforme menée à un rythme régulier constitue le seul moyen de restructurer et de renouveler le système canadien de soins de santé.

Nous espérons que les intervenants du secteur examineront ces principes du même point de vue pragmatique et que tout le monde sera prêt à consentir quelques sacrifices pour atteindre l'objectif commun : un système de soins de santé financièrement viable dont les Canadiens puissent être vraiment fiers.

Figure 1  
Structure actuelle du système public  
d'assurance-santé \*



\*Source : Jérôme-Forget et Forget, *op. cit.*, p. 95.

Figure 2  
*Première étape de la réforme – Les hôpitaux sont rémunérés en fonction des services dispensés*

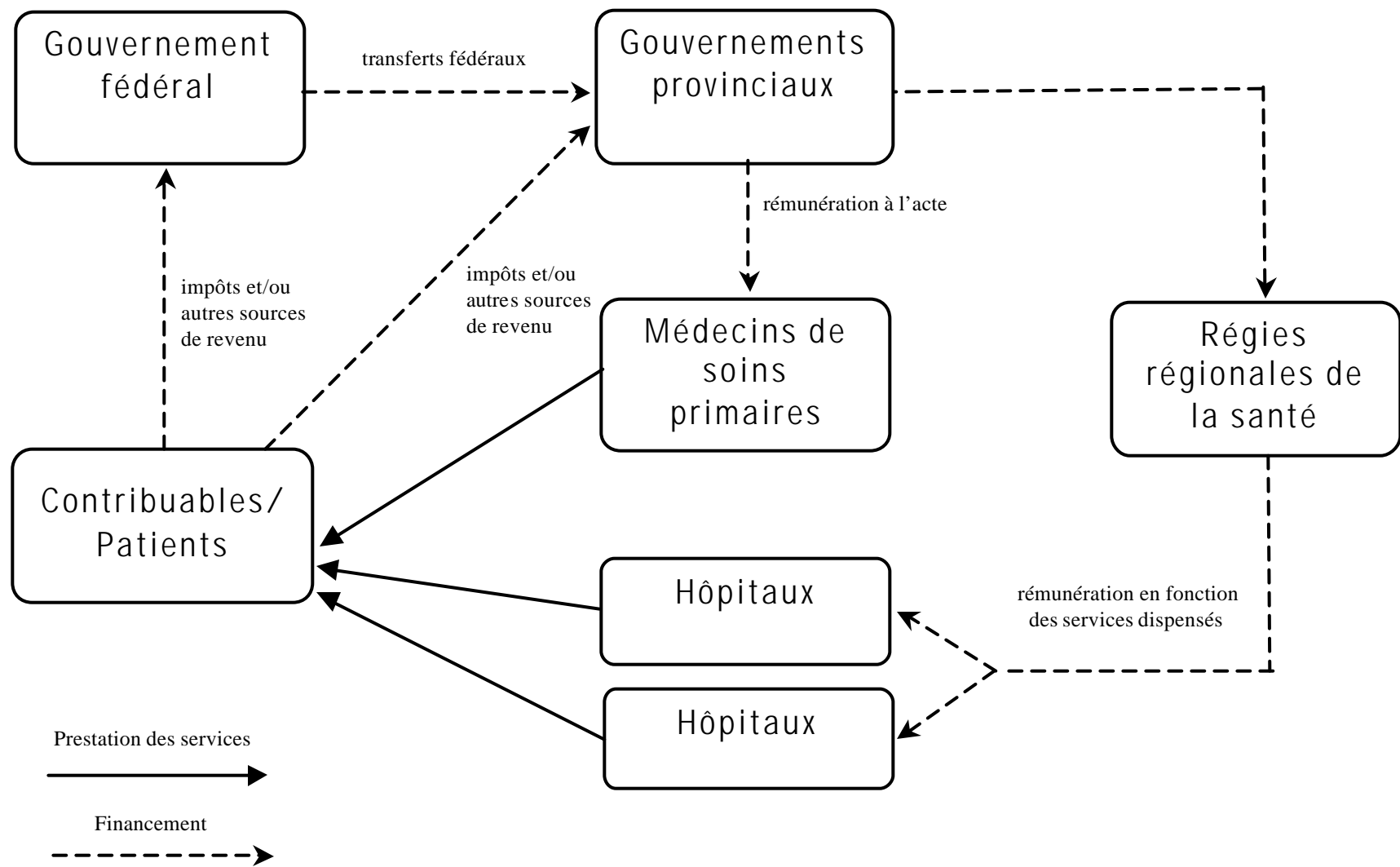
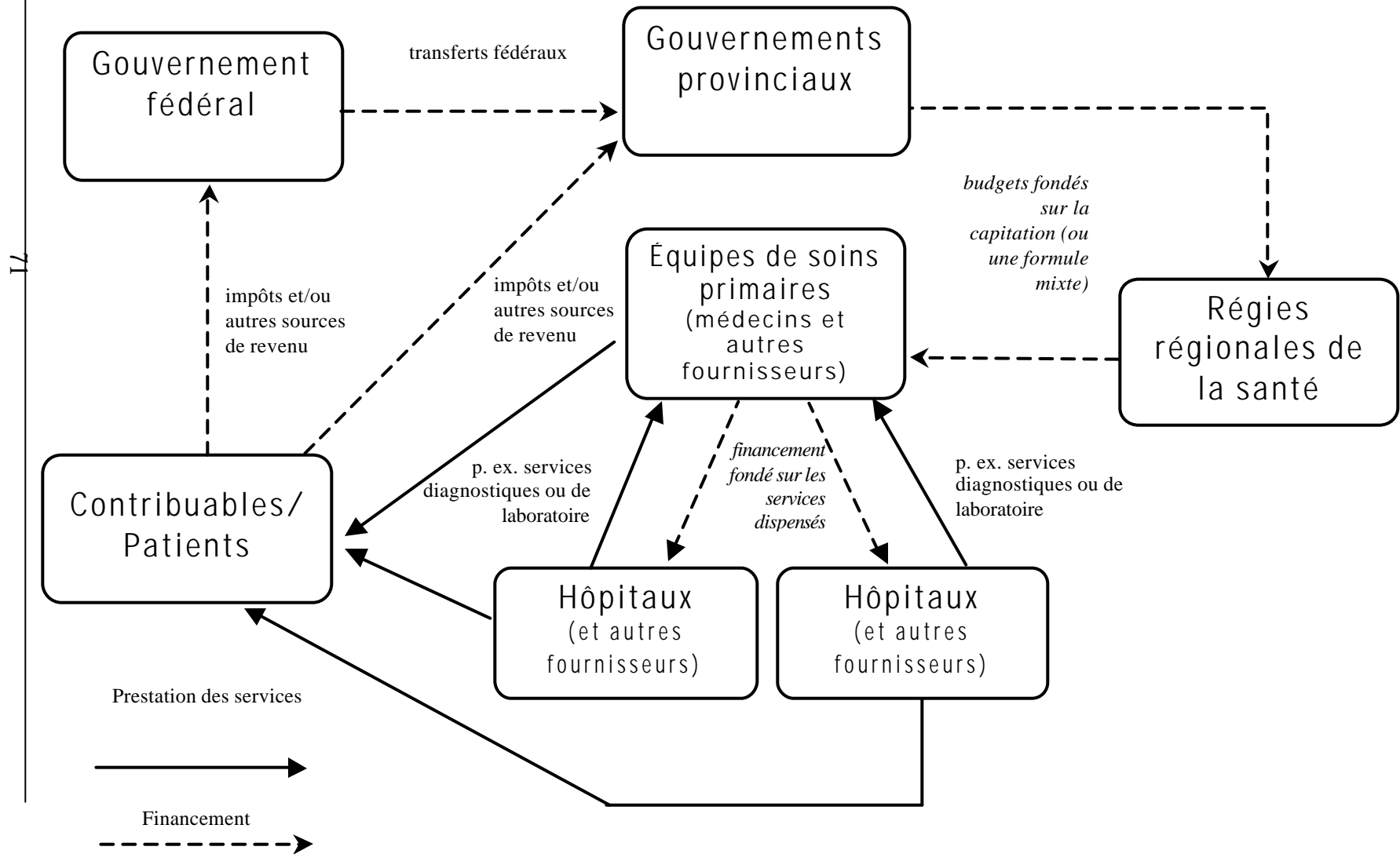


Figure 3  
Deuxième étape de la réforme – Les équipes de soins primaires achètent des services pour le compte de leurs clients







## CHAPITRE TROIS

### FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

---

Par technologies de la santé, on entend « l'ensemble des techniques, des médicaments, des équipements et des procédures utilisés par les professionnels de la santé dans la prestation de soins médicaux à des personnes, et [de] systèmes dans le cadre desquels ces soins sont donnés<sup>87</sup> ». Bien que cette définition englobe les médicaments, nous en ferons abstraction dans le présent chapitre pour nous concentrer sur les technologies dites « dures ». Nous aborderons la question des médicaments dans le volume six (à paraître en octobre 2002).

Personne ne conteste que les technologies de la santé constituent un élément important de la prestation des services de santé dans les pays avancés. En effet, elles contribuent à améliorer la rapidité et l'exactitude des diagnostics, à soigner la maladie, à allonger la survie, à soulager la douleur, à faciliter la réadaptation et à préserver l'indépendance. À titre d'exemple, Medical Devices Canada (MEDEC) déclarait dans un mémoire au Comité :

*Les appareils et technologies modernes ont non seulement amélioré les résultats pour les malades, mais, par l'emploi de techniques moins intrusives, ils ont aussi permis de raccourcir les séjours à l'hôpital et, par voie de conséquence, de rendre le système de santé plus rentable<sup>88</sup>.*

Durant les audiences du Comité, on s'est longuement interrogé sur la disponibilité, le financement et l'évaluation des technologies de la santé, courantes et nouvelles. Le Comité estime essentiel d'examiner ces questions de près de manière à optimiser les avantages de ces technologies pour la population, tout en faisant en sorte que le système de soins de santé demeure abordable.

**Le Comité estime essentiel d'examiner de près les questions entourant la disponibilité, le financement et l'évaluation des technologies de la santé de manière à en optimiser les avantages pour la population, tout en faisant en sorte que le système de soins de santé demeure abordable.**

#### 3.1 Disponibilité des technologies de la santé

Les technologies de la santé ont beau revêtir une grande importance pour la prestation de services de santé de qualité, force est de constater que le Canada est proportionnellement bien mal nanti sur ce plan compte tenu de ses dépenses de santé. Dans le rapport de la phase deux de son étude, le Comité a montré que, si le Canada est au cinquième rang parmi les pays de l'OCDE au chapitre des dépenses de santé (en pourcentage du PIB), il se trouve en revanche dans le tiers inférieur pour ce qui est de la disponibilité des technologies de la santé. Il est par exemple au 21<sup>e</sup> rang (sur 28) pour ce qui est de l'accès à un tomodensitomètre,

---

<sup>87</sup> David Feeny, *La création, l'évaluation et l'application des technologies de la santé au Canada*, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001, p. 4.

<sup>88</sup> Medical Devices Canada, *The Role of Medical Devices and Technologies in the Canadian Health Care System*, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 4.

au 19<sup>e</sup> rang (sur 22) pour l'accès à un lithotriporteur et 19<sup>e</sup> (sur 27) pour l'accès à l'IRM. Il n'est en bonne place qu'au chapitre de l'accès aux appareils de radiologie (6<sup>e</sup> sur 17)<sup>89</sup>.

Les chiffres montrent par ailleurs que l'écart se creuse. Par exemple, le déficit du Canada au niveau de l'accès à l'IRM s'est aggravé entre 1986 et 1995 par rapport aux pays de l'OCDE mieux classés, notamment l'Australie, la France, les Pays-Bas et les États-Unis.<sup>90</sup>

***Les technologies de la santé ont beau revêtir une grande importance pour la prestation de services de santé de qualité, force est de constater que le Canada est proportionnellement bien mal nanti sur ce plan compte tenu de ses dépenses de santé. Les chiffres montrent par ailleurs que l'écart se creuse.***

L'accès n'est pas la seule difficulté au chapitre des technologies de la santé. Le « vieillissement » des appareils aussi pose problème. Par exemple, d'après les informations qui ont été fournies au Comité, entre 30 et 63 % de la technologie d'imagerie que l'on utilise actuellement au Canada est désuète tant sur le plan de l'âge des machines que sur celui de leur efficacité relative, en ce qui concerne notamment la qualité de l'image ou la dose de radiation nécessaire.<sup>91</sup>

On ne sait pas exactement pourquoi le Canada ne se dote pas des technologies de la santé au même rythme que les autres pays de l'OCDE, ni pourquoi il n'a pas de programme régulier de remplacement du matériel désuet. Cependant, deux facteurs pourraient expliquer cet état de choses. D'abord, le Canada importe la majeure partie des technologies en question, ce qui n'est pas le cas, par exemple, de l'Allemagne, de la France et des États-Unis, qui disposent d'une importante industrie de technologies de la santé. Ce « déficit » pourrait être imputable en partie au fait que le gouvernement intervient peu pour stimuler le développement de cette industrie au Canada. Ensuite, les difficultés budgétaires auxquelles ont dû faire face tous les ordres de gouvernement durant l'ensemble des années 90 ont réduit considérablement l'investissement dans les biens d'équipement du secteur de la santé.

À l'instar de nombreux témoins, le Comité craint que la pénurie d'appareils et l'utilisation d'appareils désuets nuisent à l'établissement d'un diagnostic exact et à la qualité des traitements. Comme on le précise dans le rapport de la phase deux, la situation risque non seulement d'affecter la santé des malades, mais elle suscite aussi des préoccupations quant à la responsabilité des professionnels de la santé.<sup>92</sup>

Le Comité craint en outre que le déficit sur le plan des technologies de la santé n'ait pour effet de limiter l'accès à des soins nécessaires et d'allonger les périodes d'attente. À notre avis, et dans l'esprit du principe 20 énoncé au chapitre 2, le système public de soins de santé doit garantir à la population un diagnostic et un traitement en temps opportun.

<sup>89</sup> Les données portent sur 1997. Voir Volume Deux, p. 40.

<sup>90</sup> Volume Deux, p. 40.

<sup>91</sup> Volume Deux, p. 41

<sup>92</sup> Volume Deux, pp. 41-42.

Dans l'ensemble, le Comité est convaincu que les technologies de la santé sont la clé qui permettra d'offrir aux Canadiens un niveau optimal de soins de santé de qualité. En améliorant l'accès aux technologies nouvelles et en remplaçant les appareils désuets de façon avisée, on contribuera à réduire l'attente et à offrir à tous des diagnostics et des traitements de qualité en temps opportun. Au demeurant, la prestation de services plus rapides et plus efficaces pourrait avoir un effet bénéfique sur les coûts du système de soins de santé en général.

***Le Comité craint que la pénurie de technologies de la santé et l'utilisation d'appareils désuets n'empêche d'offrir un traitement de qualité et ne limite l'accès à des soins médicaux nécessaires. En améliorant l'accès aux technologies nouvelles et en remplaçant les appareils désuets de façon avisée, on contribuera à réduire l'attente et à offrir à tous diagnostics et traitements de qualité en temps opportun.***

### **3.2 Financement de l'acquisition et de la mise à niveau des technologies de la santé**

Comme on l'a déjà fait remarquer, beaucoup de témoins ont signalé la faiblesse des dépenses d'équipement dans le système de soins de santé du Canada, imputable en partie aux contraintes budgétaires avec lesquelles étaient aux prises tous les ordres de gouvernement dans les années 90. Pour les témoins, vu le déficit actuel en technologies de la santé, une sérieuse réévaluation de la manière dont on acquiert et finance ce type d'équipement s'impose. Par ailleurs, beaucoup de témoins ont affirmé que le vieillissement de la population et l'augmentation des attentes allaient grandement influencer sur les besoins futurs en technologies de la santé. En conséquence, ils recommandent, outre un accroissement des dépenses publiques, l'établissement de projections des besoins futurs en la matière et l'élaboration d'un programme d'investissement.

***Il faut établir des projections des besoins futurs en la matière et élaborer un programme d'investissement.***

Le gouvernement fédéral est intervenu récemment pour remédier au déficit de technologies de la santé. Il a annoncé en septembre 2000 son intention d'investir un milliard de dollars en deux ans (2000-2001 et 2001-2002) pour aider les provinces et les territoires à se procurer des appareils médicaux neufs. Les fonds en question ont été débloqués dès l'adoption de la loi en octobre 2000, ce qui a permis aux gouvernements provinciaux et territoriaux de procéder sans tarder à l'achat d'appareils diagnostiques et cliniques.

Les témoins se sont dits heureux de cette initiative, mais demeurent préoccupés. Premièrement, certaines provinces ne se sont pas encore servies, peut-être parce que le gouvernement fédéral exige qu'elles fournissent une subvention de contrepartie, ce qui peut présenter des difficultés pour certaines. Deuxièmement, l'exploitation de ces machines entraîne d'autres dépenses, qui peuvent être difficiles à assumer même pour les provinces qui ont les

moyens de s'équiper<sup>93</sup>. D'après des estimations fournies au Comité, l'investissement d'un milliard de dollars en équipements neufs exigerait 700 millions de dollars de plus pour couvrir les frais d'exploitation de ce matériel<sup>94</sup>. Troisièmement, cet investissement ne règle en rien le problème de la mise à niveau des vieilles machines. On estime à un milliard de dollars la somme nécessaire à la mise à niveau des équipements actuels<sup>95</sup>. Quatrièmement, même les nouvelles sommes investies dernièrement ne porteront pas le Canada à un niveau comparable à celui des autres pays de l'OCDE. Cinquièmement, le Comité a entendu dire qu'il n'existe apparemment pas de mécanisme permettant de savoir exactement ce que les provinces et les territoires font des sommes qui leur ont été accordées pour acheter des équipements neufs.

À l'instar des témoins, le Comité voit dans l'injection de fonds fédéraux additionnels un pas important et souhaité vers l'acquisition des technologies de la santé nécessaires. Nous estimons cependant que cela ne suffit pas. Ce type de financement, quand il est offert, devrait être structuré de manière à être plus attrayant pour les provinces et les territoires. Nous pensons aussi que le gouvernement fédéral doit s'assurer que les fonds neufs destinés aux technologies de la santé servent effectivement à l'achat de machines dont on se serait autrement passé, et non à subventionner des dépenses déjà prévues.

***Le Comité voit dans l'injection de fonds fédéraux additionnels un pas important et bienvenu vers l'acquisition de technologies de la santé nécessaires. Nous estimons cependant que cela ne suffit pas.***

***[...]***

***Par ailleurs, le Comité s'inquiète de l'absence d'un mécanisme permettant de s'assurer que les provinces et les territoires affectent bien les fonds fédéraux aux fins prévues.***

Par ailleurs, le Comité s'inquiète de l'absence d'un mécanisme permettant de s'assurer que les provinces et les territoires affectent réellement les fonds fédéraux aux fins prévues. Pour cette raison, dans l'esprit du principe trois énoncé au chapitre deux, nous pensons nécessaire d'instituer un mécanisme efficace de reddition de comptes quant à l'usage fait des fonds fédéraux. En conséquence, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral mette sur pied un programme à long terme destiné à aider les provinces et les territoires à se procurer et à exploiter les technologies de la santé, et que ce programme soit assorti de mécanismes par lesquels les provinces et les territoires bénéficiaires rendront compte de l'utilisation des fonds fédéraux réservés à cette fin.**

<sup>93</sup> Par ailleurs, des pénuries de personnel spécialisé empêchent parfois d'exploiter pleinement le matériel dont on dispose et la formation des techniciens aussi entraîne des coûts. Ces questions sont étudiées plus en détail au chapitre six.

<sup>94</sup> Association canadienne des radiologistes, *L'accès à des soins de santé de qualité – Un droit pour les Canadiens, une obligation de nos gouvernements*, mémoire présenté au Comité en mars 2001, p. 3.

<sup>95</sup> Ibid.

Enfin, le Comité est d'avis que, avant de se lancer dans l'achat de nouveaux appareils, il importe d'en vérifier l'efficacité et la rentabilité. Nous traiterons de cette question plus en détail ci-dessous.

### **3.3 Évaluation des technologies de la santé**

Durant la phase deux de son étude, le Comité a appris que l'évaluation des technologies de la santé (ETS) fournit des informations sur la sûreté de ces technologies, leur efficacité clinique et leur rentabilité. Cette évaluation prend aussi en considération les aspects sociaux, juridiques et éthiques du recours aux technologies de la santé établies ou nouvelles. Dans un mémoire soumis au Comité, on explique ce qui suit :

*L'évaluation des technologies de la santé porte sur les technologies médicales (appareils, machines, procédures et médicaments) et leur utilisation. Il s'agit de synthétiser les recherches sur les technologies médicales pour en faire ensuite une analyse critique. Processus multidisciplinaire, l'évaluation peut porter sur des analyses de la sûreté, de l'efficacité et de l'efficience de la technologie et de la qualité de vie des malades et de l'utilisation de la technologie. L'évaluation peut aussi porter sur d'autres facteurs comme les répercussions économiques, éthiques et sociales de la technologie étudiée et sur ses effets secondaires, qui peuvent être fortuits, indirects et à retardement<sup>96</sup>.*

L'ETS peut aider à décider s'il faut se procurer une technologie nouvelle ou remplacer celle qu'on possède déjà. Plus important encore, elle contribue à maints égards à améliorer la qualité des soins médicaux : elle permet de s'assurer de l'efficacité des technologies, de veiller à ce qu'elles soient utilisées à bon escient et de voir à ce qu'on utilise la technologie la moins coûteuse pour obtenir le résultat souhaité.

Ces dernières années, le gouvernement fédéral et les provinces ont appuyé la création de divers organismes chargés de l'évaluation des nouvelles technologies. Le premier organisme provincial de ce genre, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, a été créé en 1988. Au niveau national, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) a ouvert ses portes en 1989. En Colombie-Britannique, l'Office of Health Technology Assessment a vu le jour en 1990. Le service d'évaluation des technologies de la santé de la Heritage Foundation for Medical Research de l'Alberta a été institué en 1996. Des organismes d'étude de la consommation des services de santé, qui effectuent certaines activités d'ETS, ont été établis au Manitoba, en Ontario et en Saskatchewan. L'OCCETS joue trois grands rôles : il coordonne toutes les activités d'ETS exercées par les diverses instances; il s'efforce de réduire les doubles emplois entre les activités des organisations nationales, provinciales ou territoriales; et il mène ses propres activités d'ETS.

On a dit au Comité que, malgré l'existence de ces organismes, on ne s'intéressait pas suffisamment à l'ETS au Canada. Le Canada consacre moins d'argent à l'ETS que bien d'autres pays avec lesquels il devrait pourtant être sur un pied d'égalité. Par exemple, on investit au Canada moins de 8 millions de dollars annuellement dans l'ETS, tous ordres de gouvernement confondus (4,3 millions environ pour l'OCCETS et approximativement

---

<sup>96</sup> Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001, p. 2.

3 millions de dollars pour les organismes provinciaux), comparativement aux quelque 100 millions de dollars que le Royaume-Uni consacre à son National Institute for Clinical Evidence (NICE). Il arrive donc souvent que l'on mette sur le marché au Canada des technologies de la santé dont on ne connaît pas encore très bien la sûreté, l'efficacité et le coût.

Martin Zelder, directeur de la recherche sur la politique sanitaire au Fraser Institute, a proposé que le Canada se serve des résultats de l'ETS réalisée à l'étranger<sup>97</sup>, mais d'autres témoins ont fait valoir qu'on ne pouvait pas transposer directement les résultats de recherches effectuées ailleurs en raison des différences, d'un pays à l'autre, au chapitre de la composition démographique de la population, de la morbidité, des coûts des ressources en santé et de la pratique médicale. Bien que l'OCCETS et ses homologues des autres pays se communiquent l'information dont ils disposent, les généralisations ont des limites :

*L'efficacité et l'efficience de la technologie peuvent ou non être généralisées, et il est certain que les coûts ne le peuvent pas. Une analyse coût-avantage effectuée aux États-Unis ne peut s'appliquer telle quelle au Canada. Les coûts sur lesquels l'analyse s'appuie tiennent compte de prix relatifs différents de ceux en vigueur au Canada<sup>98</sup>.*

Le Comité a été saisi d'une autre lacune importante, à savoir que l'information générée par les activités d'ETS se rendait difficilement jusqu'aux fournisseurs et aux administrateurs des soins de santé. Toute amélioration à ce chapitre permettrait à coup sûr d'améliorer la qualité de la prestation des soins médicaux et de formuler une politique de santé plus judicieuse.

Dans l'ensemble, le Comité convient avec les témoins de l'importance critique de l'évaluation des technologies de la santé et de l'opportunité de prévoir davantage d'ETS au moment de l'adoption de technologies nouvelles ou du remplacement des appareils médicaux. Nous convenons aussi de l'importance de mieux diffuser les résultats de l'ETS en raison des progrès rapides des technologies de la santé. Le Comité estime que, dans le contexte du financement de la recherche innovatrice en santé, le gouvernement fédéral devrait consacrer davantage de fonds à l'évaluation des technologies de la santé courantes et nouvelles. En conséquence, le Comité recommande :

***Dans l'ensemble, le Comité convient avec les témoins de l'importance critique de l'évaluation des technologies de la santé et de l'opportunité de prévoir davantage d'ETS au moment de l'adoption de technologies nouvelles ou du remplacement des appareils médicaux. Nous convenons aussi de l'importance de mieux diffuser les résultats de l'ETS en raison des progrès rapides des technologies de la santé.***

**Que le gouvernement fédéral accroisse le montant des fonds destinés à l'OCCETS et aux autres organismes d'évaluation des technologies de la santé.**

<sup>97</sup> Martin Zelder, *Evidence on Canada's Medical Technology Gap*, mémoire présenté au Comité le 29 mars 2001.

<sup>98</sup> Délibérations du Comité, 2<sup>e</sup> session, 37<sup>e</sup> législature, 29 mars 2001 (17 h 20).

**Que ces fonds additionnels servent à accroître l'ETS au Canada et à améliorer la diffusion et la promotion des résultats de l'ETS auprès des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé.**

Enfin, le Comité a appris qu'il existait très peu d'information sur la part précise des technologies dans les coûts de la santé. On manque en effet de données fiables pour établir le rapport entre la technologie et la progression des dépenses de santé. Dans la plupart des études, on se contente d'imputer aux technologies la part des dépenses de santé qui n'est pas attribuable à des facteurs plus faciles à identifier.

Ainsi, nous ne savons pas vraiment ce que coûtent les technologies de la santé au Canada, ni l'effet de celles-ci sur la santé et la qualité de vie de la population. Il est impossible de savoir si les coûts des technologies de la santé viennent s'ajouter carrément aux dépenses de santé, ou s'ils sont dans une certaine mesure compensés par des réductions concomitantes des coûts des traitements. Tous les témoins entendus ont souligné la nécessité d'effectuer des recherches à ce sujet.

Le Comité constate le manque de renseignements pertinents et à jour sur les coûts et les répercussions du recours aux technologies de la santé, et estime qu'il serait avantageux pour l'ensemble du système de soins de santé de faire davantage de recherches à ce sujet. En conséquence, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral accorde des sommes additionnelles aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé pour soutenir la recherche sur les répercussions potentielles des technologies de la santé sur les coûts du système de soins de santé.**





## CHAPITRE QUATRE

### CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE

---

Le secteur de la santé est fortement axé sur l'information. Grâce à une « bonne information », le fournisseur de soins de santé peut ordonner le bon traitement, prescrire le médicament approprié ou recommander la meilleure approche préventive possible. Toute personne qui possède les renseignements dont elle a besoin est mieux en mesure de prendre de bonnes décisions en matière de santé et de style de vie. S'ils possèdent la bonne information, les gestionnaires et les décideurs en matière de soins de santé peuvent établir la façon la plus rentable et la plus efficace de répartir les ressources financières, matérielles et humaines.

Au Canada, à l'heure actuelle, il arrive souvent que l'on ne puisse pas obtenir facilement l'information nécessaire à la prestation, à la gestion et à l'utilisation des soins de santé. Au cours des audiences de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le système de soins de santé du Canada ne fait pas autant appel aux technologies modernes de l'information et des communications que d'autres secteurs axés sur l'information. Selon certains témoins, l'utilisation accrue de ces technologies permettrait d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'échange des « bons renseignements ». Cela faciliterait considérablement la prise de décisions fondées sur des données probantes par les fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires et les décideurs en matière de soins de santé de même que par les patients.

Le terme « télésanté » est souvent utilisé pour décrire le recours aux technologies de l'information et des communications dans le domaine de la santé. Comme il en a été question dans le volume deux de l'étude du Comité, les applications suivantes de la télésanté comptent parmi les options envisagées au Canada pour accroître l'échange d'une « bonne information » et améliorer la qualité des soins de santé :

- Un système de dossiers de santé électroniques (DSE). Le système de DSE est un système automatisé alimenté par les fournisseurs de soins de santé. Il fait partie d'un réseau électronique qui donne accès au dossier de santé complet du patient, où sont inscrits entre autres les visites chez le médecin, les séjours à l'hôpital, les médicaments prescrits, les analyses de laboratoire, etc.
- La télémédecine et les télésoins à domicile. Ces applications de la télésanté rendent possible la prestation de soins de santé à grande et à courte distance.
- Un réseau d'information sur la santé accessible par Internet. Ce réseau a pour but d'aider les personnes à prendre des décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé et leur bien-être ainsi qu'au système et à la politique de soins de santé<sup>99</sup>.

La télésanté est à la base de ce que de nombreux Canadiens appellent « l'infrastructure de la santé ». À l'heure actuelle, tous les ordres de gouvernement procèdent à la mise en œuvre de diverses composantes de cette infrastructure. Ces initiatives en sont cependant à des étapes d'élaboration différentes. En outre, elles sont dispersées au sein des organismes, des

---

<sup>99</sup> Volume deux, p. 106 à 108.

établissements et des provinces et « il s'agit d'un ensemble de projets disparates, dont la valeur augmenterait énormément s'ils étaient rassemblés en un tout cohérent »<sup>100</sup>. Le défi consiste à intégrer toutes ces infrastructures dans un système d'information exhaustif et uniforme. Pour ce faire, il est évident que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent collaborer et que le Canada doit d'abord adopter un système de dossiers de santé électroniques.

#### **4.1 Etablissement d'un système de dossiers de santé électroniques**

La création d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) représente sans contredit la première étape d'un processus de collecte de renseignements sur la santé qui permettra de prendre des décisions fondées sur des données probantes dans l'ensemble du système de soins de santé :

*En disposant d'une information précise et opportune sur les déterminants de la santé et les résultats des décisions antérieures, les fournisseurs de soins de santé pourront prendre des décisions éclairées dans l'intérêt de leurs patients. Une meilleure compréhension des répercussions sur la santé et des coûts des décisions antérieures permettra aux décideurs et aux gestionnaires de prendre des décisions fondées sur les résultats, décisions nécessaires pour maintenir la poussée des réformes et appuyer le système de santé. Une information plus juste en matière de santé permettra au grand public de participer davantage aux débats en matière de politique de santé et de responsabiliser le système de santé. En leur qualité de consommateurs, les Canadiens et les Canadiennes pourront rechercher en connaissance de cause les fournisseurs de soins de santé et les services pouvant répondre à leurs besoins<sup>101</sup>.*

Tout système de DSE possède l'importante caractéristique suivante : il permet aux fournisseurs de soins de santé, où qu'ils se trouvent, d'accéder au besoin à des renseignements sur les patients, grâce à l'interconnexion de bases de données interopérables qui respectent les normes nécessaires en matière de technique et de données. Le Comité est d'avis qu'un système de DSE offre d'énormes possibilités pour réaliser l'intégration des divers éléments du système de soins de santé du Canada, actuellement cloisonné. Selon nous, le manque d'intégration actuel gêne l'établissement d'un lien direct entre les intrants et les extrants ou résultats du système de soins de santé. Cette situation constitue un obstacle de taille à la prise de décisions fondées sur les résultats en matière de santé et de soins de santé.

**Le Comité est d'avis qu'un système de DSE offre d'énormes possibilités pour réaliser l'intégration des divers éléments du système de soins de santé du Canada, actuellement cloisonné. Selon nous, le manque d'intégration actuel gêne l'établissement d'un lien direct entre les intrants et les extrants ou résultats du système de soins de santé.**

Lors des audiences du Comité, de nombreux témoins ont indiqué que le système de DSE constitue la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et

<sup>100</sup> Rapport de la Conférence nationale sur l'infrastructure de la santé, février 1998, p. 19.

<sup>101</sup> Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Connexions pour une meilleure santé : questions stratégiques*, Rapport intérimaire, septembre 1998, p. 2.

judicieux, capable d'améliorer à la fois la qualité et la responsabilisation. Selon eux, les DSE sont essentiels à un système de soins de santé vraiment axé sur le patient. Le rapport de la commission Fyke, en Saskatchewan, va dans le même sens :

*Le système de dossiers de santé électroniques constitue la pierre angulaire d'un système de prestation de soins de santé efficient et judicieux permettant d'améliorer la qualité et la responsabilisation. En son absence, les perspectives d'un système de soins de santé efficient et axé sur le patient et les perspectives d'un travail d'équipe optimal sont minces<sup>102</sup>.*

Outre la commission Fyke, d'autres commissions provinciales sur les soins de santé ont endossé la création d'un système de DSE, notamment la Commission de restructuration des services de santé en Ontario, la commission Clair au Québec et le rapport Mazankowski en Alberta<sup>103</sup>.

Tous les ordres de gouvernement canadiens ont reconnu l'importance d'élaborer un système de DSE. D'ailleurs, le 11 septembre 2000, les premiers ministres des provinces se sont entendus pour collaborer à la création d'un tel système au cours des trois années suivantes et à l'élaboration de normes communes applicables aux données afin d'assurer la compatibilité et l'interopérabilité des réseaux provinciaux d'information sur la santé, et de garantir la protection rigoureuse des renseignements personnels sur la santé.

Pour appuyer l'entente conclue entre les premiers ministres, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 500 millions de dollars en 2000-2001 pour accélérer l'implantation de technologies de l'information modernes au sein du système de soins de santé. Le Comité a appris que cette somme d'argent a été investie dans une entreprise à but non lucratif connue sous le nom d'Inforoute Santé du Canada Inc. (ou Inforoute), qui travaillera en collaboration avec les provinces et les territoires à l'élaboration des composantes de base nécessaires au système de DSE au cours des trois à cinq prochaines années. Inforoute a actuellement deux projets en marche :

- D'abord, elle a créé un répertoire national permettant de consigner les initiatives organisationnelles, régionales, provinciales et nationales liées à l'élaboration des DSE.
- Ensuite, de concert avec l'ICIS et d'autres intéressés, elle procède à l'élaboration de normes coordonnées et uniformes en matière de collecte et d'échange d'informations dans le domaine pharmaceutique<sup>104</sup>.

---

<sup>102</sup> Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé (présidée par Kenneth Fyke), *Caring for Medicare – Sustaining a Quality System*, avril 2001, p. 68.

<sup>103</sup> Commission de restructuration des services de santé (présidée par Duncan Sinclair), *Stratégie pour la réforme des soins primaires : conseils et recommandations présentés à l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé*, gouvernement de l'Ontario, décembre 1999; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (présidée par Michel Clair), *Les Solutions émergentes – Rapport et recommandations*, janvier 2001; Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé (présidé par le très honorable Don Mazankowski), *A Framework for Reform*, rapport au Premier ministre de l'Alberta, décembre 2001.

<sup>104</sup> Selon le site Web d'Inforoute, à l'adresse <http://www.canadahealthinfoway.ca/>.

Le Comité est d'avis que les travaux d'Inforoute constituent une première étape importante vers l'intégration complète des diverses infostructures de la santé. Nous nous réjouissons de cette volonté de collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, qui devrait favoriser l'élaboration d'un modèle unique de DSE. À notre avis, le système public de soins de santé du Canada et la population canadienne tireront des avantages considérables d'un système de DSE pourvu que celui-ci ait une portée nationale. À cette fin, le Canada doit agir comme chef de file et fournir les ressources nécessaires. Le Comité recommande donc :

**À notre avis, le système public de soins de santé du Canada et la population canadienne tireront des avantages considérables d'un système de DSE pourvu que celui-ci ait une portée nationale. À cette fin, le Canada doit agir comme chef de file et fournir les ressources nécessaires.**

**Que, au terme de la période de trois à cinq ans, le gouvernement fédéral accorde du financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.**

Le Comité reconnaît que la population éprouve une certaine appréhension à propos de l'informatisation et de la mise en réseau des dossiers personnels de santé, plus particulièrement en ce qui a trait à la nature des renseignements recueillis et à la façon dont ils sont rassemblés, stockés et utilisés. À l'instar du Comité consultatif sur l'infostructure de la santé, nous croyons qu'il faut établir des lignes directrices régissant la collecte, le stockage et l'utilisation des renseignements afin d'assurer l'intégration harmonieuse des infostructures. Le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec toutes les parties impliquées dans l'informatisation des dossiers de santé, établisse des normes et des règles applicables à la collecte, au stockage et à l'utilisation des renseignements.**

L'avantage le plus important lié à l'élaboration d'un système de DSE pancanadien est peut-être que ce système permettra de disposer de données fondées sur des résultats probants, lesquelles serviront à évaluer la qualité des soins, l'efficacité du système de soins de santé et la satisfaction des patients. Les DSE rendront également possible l'évaluation des résultats de diverses interventions. Cela favorisera l'imputabilité et la transparence du processus décisionnel en matière de prestation et de politique de soins de santé, en plus de permettre l'amélioration de la qualité des soins.

#### **4.2 Évaluation de la qualité, de l'efficacité et des résultats : la nécessité de mener une évaluation indépendante**

Le Comité est persuadé qu'un investissement à long terme dans les technologies de l'information et des communications, notamment un système de DSE, permettra de recueillir

des renseignements plus pertinents et plus opportuns sur l'accès aux soins, la qualité de leur prestation, l'efficacité du système de soins et ses résultats pour le patient. Comme l'ont fait valoir certains témoins, nous croyons que les gouvernements devraient financer la création d'un système de DSE et l'élaboration d'une infostructure de la santé à portée plus large et d'envergure nationale.

En outre, nous reconnaissons les inquiétudes exprimées par de nombreux témoins qui croient que les gouvernements doivent financer le système de DSE sans toutefois être chargés d'évaluer les données sur la santé, la qualité des soins et les résultats. Selon ces témoins, la collecte et l'évaluation des renseignements sur la santé sont actuellement effectuées par ceux qui financent et assurent la prestation des soins de santé, à savoir les gouvernements. Les résultats ne font l'objet d'aucune évaluation indépendante et il n'existe pas de vérification externe de l'impact des diverses interventions sur les patients.

Cette inquiétude a également été soulevée dans les rapports récemment publiés par des commissions provinciales sur les soins de santé. Voici notamment ce que mentionnait à ce sujet le Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé :

*Le suivi et le contrôle des résultats et la publication périodique de rapports destinés au public sont essentiels pour améliorer la qualité des soins de santé. Cependant, s'ils évaluent eux-mêmes les résultats, les gouvernements et les autorités sanitaires peuvent se retrouver en situation de conflit d'intérêts<sup>105</sup>.*

Le conseil consultatif a recommandé la création d'une commission permanente chargée des résultats, qui assurerait le suivi et l'évaluation des résultats et rendrait compte régulièrement à la population.

De même, la commission Fyke en Saskatchewan a recommandé la création d'un « conseil de la qualité », organe indépendant du gouvernement et fondé sur l'expérience clinique. Ce conseil aurait notamment pour mandat de faire régulièrement rapport à l'assemblée législative provinciale et à la population sur un éventail de questions, notamment les tendances notées dans l'état de santé de la population, les coûts et avantages des interventions en soins de santé, les pratiques et les erreurs cliniques, l'évaluation des technologies, de l'équipement et des médicaments. Le rapport Fyke précisait que :

*[...] le conseil de la qualité pourrait permettre de dépolitiser les décisions, trouver des solutions créatives à des problèmes de longue date, débarrasser la population de la tyrannie de l'information anecdotique et des renseignements erronés au sujet de l'état du système de soins de santé, et révéler les aspects du système qui présentent un rendement optimal et ceux qui ne le font pas<sup>106</sup>.*

En d'autres termes, ces commissions provinciales ont proposé que le rôle d'évaluation du système de soins de santé soit dissocié du rôle lié au financement et à la prestation des soins. Cette proposition a également été formulée dans un rapport publié récemment :

---

<sup>105</sup> Conseil consultatif du Premier ministre de l'Alberta sur la santé, p. 68.

<sup>106</sup> Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé, p. 81.

[...] le fait de séparer les fonctions – assurance, prestation des services et évaluation de la qualité des soins – actuellement remplies par les gouvernements dans le système de soins de santé [...] favorisera la collecte de renseignements et leur diffusion à grande échelle, permettra à la population de rendre les fournisseurs de soins responsables en ne faisant plus appel à ceux dont les délais ou les résultats de traitements sont inacceptables, et permettra aux gouvernements d'appliquer une norme ou un contrôle réglementaire plus rigoureux<sup>107</sup>.

Le Comité estime qu'il est essentiel de procéder à l'évaluation de notre système de prestation de soins de santé afin de fournir des soins fondés sur l'expérience clinique et répondant aux besoins des patients. Nous sommes tout à fait d'accord avec les témoins et les commissions provinciales qui font valoir que les rôles de financement et de prestation doivent être dissociés du rôle d'évaluation afin de permettre une évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.

**Le Comité estime qu'il est essentiel de procéder à l'évaluation de notre système de prestation de soins de santé afin de fournir des soins fondés sur l'expérience clinique et répondant aux besoins des patients. Nous sommes tout à fait d'accord avec les témoins et les commissions provinciales qui font valoir que les rôles de financement et de prestation doivent être dissociés du rôle d'évaluation afin de permettre l'évaluation indépendante de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé.**

De plus, comme le précise le principe seize (chapitre deux), le Comité est d'avis que l'évaluation indépendante doit être menée à l'échelle nationale (et non fédérale). Une telle approche permettrait une mise en commun des compétences et donnerait donc lieu à l'optimisation des ressources humaines limitées que compte actuellement le Canada, ce qui se traduirait par d'importantes économies d'échelle. De plus, les petites provinces, qui autrement ne seraient pas en mesure de maintenir un système de surveillance et d'évaluation réellement efficace, tireraient manifestement profit d'un processus d'évaluation à portée nationale.

Selon le Comité, ce processus national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé devrait s'articuler autour des organismes nationaux qui sont actuellement chargés de réaliser des évaluations indépendantes du système. Ainsi, le processus d'évaluation devrait comporter trois volets :

- D'abord, on devrait renforcer le rôle de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Outre ses responsabilités en matière de santé publique, l'ICIS devrait se voir confier la tâche de produire des rapports (publics ou confidentiels) sur la performance

**Selon le Comité, ce processus national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé devrait s'articuler autour des organismes nationaux qui sont actuellement chargés de réaliser des évaluations indépendantes du système.**

<sup>107</sup> Dr David Zitner et Brian Lee Crowley, *Public Health, Private Secret*, rapport de recherche, Atlantic Institute for Market Studies, janvier 2002, p. ix.

de toutes les régions et de tous les organismes fournisseurs.

- Ensuite, le Conseil canadien d'agrément des services de santé devrait formuler régulièrement des recommandations sur la façon de combler les lacunes qu'il aurait relevées dans les établissements de soins de santé. Facultatif à l'heure actuelle, on devrait rendre cet examen obligatoire.
- Enfin, le conseil de citoyens sur la qualité des soins de santé devrait contribuer à l'élaboration de normes et de politiques régissant l'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé<sup>108</sup>.

L'étendue des pouvoirs confiés à chaque organisme devrait être précisée. Ces organismes devraient-ils s'appuyer exclusivement sur la pression publique et la persuasion ou devraient-ils être en mesure de forcer les fournisseurs ne respectant pas les normes de qualité établies à apporter les changements nécessaires? Quel que soit le mandat de chacun de ces organismes nationaux d'évaluation, il est clair que de nombreuses questions de compétences doivent être réglées. Toutefois, le Comité fait, comme premier pas, la recommandation suivante :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, entreprenne la mise sur pied d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé. Ce système devra : 1) s'appuyer sur les compétences et les organismes actuels; 2) être indépendant des gouvernements; 3) bénéficier d'un financement public approprié. Le gouvernement fédéral devra accorder un financement substantiel à cette initiative fort importante.**

### **4.3 Favoriser la responsabilisation**

De nombreux témoins ont reconnu que l'élaboration d'un système de DSE visant à recueillir et à interpréter des données sur l'efficacité du système de soins de santé et des traitements rendra le financement et la prestation des soins de santé plus transparents. En outre, un système de DSE uniforme facilitera le suivi et la surveillance de l'utilisation des fonds destinés aux services de santé publics. En bout de ligne, le système favorisera l'imputabilité (ou responsabilisation) de l'ensemble du système.

Mais qu'entend-on exactement par « responsabilisation »? De l'avis du Comité, la responsabilisation se définit comme l'obligation de faire la preuve et d'assurer la responsabilité d'un rendement par rapport à des objectifs établis. Comme nous l'avons mentionné dans le volume quatre de notre étude, les gouvernements peuvent rendre des comptes de deux manières. D'abord, le gouvernement fédéral rend compte aux Canadiens de ses politiques et programmes en ce qui concerne la santé (la reddition de comptes publics). Ensuite, les gouvernements

---

<sup>108</sup> La création d'un conseil de citoyens sur la qualité des soins de santé a été annoncée dans le cadre du discours du Trône de janvier 2001. Le gouvernement fédéral s'est alors engagé à travailler de concert avec les provinces et les territoires pour mettre sur pied un conseil qui veillera à ce que le point de vue de la population soit pris en compte pour concevoir des indicateurs de rendement significatifs.

provinciaux et territoriaux rendent compte au gouvernement fédéral de l'utilisation qu'ils font des paiements de transfert fédéraux (reddition de comptes de gouvernement à gouvernement)<sup>109</sup>.

La signature, en février 1999, de l'Entente-cadre sur l'union sociale par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exception du Québec) a marqué un pas important vers une plus grande reddition de comptes au public<sup>110</sup>. En vertu de cette entente, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à accroître leur transparence et leur imputabilité envers la population canadienne en ce qui a trait à l'efficacité de leurs politiques sociales (y compris la politique en matière de soins de santé), pour permettre aux Canadiens d'évaluer le rendement des programmes sociaux. Selon l'Entente-cadre, chaque gouvernement s'engage donc plus précisément :

- à suivre de près ses programmes sociaux, à en mesurer le rendement et à publier des rapports réguliers pour informer le public du rendement obtenu;
- à partager des informations sur les pratiques exemplaires adoptées pour mesurer les résultats, et à travailler de concert avec les autres gouvernements pour mettre au point, à terme, des indicateurs comparables permettant de mesurer les progrès accomplis en regard des objectifs convenus;
- à reconnaître et à expliquer publiquement les contributions et les rôles respectifs des gouvernements<sup>111</sup>.

En plus de reconnaître la nécessité d'accroître leur imputabilité envers le public, les gouvernements signataires de l'Entente-cadre se sont engagés à « utiliser les transferts intergouvernementaux aux fins prévues et [à] faire bénéficier [leurs] résidents de toute augmentation »<sup>112</sup>. De l'avis du Comité, la collecte de renseignements sur l'utilisation qui est faite des fonds publics améliorera considérablement la reddition de comptes de gouvernement à gouvernement.

À l'heure actuelle, les provinces et les territoires ne sont pas tenus de rendre compte de l'utilisation des paiements de transfert fédéraux qu'ils reçoivent en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). L'actuel mécanisme d'imputabilité de gouvernement à gouvernement respecte les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Aux termes de cette loi, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent présenter volontairement un rapport annuel décrivant la façon dont leur régime d'assurance-santé respectif adhère aux principes de la Loi. Cette information sert à rédiger le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*.

***De l'avis du Comité, la collecte de renseignements sur l'utilisation qui est faite des fonds publics améliorera considérablement la reddition de comptes de gouvernement à gouvernement.***

<sup>109</sup> Volume quatre, p. 104.

<sup>110</sup> *Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*, Entente entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le 4 février 1999.

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

<sup>112</sup> *Ibid.*



En outre, l'Entente-cadre permet d'accroître la transparence et l'imputabilité envers le public en ce qui a trait aux différends visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Pour ce qui est de la transparence, l'entente prévoit un mécanisme de prévention et de règlement des différends qui « devrait être simple, rapide, efficient, efficace et transparent »<sup>113</sup>. En ce qui concerne la reddition de comptes publics, l'entente précise que « les gouvernements rendront compte publiquement chaque année de la nature des différends intergouvernementaux et de la façon dont ils ont été résolus »<sup>114</sup>.

Un tel mécanisme de règlement des différends applicable à la *Loi canadienne sur la santé* n'a pas encore été établi. Lors de leur rencontre de janvier 2002, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants territoriaux ont demandé au Premier ministre Klein de piloter ce dossier auprès du gouvernement fédéral afin d'établir, d'ici au 30 avril 2002, un mécanisme de règlement des différends relatif à la *Loi canadienne sur la santé*. Le Comité espère que ce mécanisme sera bientôt en place et qu'il permettra de donner plus de transparence et d'imputabilité aux processus d'interprétation et d'application de la Loi. Cette amélioration constituerait, selon nous, un pas important vers le renouvellement et la réorganisation des soins de santé au Canada.

#### **4.4 Confidentialité et protection des renseignements personnels**

Le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé dans le contexte d'un système de DSE, ainsi que dans le cadre plus large d'une infrastructure nationale de la santé, ont probablement constitué la question la plus délicate soulevée lors des audiences du Comité sur le sujet. Bien que ces termes soient parfois utilisés comme synonymes, ils renvoient à des notions totalement différentes :

- Le *caractère privé des renseignements personnels* concerne le droit des personnes d'être maîtres de l'information qui touche leur santé, qu'il s'agisse de sa collecte, de son utilisation ou de sa divulgation.
- La *confidentialité* a trait à l'obligation des fournisseurs de soins de santé de protéger l'information qui concerne la santé de leurs patients, de la garder secrète et de ne pas l'utiliser ou la divulguer à mauvais escient.
- La *sécurité* touche l'ensemble des normes entourant les systèmes d'information qui protègent l'accès au système et l'information qu'il contient.

En somme, le caractère privé de l'information a pour corollaire l'obligation de respecter son caractère confidentiel et d'assurer sa sécurité. La protection de la vie privée au Canada est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. À l'heure actuelle, le cadre juridique de la protection de la vie privée est une mosaïque de lois, politiques, règlements et codes de pratique volontaires. On a dit au Comité que le premier pas à faire consiste à faire admettre la nécessité d'harmoniser les lois et règlements au Canada de telle sorte que la vie privée des Canadiens en matière de santé soit protégée de façon raisonnable et uniforme.

Le Comité a été heureux d'apprendre que tous les secteurs de compétence se penchent actuellement sur une résolution visant à harmoniser les lois dans ce domaine et que

---

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> *Ibid.*

l'on s'attend à ce qu'un accord soit bientôt conclu en ce sens. Nous accordons tout notre appui à Inforoute pour qu'elle favorise l'adoption d'une prise de position commune sur le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels dans le contexte de l'implantation d'un système de DSE pancanadien.

De plus, le Comité reconnaît que la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, promulguée en juin 2000, a soulevé un débat animé et une étude approfondie de la question au cours des deux dernières années. Nous sommes heureux de constater que plusieurs organismes du domaine de la santé ont sérieusement examiné une bonne partie des préoccupations qu'a suscitées la Loi, notamment la nécessité de protéger les renseignements personnels sur la santé tout en permettant une utilisation restreinte de ces renseignements à des fins essentielles, comme la gestion des soins de santé – y compris la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé – et la recherche en santé.

Comme d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande priorité à la protection des renseignements personnels sur la santé. Bien que la protection des renseignements personnels revête à juste titre une très grande importance, il faut reconnaître les risques que présente le refus sommaire de

***Comme d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande priorité à la protection des renseignements personnels sur la santé. Bien que la protection des renseignements personnels revête à juste titre une très grande importance, il faut reconnaître les risques que présente le refus sommaire de l'accès à ces renseignements en raison des menaces que perçoit le public pour la vie privée et la confidentialité.***

l'accès à ces renseignements en raison des menaces que perçoit le public pour la vie privée et la confidentialité. Cela dit, le Comité estime que, si les Canadiens accordent un accès restreint à leurs renseignements personnels à des fins essentielles, notamment pour la recherche en santé et la gestion des soins de santé, il est impératif que ces renseignements bénéficient d'une protection appropriée. Nos principales observations et recommandations en matière de protection des renseignements personnels figurent à la section 5.7.4 du chapitre cinq.

#### **4.5 Investir dans la télésanté dans les régions rurales et éloignées**

Les applications de la télésanté peuvent non seulement améliorer l'échange d'information entre les divers fournisseurs de soins de santé et établissements, mais elles permettent également d'assurer des soins à grande distance. La télémédecine est une application de la télésanté qui peut améliorer grandement la qualité et l'opportunité des soins, particulièrement dans les régions rurales et éloignées du Canada.

Comme le dit le Comité dans le rapport de la phase deux de son étude, jusqu'à 30 % de la population du Canada vit dans des régions rurales, des régions éloignées ou dans le Nord<sup>115</sup>. L'accessibilité aux soins de santé est l'un des quatre principes de la *Loi canadienne sur la santé* qui privilégient le patient. Or, les Canadiens des régions rurales se plaignent de plus en plus des écarts qui existent entre les services offerts aux régions urbaines et ceux que l'on trouve dans les régions rurales et éloignées.

<sup>115</sup> Volume deux, p. 137.

Le gouvernement fédéral a répondu aux préoccupations des Canadiens des régions rurales de plusieurs manières. Par exemple, il a créé en septembre 1998 le Bureau de la santé rurale afin de veiller à ce que l'on prenne mieux en compte les vues et les préoccupations des Canadiens des régions rurales aux fins de l'établissement de la politique nationale de santé et les stratégies de renouvellement du système de soins de santé. En février 1999, il a annoncé qu'il investirait 50 millions de dollars sur trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002) afin de soutenir des projets pilotes relevant des « Innovations en santé rurale et communautaire ».

En juin 2000, le gouvernement fédéral a annoncé le lancement de sa Stratégie nationale en santé rurale, qu'il considère comme une étape importante dans le processus visant à donner à tous les Canadiens un accès fiable à des soins de santé de qualité. Puis, en juillet 2001, il a annoncé la création du Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale, qui doit conseiller le ministre de la Santé sur la façon dont le gouvernement fédéral peut améliorer la santé des communautés et des citoyens du milieu rural.

Selon le Comité, la télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral. En matière de santé rurale, la télémédecine offre les avantages suivants : elle permet de remédier à la pénurie de fournisseurs de soins de santé en milieu rural et de compléter la formation médicale; elle améliore l'infrastructure de santé rurale; elle permet le respect du principe d'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé; et elle assure un développement plus équitable des systèmes d'information sur la santé partout au pays. Le Comité recommande donc :

***Selon le Comité, la télémédecine est une composante importante de la politique de santé rurale du gouvernement fédéral.***

**Que le gouvernement fédéral maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et qu'il investisse dans des applications de la télésanté qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé dans les régions rurales ou éloignées.**

Vu les besoins uniques des communautés rurales et éloignées en matière de santé et de soins de santé, le Comité a décidé de tenir des audiences sur cette question particulière et de publier au cours de l'année un rapport thématique contenant des recommandations détaillées.

#### **4.6 Investir dans les télésoins à domicile**

On considère que la technologie liée à diverses applications de la télésanté est essentielle à la prestation en temps opportun de télésoins à domicile de qualité. Les télésoins à domicile offrent de nombreux avantages :

- réduction du nombre de consultations inutiles en salle d'urgence;
- réduction du nombre de consultations sans rendez-vous au cabinet des médecins de soins primaires;
- intervention précoce et prévention de séjours répétés à l'hôpital;

- conseils au patient sur la gestion des symptômes avant-coureurs, permettant ainsi d'éviter l'apparition d'un état pathologique aigu;
- collecte d'information sur les fluctuations des données relatives aux signes vitaux sur une période de 24 heures, volet important du diagnostic différentiel et de la prévention précoce<sup>116</sup>.

Des témoins ont fait valoir que les télésoins à domicile ne remplacent pas les services de santé déjà offerts. Ils viennent plutôt compléter et consolider le système de soins de santé en permettant la prestation d'un continuum de soins axés sur les besoins des patients.

Comme le Comité l'a mentionné dans le rapport de la phase deux de son étude, il est déjà possible de brancher par ligne téléphonique l'équipement de surveillance à domicile à un établissement local de soins de santé<sup>117</sup>. D'autres innovations sont sur le point de se concrétiser. En fait, les applications des télésoins à domicile sont nombreuses : mentionnons, entre autres, la télémédecine comportant des consultations médicales, des diagnostics et la réadaptation du patient à domicile, l'échange d'information entre fournisseurs de soins de santé et patients à domicile, la télésurveillance de patients recevant des traitements cardiaques, d'oncologie ou d'hémodialyse ou de personnes âgées ayant besoin d'aide à domicile.

Selon le Bureau de la santé et l'inforoute (Santé Canada), les télésoins à domicile n'en sont encore qu'à leurs débuts au Canada. Dans le cadre de plusieurs programmes, on utilise actuellement diverses applications telles qu'une ligne d'information téléphonique dotée d'un logiciel de diagnostic à haut rendement, ou un appareil de surveillance à distance pouvant transmettre des données sur les signes vitaux par voie téléphonique. Les programmes qui existent dans ce domaine au Canada servent surtout à faire un suivi et une consultation à distance après une visite à l'hôpital, ou encore à remplacer une visite. D'importants organismes de soins à domicile utilisent les technologies de l'information et des communications pour permettre la transmission de données administratives ou de gestion de cas par le personnel qualifié d'un point de service à des bases de données centrales ou des réseaux communautaires d'information sur la santé<sup>118</sup>.

De nombreux témoins ont souligné la nécessité d'élaborer une stratégie nationale de soins à domicile qui accordera une place importante aux télésoins. Une fois élaborée une vision claire, il faudra mettre sur pied des activités de télésoins à domicile de portée nationale. Selon certains, le succès d'une telle initiative ne sera assuré que si le gouvernement fédéral y joue un rôle prépondérant et si toutes les parties intéressées se regroupent pour agir immédiatement. Le Comité formulera ses recommandations finales sur les télésoins à domicile dans son rapport thématique sur les soins à domicile.

#### **4.7 Investir dans un réseau d'information sur la santé accessible par internet**

Un réseau d'information sur la santé accessible par Internet est un système qui permet aux personnes de prendre des décisions éclairées sur leur santé, leur bien-être, les soins

<sup>116</sup> Bureau de la santé et l'inforoute, *Les télésoins à domicile : aperçu*, document de discussion, Santé Canada, mai 1998, p. 3.

<sup>117</sup> Volume deux, p. 107.

<sup>118</sup> Consulter le site Web, à l'adresse [http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/tele/hmcare_f.html).

de santé dont elles ont besoin et les politiques de santé. L'information sur la santé accessible au public par Internet pourrait comprendre par exemple : 1) des renseignements généraux sur la santé (promotion de la santé et prévention des maladies); 2) des renseignements sur les traitements et les médicaments disponibles de même que sur la gestion de la maladie (p. ex., tension artérielle, diabète ou obésité); 3) de l'information sur les questions de santé publique (p. ex., qualité de l'air, de l'eau et des aliments); 4) de l'information sur les effets des déterminants de la santé; 5) les politiques fédérales, provinciales et territoriales sur la santé et les soins de santé, ainsi que celles d'autres pays; 6) des données concernant les effets sur la santé des politiques de santé publiques; 7) des données d'imputabilité (comme des rapports de rendement sur les services de santé et les fournisseurs de soins de santé).

Un rapport publié récemment par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infrastructure de la santé<sup>119</sup> révèle que la contribution du secteur public est plutôt limitée en ce qui a trait à la diffusion d'information sur la santé à la population sous forme électronique. L'effort le plus notable à ce chapitre revient au Réseau canadien de la santé. Le Réseau canadien de la santé est le fruit d'une collaboration entre le gouvernement fédéral et des organismes de santé du pays. Il fournit de l'information aux Canadiens sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nombreux sont ceux qui le considèrent comme l'un des meilleurs outils du genre au monde. En revanche, le secteur privé – surtout les entreprises américaines – a accédé à ce créneau du marché grâce à des initiatives hautement spécialisées offrant de l'information dynamique et graphique. Il convient toutefois de s'interroger sur le niveau de confiance et d'objectivité que l'on peut accorder aux renseignements que ces initiatives permettent de diffuser, surtout s'ils proviennent d'une société en particulier.

Le rapport du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé souligne qu'en dépit de ces initiatives publiques et privées, il y a encore une foule de renseignements auxquels le public aimerait pouvoir accéder, notamment ceux qui concernent certains groupes de la population.

Le Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé a recommandé la création, à l'intention du public canadien, d'un portail qui fournirait des renseignements détaillés et fiables pouvant faciliter la prise de décisions liées à la santé. S'inspirant du succès du Réseau canadien de la santé, ce portail devrait être stratégiquement relié aux sites Web provinciaux et territoriaux afin d'assurer l'uniformité des renseignements sur la santé d'un bout à l'autre du Canada<sup>120</sup>. Le portail national devrait aussi permettre un meilleur accès à certains groupes de la population qui ont actuellement très peu accès à une information de qualité en matière de santé (p. ex., les communautés autochtones et les collectivités rurales et éloignées).

Le Comité est d'avis que l'accès à une information sur la santé objective et fiable facilitera considérablement aux Canadiens la prise de décisions reliées à la santé et aux soins de santé. Conformément au principe dix-neuf (chapitre deux) de restructuration du système de soins de santé, nous croyons qu'il faut accorder la priorité absolue aux initiatives qui permettent aux personnes de prendre en main leur propre santé et de demeurer en santé. À la lumière de ce

---

<sup>119</sup> Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé, *Plan tactique pour une infrastructure pancanadienne de la santé – Mise à jour de 2001*, Bureau de la santé et l'inforoute, Santé Canada, novembre 2001.

<sup>120</sup> Les sites Web provinciaux suivants sont de bons exemples : HealthGuide (C.-B), section « Your Health » du site de la région sanitaire de Calgary et site du CapitalHEALTHLink.

principe et des observations du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les parties intéressées, établisse un portail national d'information sur la santé en s'appuyant sur le succès du Réseau canadien de la santé et en réalisant l'intégration des portails provinciaux et territoriaux.**

- **En priorité, il faudrait que les investissements dans le portail national visent d'abord les milieux où l'infrastructure technique de base est inadéquate, en particulier les collectivités autochtones, rurales et éloignées. Cela permettrait d'améliorer considérablement l'accès pour tous les Canadiens à de l'information objective sur la santé.**

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

One in a series of reports on  
the state of the health care system in Canada

*The Health of Canadians - The Federal Role*  
*Volume Five:*  
*Principles and Recommendations for Reform - Part I*

*Chair*

The Honourable Michael J. L. Kirby

*Deputy Chair*

The Honourable Marjory LeBreton

APRIL 2002





## CHAPTER FIVE

### **NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH**

---

Health research is about creating and applying new knowledge with respect to health and health care. Health research encompasses a full spectrum of activities that range from biomedical research, to clinical research, to health services research, and to population health research:

- **Biomedical research** pertains to biological organisms, organs, and organ systems. For example, this type of research would use animal or human tissues or cell culture to understand how the body controls the production of blood cells in the bone marrow, how those controls break down in leukemia, and how normal controls might be re-instated by treatment with drugs.
- **Clinical research** relates to studies involving human participants, healthy or ill. An example would include clinical trials on humans to test the toxicity and effectiveness of a possible new treatment for leukemia that has shown promising results in basic biomedical research, and then to compare the new drug with other drugs in terms of their net benefit to patients.
- **Health services research** embraces health care delivery, administration, organization and financing. An example might be research into the mechanisms for handling patients with leukemia, from the means for diagnosis, through their treatment in hospital, on an outpatient basis, or at home, to their long-term follow-up through hospital or community care.
- **Population health research** focuses on the broad factors that influence health status (socio-economic conditions, gender, culture, literacy, etc.). An example might be a study using large databases of personal health information gained from a number of sources to learn whether the incidence of leukemia is associated with environmental or other factors.

Health research is the source of new knowledge about human health, how to maintain optimal health, how to prevent, diagnose and treat disease, and how to manage our health care system. Health research leads to the development of new or improved drug therapy, treatment, medical equipment and devices and new ways of organizing and delivering health care. Health research also contributes to a better understanding of the complex interplay of the social, economic, environmental, biological and genetic determinants that affect our health and our susceptibility to disease.

The Committee was told that health research fosters the creation of knowledge-based employment, which in turn contributes to reversing the brain drain observed in the country. Overall, witnesses stressed that health research improves the personal and economic health of Canadians and enhances our international competitiveness:

*Health research provides enormous economic, social and health care rewards to society. The jobs that are created by these investments are high-quality, well-paying, knowledge-based positions that generate worldwide recognition for Canadians. These investments also support the rejuvenation of academic institutions across the country. They help train new health professionals in the latest technologies and techniques and they provide important support for the health care delivery system in Canada. Most importantly, the results of these activities lead directly to better ways to treat patients, which ensures a healthier and more productive population.*<sup>121</sup>

The Committee also heard that health research could serve as a catalyst to regional economic development and that the health services innovations generated through health research activities could greatly contribute to enhancing the quality and sustainability of Canada's health care system. As health research activity spreads out from the academic health science centres and government and into more community-based settings, we can anticipate that standards of care will improve, as health care providers engaged in health research will be better connected with the most recent information. Overall, health research provides tremendous opportunities for both economic and health care progress.

The Committee believes that Canada must actively engage in health research to capture its share of benefits. The Committee also strongly believes that the federal government has a critical role to play as a facilitator, catalyst, performer, consensus builder and co-ordinator in the overall effort to nurture excellence in health research. This chapter addresses a series of issues, including funding, partnerships and ethics, which we believe deserve close attention if Canada is to achieve the highest standard of excellence in health research.<sup>122</sup>

***The Committee believes that Canada must actively engage in health research to capture its share of benefits.***

## **5.1 Assuming Leadership in Canadian Health Research**

As Table 1 shows, health research in Canada is characterized by a complex network that involves a wide range of disciplines and a multiplicity of performers carrying out their research activities in a variety of locations. In Canada, health research is performed by universities, teaching hospitals, business enterprises, government, and non-profit organizations. This research is financed from a variety of public, private, Canadian and foreign sources.

---

<sup>121</sup> Dr. Barry D. McLennan, Chair of the Coalition for Biomedical and Health Research (CBHR), *The Improving Climate for Health Research in Canada*, Brief to the Committee, 9 May 2001, p. 2.

<sup>122</sup> The Committee wishes to say that sections 5.1 and 5.2 of this chapter were inspired by a speech given by Dr. Kevin Keough, Chief Scientist at Health Canada, at the third annual Amyot Lecture organized by Health Canada. We found his lecture very useful in highlighting some of the challenges and opportunities facing health research.

**TABLE 1  
THE CANADIAN HEALTH RESEARCH NETWORK**

DISCIPLINES	LOCATIONS	SOURCES OF FUNDING
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clinical Disciplines</li> <li>▪ Social Sciences and Humanities</li> <li>▪ Epidemiology</li> <li>▪ Life Sciences</li> <li>▪ Cellular and Molecular Biology</li> <li>▪ Chemistry</li> <li>▪ Engineering</li> <li>▪ Computing and Mathematical Sciences</li> <li>▪ Health Services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Academe (Universities, Teaching Hospitals, Research Institutes)</li> <li>▪ Industry</li> <li>▪ Government</li> <li>▪ Physicians' Practices</li> <li>▪ Community Organizations</li> <li>▪ Community Hospitals</li> <li>▪ Others</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governments (Federal, Provincial, Departments, Funding Agencies)</li> <li>▪ Non-Government Organizations and National Voluntary Organizations</li> <li>▪ International Sources</li> <li>▪ Industry</li> <li>▪ Universities</li> <li>▪ Others</li> </ul>

The different stakeholders in health research collaborate with each other in various ways: government-university, university-industry, government-industry. In fact, the Committee was told that science is a continuum and the multiple components of health research cannot exist independently of the others. Each component has an important, albeit changing, research role to play in ensuring maximum health benefits for Canadians.

The federal government has always played an important role in health research as a funder, performer and user of research. The federal government financially supports health research carried out in universities, teaching hospitals and research institutes (extramural research); it performs health research in its own laboratories (intramural or in-house research); and, it utilizes the outcomes of health research carried out elsewhere. Moreover, the federal government has an important role to play in setting national priorities for health research.

The Committee agrees with a 1999 report of the Council of Science and Technology Advisors that health research performed, funded and used by the federal government must be of the highest quality. It must be demonstrated to meet or exceed international standards of excellence in science, technology and ethics.<sup>123</sup>

***The Committee agrees that health research performed, funded and used by the federal government must be of the highest quality. It must be demonstrated to meet or exceed international standards of excellence in science, technology and ethics.***

The Committee was informed that, as the cost, complexity and pace of advancement in health research accelerate, individual organizations no longer have the resources or expertise to work in a vacuum:

<sup>123</sup> Council of Science and Technology Advisors, *Building Excellence in Science and Technology (BEST): The Federal Roles in Performing Science and Technology*, December 1999, p. 5.

*Traditionally, investigators have worked in isolation, pursuing their own research agendas and living grant-to-grant. This scattered, ad hoc approach simply won't work in today's world when the complexity of science requires the pooling of resources.*<sup>124</sup>

At the third annual Amyot Lecture organized by Health Canada, Dr. Kevin Keough, Chief Scientist at Health Canada, stated that it is necessary to adopt an inclusive (or horizontal) approach to health research and to find new ways to partner – that is, to bring together multi-disciplinary teams of scientists from across the whole health research system to combine their intellectual, financial and physical resources in conducting the research required to better understand the complex and highly interconnected world in which we live.<sup>125</sup>

The Committee agrees with Dr. Keough that it is critical to sustain effective partnerships and to distribute the effort of individual partners in a manner that will maximize the output of Canadian health research. In our view, complementary and collaborative approaches to health research are not only feasible and cost-effective, but they also contribute to better research outcomes for all stakeholders. This overarching goal can only be met if the role of the federal government continues to adapt to the changing health research environment. In addition to being a performer, funder and user of health research, the federal government must become more active as a catalyst and a facilitator.

***The Committee agrees that it is critical to sustain effective partnerships and to distribute the effort of individual partners in a manner that will maximize the output of Canadian health research.***

The Committee strongly believes that the federal government should assume leadership in Canadian health research and, therefore, we recommend:

**That the federal government set, on a regular basis, national goals and priorities for health research in collaboration with all stakeholders.**

**That the federal government foster multi-stakeholder collaborations when performing, funding and using health research. This should contribute to capitalizing on the best available resources while minimizing overlap and duplication.**

Dr. Keough stressed that, as a starting point, the federal government should encourage interchange of health research scientists between government, academia and the private sector. A freer flow of scientists would enhance the quality of Canadian health research, improve science and research advice to government, maximize the contribution of Canadian

---

<sup>124</sup> The Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, *Seizing the Future – Health as an Engine of Economic Growth for Western Canada*, Summary of the Report, August 2001, p. 2.

<sup>125</sup> Dr. Kevin Keough, Amyot Lecture, October 2001.

scientists to the whole health research community, and contribute to the renewal of the science base in all sectors. The Committee shares similar views and, therefore, we recommend:

**That the federal government take a leadership role, through the Canadian Institutes for Health Research and Health Canada, in developing a strategy to encourage interchange of research scientists between government, academia and the private sector, including national voluntary organizations.**

The Committee wishes to acknowledge the important role played by national voluntary organizations in health research. These organizations act as a key bridge at the national level between health research and its application through knowledge transfer of information to researchers, health care providers and the general public. It is the view of the Committee that, given the knowledge and experience these national voluntary organizations bring, as well as the significant proportion of the health research enterprise which they support, they must be included in the multi-stakeholders collaboration in health research.

## **5.2 Engaging the Scientific Revolution**

Witnesses told the Committee that health research in Canada and throughout the world is currently undergoing a scientific revolution. They explained that this revolution in health research is fuelled by the ongoing advances in genomics, engineering and cell biology. Research in these scientific disciplines will have a profound effect on the detection, diagnosis and treatment of various genetically linked diseases. Elucidation of the physiological processes associated with various conditions will require years of efforts to identify the relevant genes and to determine how they interact.

*We are in the midst of a profound global revolution being driven by our rapidly emerging understanding of the molecular basis of life, of human biology and of disease. Like prior revolutions in science, this revolution is being driven by the collision of diverse disciplines and approaches: genetics, molecular biology, the broader bio-sciences, [information technology] and computational methodologies, small molecules and surface chemistry, bioethics, epidemiology, health economics, and the social sciences and humanities. The pace of this health research revolution is still accelerating, driven by significant global investments by governments, industry and philanthropy.<sup>126</sup>*

As the human genome project approaches completion, the next challenge is to understand the function of the 30,000-40,000 genes that humans appear to possess. These genes encode the entire protein set or proteome estimated at 2 million. Thus, the next frontier in biology appears to be proteomics, the cataloging and functional description of all proteins in living organisms, which is far more complex and promising than genomics.

---

<sup>126</sup> Dr. Alan Bernstein, president of the CIHR, *Health Research Revolution – Innovation Will Shape This Century*.

Similarly, advances in biomedical engineering and miniaturization on the molecular scale will push development of more sophisticated devices for diagnosis and therapy – targeted delivery of drugs, biological testing, molecular imaging, and tissue and organ repair. Canada has a real opportunity to become a world leader in this field of “nanotechnology” or “nanomedicine”.

The study and use of stem cells is another good example of the potential impact that health research can have on health and health care. Stem cells have the unique property, whatever their origin, of becoming specialized cells. Currently, both the research community and related stakeholders are very enthusiastic about the potential of stem cells, both from embryonic and adult sources. It is anticipated that research on these cells will lead to treatments for serious diseases such as Parkinson’s, Alzheimer’s, diabetes and spinal cord injuries. It is also widely believed that these cells can ultimately be manipulated to grow into virtually any tissue or organ thus providing much needed organs for transplant.

Recent research has been successful in programming human embryonic stem cells into producing insulin. Normally, this function is performed by specialized pancreatic islet cells. Should this treatment prove to be able to provide a cure for diabetes, which is presently being treated by regular injection of insulin, it will not only improve the quality of life for the individual, but will also ease the economic burden of disease. In a different study, stem cells isolated from the skin of animals were coaxed into becoming neural, muscular and fat cells.

Other areas where the scientific revolution has a definite impact are chemistry and computer science where advances in molecular modelling combined with synthetic chemistry change the way novel drugs are discovered. Bioinformatics and robotics are also areas that will benefit health research.

The scientific revolution in health research is not limited to basic and biomedical research; it is also creating tremendous opportunities for research into health services and population health. More than ever before, research is undertaken in Canada and abroad to find new ways of delivering quality care and to understand the implications of the interaction of the determinants that affect the health of a population.

At the third Amyot Lecture, Dr. Keough stressed that advances in health research, and the need for governments and individuals to accommodate them, will continue to accelerate. This means that governments must be able to both perform and rely on good science, which is based on sound research harnessed for the public good. The government’s effectiveness in integrating progresses from emerging areas such as biotechnology and nanotechnology depends on this principle.

The Committee agrees with Dr. Keough that it is imperative for Canada to take up the challenges wrought by the scientific revolution. We are convinced that countries with a strong health research network are more capable of translating advances and innovations into cost-effective health services, modern and internationally competitive policy and regulatory frameworks, new or adaptive products, and new health promotion activities. An energetic health research environment contributes to improved health, higher quality of life, and an efficient health care system. This in turn engenders public confidence, a vibrant business environment and strong economy.

Along with Dr. Keough, the Committee believes that good science is good economics and that the government has a crucial role in maximizing the gains for Canada and its citizens. Clearly, the costs of doing good science are high; but the costs of not doing it are even higher. These scientific developments are rapidly expanding and there is fierce competition in the field. Along with numerous witnesses, the Committee is convinced that Canada cannot afford to fall behind. The potential pay-off is a fast and economically beneficial transfer of knowledge and its conversion into tangible benefits for the Canadian population.

***The Committee believes that good science is good economics and that the government has a crucial role in maximizing the gains for Canada and its citizens.***

It is the opinion of the Committee that such a formidable challenge can be met only through a concerted effort by government, industry, academia, non-governmental organizations and international organizations. Each of these partners has its own specific role. However, coordination and support should be provided by the federal government, through its agencies and departments, especially CIHR and Health Canada. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through both Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research, coordinate and provide resources to ensure that Canada contributes to and benefits from the scientific revolution to maximize the economic, health and social gains for Canadians.**

### **5.3 Securing a Predictable Environment for Health Research**

The Phase Two report of the Committee showed that the federal government has had a long tradition in financing health research.<sup>127</sup> The most recent estimates by Statistics Canada indicate that the majority (some 79%) of federally funded health research is “extramural” as it takes place in universities and hospitals (68%), private non-profit organizations (6%), and business enterprises (4%).<sup>128</sup>

The principal federal funding body for health research is the Canadian Institutes of Health Research or CIHR. In fact, CIHR is the only federal entity whose budget is entirely devoted to health research. Its creation in 2000 involved a major evolution of the mandate of the Medical Research Council of Canada (MRC) and incorporation of the National Health Research and Development Program (NHRDP), formerly Health Canada’s main financing instrument for extramural health research. Despite the creation of CIHR, Health Canada is still involved in the financing of some extramural health research in a wide range of fields (children’s health, women’s health, Aboriginal health, etc.).

---

<sup>127</sup> Volume Two, pp. 93-104.

<sup>128</sup> Statistics Canada, *Estimates of Total Expenditures on Research and Development in the Health Field in Canada, 1988 to 2000*, Catalogue No. 88F0006XIE01006, April 2001.

There are, also, a number of federal research-oriented bodies whose funding focuses entirely on health-related research. These include namely the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Many feel that for a country of the size of Canada, there are too many federal funding organizations.

In addition, there are several secondary sources of extramural federal health research funding. More precisely, the federal government is responsible for a number of research councils, agencies and programs that devote (to various extents) a portion of their budget for health-related research. These include the Natural Sciences and Engineering Research Council (NSERC), the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC), the Canada Foundation for Innovation (CFI), the Canada Research Chairs (CRCs), and the Networks of Centres of Excellence.<sup>129</sup> The federal government has also funded Genome Canada, a not-for-profit corporation dedicated to develop and implement a national strategy in genomic research.

The remainder of the federally funded health research (some 21%) is “intramural” or “in-house” research, that is research conducted in federal government facilities. Federal facilities in which health-related research is performed include Health Canada, Statistics Canada, the National Research Council, Human Resources Development Canada, Agriculture Canada, Environment Canada (in partnership with Health Canada) and the Canadian Food Inspection Agency.

### **5.3.1 Federal Funding for Health Research**

The federal government has, on many occasions, demonstrated its commitment to health research. The Committee applauds the high priority for research given in the 2001 Speech from the Throne and particularly its announcement to increase funding for health research:

*Our government's overriding goal is nothing less than branding Canada as the most innovative country in the world – as the place to be for knowledge creation; where our best and brightest can make their discoveries; where the global research stars of today and tomorrow are born; becoming the magnet for new investments and new ventures.*

*(...) The Government of Canada will (...) provide a further major increase in funding to the Canadian Institutes of Health Research, to enhance their research into disease prevention and treatment, the determinants of health, and the effectiveness of the health care system.<sup>130</sup>*

---

<sup>129</sup> The NCEs are supported and overseen by the three Canadian granting agencies (CIHR, NSERC and SSHRC). It is worth noting that eight networks, of the currently funded 22 NCEs, conduct health research in the fields of: arthritis, bacterial diseases, vaccines and immunotherapeutics for cancer and viral diseases, stroke, health evidence application, genetic diseases, stem cells and protein engineering. Some of the other NCEs may have impact on health and health care (e.g. Institute for Robotics and Intelligent Systems or Canadian Water Network).

<sup>130</sup> Government of Canada, *Speech from the Throne*, First Session of the 37<sup>th</sup> Parliament, 30 January 2001.



The Committee also recognizes the creation of CIHR as a major achievement in health research. We laud the increased funding for CIHR announced in the December 2001 Budget Speech, despite the severe financial pressures the federal government faces. In addition, the creation of, and funding for, the Canada Foundation for Innovation in 1997, followed by the Millennium Scholarships, the Canada Research Chairs, and Genome Canada, are clear indications that health research and innovation are integral to public health-related policy in Canada.

Throughout the hearings, the Committee was told that while the increase in federal funding represents significant support for health research, Canada still does not compare favourably with other industrialized countries in this regard. In fact, the role of national government in financing health research, expressed in purchasing power parity (PPP) per capita, is much higher in the United States, the United Kingdom, France and Australia than in Canada. For example, as stated in the Committee's Phase Two report, the American government provided in 1998 four times more funding per capita to health research than did the Canadian government.<sup>131</sup>

***Throughout the hearings, the Committee was told that while the increase in federal funding represents significant support for health research, Canada still does not compare favourably with other industrialized countries in this regard.***

Witnesses unanimously recommended that the federal government's share of total spending on extramural health research be increased to 1% of total health care spending in Canada, from its current level of approximately 0.5%. This could involve increasing CIHR's current budget to \$1 billion from the current level of \$560 million. Additional resources should also be devoted to federally performed health research (discussed in the following section). Overall, increased investment in extramural and in-house health research would bring the level of the federal contribution to health research more in line with that of national governments in other OECD countries. More importantly, this would help maintain a vibrant, innovative and leading edge health research industry.

Another concern brought to the attention of the Committee related to the long-term nature of research in contrast to existing budgetary program planning. High quality research is very competitive internationally and requires long-term commitments. Young researchers, on whom Canada's future in research depends, commit their careers on the basis of their perceptions of the long-term environment for research. Canada will not attract or keep excellent people without providing an excellent environment for research. Research pays little attention to national borders. The world recognizes excellence, and competes vigorously for it.

***The Committee strongly supports the view that health research money is money to support the best and brightest minds(...). Ultimately, Canada's challenge in health research is a challenge to attract and retain outstanding people.***

---

<sup>131</sup> Volume Two, p. 97.

The Committee strongly supports the view that health research money is money to support the best and the brightest minds. At least two-thirds of funds for health research go to salaries and training stipends for highly qualified and motivated researchers, research assistants, technicians, research trainees, etc. Ultimately, Canada's challenge in health research is a challenge to attract and retain outstanding people.

The role of the federal government is central to this competition for excellent researchers. In particular, CIHR is the long-term source of research funds for the health research activities stimulated by the Research Chairs, the Canadian Foundation for Innovation, and Genome Canada, all of which are adding greatly to Canada's capacity for excellence in research. CIHR is also an essential partner for research stimulated by the many health research charities.

Overall, the Committee believes that the federal government must establish and maintain long-term stability in the Canadian health research environment. Providing an adequate and predictable level of funding is a necessary prerequisite. Health research is a long-term investment; many research projects span a researcher's whole career, and grants are usually awarded for three- to five-year terms, which are simply not consistent with the one-year-at-a-time budget allocation to CIHR. Therefore, the Committee recommends

**That the federal government:**

- **Increase, within a reasonable timeframe, its financial contribution to extra-mural health research to achieve the level of 1% of total Canadian health care spending.**
- **Set and adhere to clear long-term plans for funding health research, particularly through the Canadian Institutes of Health Research. More precisely, the federal government should commit to a five-year planning horizon for the CIHR budget.**
- **Provide predictable and appropriate investment for in-house health research.**

**5.3.2 Federal In-House Health Research**

A report by the Council of Science and Technology Advisors identified a clear need for the federal government to perform in-house research. This report stressed that the federal government must have the an adequate research capacity to deliver the following key roles:

- Support for decision making, policy development and regulations.
- Development and management of standards.

- Support for public health, safety, environment and/or defence needs.
- Enabling economic and social development.<sup>132</sup>

In other words, the ability of the federal government to set policy and enforce regulations requires it to have an appropriate in-house research capacity. In addition, the government needs to have access to the highest possible quality scientific and technological information in a time frame that meets its needs. Failure to use the best available data and analysis could expose the government to liabilities for damages caused by those decisions.

The major key player in federal intramural health research is Health Canada, for which this function is critical to the fulfillment of its mandate. The department is mandated to help the people of Canada maintain and improve their health and to ensure their safety. Thus, in addition to access to top-quality scientific and technological information, Health Canada must obtain advice to set policy and enforce regulations. The required in-house research capacity includes expertise in:

- the state and spread of disease;
- ensuring the safety of food, water and health products, including pharmaceuticals;
- air quality issues; and,
- fulfilling health promotion obligations.

To undertake these responsibilities, Health Canada's researchers must possess independent knowledge and skills over a wide range of scientific disciplines, ranging from the behavioural sciences to cellular and molecular biology. In addition, Health Canada must have an adequate in-house capacity to assimilate, interpret and extrapolate the knowledge obtained from other health research partners. Finally, the department must be able to draw widely on expertise and facilities that are not available in-house.

Overall, the Committee learned that Health Canada has a unique role. In order to meet its mandate, the department must be able to provide the best possible independent science advice related to its legislated responsibilities, to undertake a wide range of scientific activities related to its role as regulator and policy advisor, and to provide evidence-based health services and programs. This unique obligation requires Health Canada to have the necessary science and research capacity to fulfill these three functions.

The Committee feels it is important to acknowledge that Health Canada has taken an important step in ensuring, through the appointment in 2001 of a Chief Scientist, that it possess the ability to meet its mandate. The Chief Scientist and his office play a pivotal role in bringing leadership and coherence to Health Canada's scientific responsibilities and activities by championing the principles of alignment, linkages and excellence espoused by the Council of Science and Technology Advisors.

---

<sup>132</sup> Council of Science and Technology Advisors (CSTA), *Building Excellence in Science and Technology (BEST): The Federal Role in Performing Science and Technology*, 16 December 1999, p. 12. The CSTA consists of a group of external experts providing the federal government with on science and technology issues.

The Committee strongly believes that there is a clear need for the federal government to perform health research and that it must have the capacity to deliver its mandate. The Committee also acknowledges the importance for Health Canada of partnering with stakeholders outside of government when necessary. Therefore, the Committee recommends

***The Committee strongly believes that there is a clear need for the federal government to perform health research and that it must have the capacity to deliver its mandate.***

#### **That Health Canada:**

- **Be provided with the financial and human resources in health research that are required to fulfill its mandate and obligations.**
- **Engage actively in the establishment of linkages and partnerships with other health research stakeholders.**

#### **5.4 Enhancing Quality in Health Services and in Health Care Delivery**

As indicated in Chapter One of this report, the Canadian health care delivery system is facing a very serious situation, marked by rising costs, a high degree of dissatisfaction and high expectations. While many recommendations for change to the publicly funded health care system have been made over the years, most of them have not been based on scientific evidence, but rather have been grounded on anecdotal evidence or political posturing. For these reasons, research on all aspects of Canada's publicly funded health care system is, at the present time, very critical for health care policy makers and managers.

Areas in need of more research are varied and include:

- health promotion policies
- disease and disability prevention strategies (at both the individual and population levels)
- determinants of health
- approaches to primary care management
- new modes of remuneration for health care providers and institutions
- decision-making by health care providers and users
- organizational care delivery models
- health care policy management
- health care resources allocation

- impact of selected areas of privatized health care
- pharmaco-economics, and
- assessment and utilization of health care technology and equipment.

Clinical research and the involvement of health care providers themselves in health research are key elements in ensuring that fundamental research is translated into better health and health care. Clinical trials and large-cohort population health research studies are under-supported in Canada, in part due to the large, long-term financial commitment that is required before such studies can be launched. Urgent investment in training and subsequent career support is needed for clinician investigators in Canada. Harassed by ever increasing demands for clinical service, they find it increasingly difficult to remain competitive in competitions for grants and awards.

In Canada, a wide range of organizations are involved in health services research. It is the view of the Committee that, at this critical time for our health care delivery system, it is essential that this type of research be well funded and that these research centres and their investigators take part in the present debate about the future structure of the Canadian hospital and doctor system and about how the growing gaps in health care coverage can be closed.

Moreover, many studies have shown that there is a major gap between new knowledge and its application in every day medicine. For example, only 46% of elderly patients were given pneumococcal vaccine, though it is the group most at risk for suffering from such infections. Aspirin, although recommended for all adult diabetic patients, was prescribed in only 20% of cases, and counselling on HIV transmission was given to less than 3% of adolescents during physician's office visits.<sup>133</sup>

***The Committee believes that the federal government, given its unique role in health research, should commit a significant investment in promoting, in partnership with the provinces and territories, the adoption of research findings in clinical practice.***

In addition, wide variations in practice patterns and outcomes persist across regions as well as across provinces. The Committee believes that the federal government, given its unique role in health research, should commit a significant investment to promoting, in partnership with the provinces and territories, the adoption of research findings in clinical practice. This must be done while continuing to support new research on priority health issues and the development of new tools, so that in the future this knowledge and the new tools can be translated into and implemented to produce improved health and enhanced health care.

Overall, the Committee acknowledges that more health research should be undertaken in order to enhance quality in health services and in health care delivery. Therefore, we recommend:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research, Health Canada and the Canadian Health Services Research Foundation, devote additional funding to health services research and clinical**

<sup>133</sup> JAMA, vol. 286, p. 1834 (2001).

**research and that it collaborate with the provinces and territories to ensure that the outcomes of such research are broadly diffused to health care providers, managers and policy-makers.**

## **5.5 Improving the Health Status of Vulnerable Populations**

There are many groups in Canadian society that have, for numerous reasons, less immediate access to health services appropriate to their specific needs. Examples include individuals with mental health problems, individuals with addiction problems, people with physical disabilities, some ethnic minorities, women in difficult circumstances, people living in rural and remote communities, the homeless and the poor. The Committee acknowledges that there is an urgent need in Canada to support cross-disciplinary health research that will provide new evidence on the diverse factors that influence health status, and on approaches to improving access to needed health care for vulnerable groups. CIHR has recently set up a strategic plan through three of its Institutes to study this crucial problem, but more resources are needed. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, provide additional funding to health research aimed at the health of particularly vulnerable segments of Canadian society.**

In Volume Four of its health care study, the Committee stated that the health of Aboriginal Canadians is a national disgrace. There is a disproportionately, and completely unacceptable, large gap in health indicators between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. Aboriginal peoples experience much higher incidence of many health problems, including: significantly higher rates of cancer, diabetes and arthritis; heart disease among men; suicide among young men; HIV/AIDS; and morbidity and mortality related to injuries. Infant mortality rates are twice to three times the national average, with high rates of foetal alcohol syndrome and foetal alcohol effects (FAS/FAE), and poor nutrition. Approximately 12% of Aboriginal children have asthma, in comparison with 5% of all Canadian children. This last trend is attributable, at least in part, to environmental health issues, such as the presence of moulds in houses.<sup>134</sup>

The Committee believes that research is perhaps the most important element that will help improve the health status of Aboriginal Canadians. In our view, the creation of CIHR's Institute of Aboriginal Peoples' Health is an important step in this direction. Health Canada, which delivers numerous programs and services to

***The Committee believes that research is perhaps the most important element that will help improve the health status of Aboriginal Canadians.***

---

<sup>134</sup> Volume Four, pp. 129-135.

First Nations and Inuit communities, needs to strengthen its research capacity as well as its capacity to translate health research into effective public policy. In particular, Health Canada requires a strong research capacity to:

- compile and analyze available population-based information to identify trends, emerging issues, and differences across geographic regions or communities;
- review programs and services to identify the most effective practices in First Nations and Inuit communities and to assess timely progress in addressing key health issues; and
- maintain and augment the capacity to analyze research both nationally and internationally, and integrate best practice into policy and program development, implementation and evaluation.

Therefore, the Committee recommends as a matter of urgency:

**That the federal government provide additional funding to CIHR in order to increase participation of Canadian health researchers, including Aboriginal peoples themselves, in research that will improve the health of Aboriginal Canadians.**

**That Health Canada be provided with additional resources to expand its research capacity and to strengthen its research translation capacity in the field of Aboriginal health.**

Research into the field of health in developing countries is also of concern. The Committee learned that very little research activity is directed towards health problems that affect developing countries. In fact, data suggest that less than 10% of health research is devoted to diseases or conditions that account for 90% of the global disease burden.

The primary causes of morbidity and mortality in developing countries can be grouped under four general areas: malnutrition, poor sexual and reproductive health, communicable diseases, and non-communicable diseases including injuries. A recent report by the World Health Organization shows that long-term economic growth is impossible where large numbers of people are malnourished, sick or dying.

It is the view of the Committee that, given its expertise and excellence in health research, Canada should assume a leadership role in this area. The federal government has taken a step in the right direction. In a first-ever collaborative effort, four Canadian government organizations have joined their forces to formalize a shared commitment to address the problems of global health through research. The Canadian International Development Agency (CIDA), CIHR, the International Development Research Centre (IDRC) and Health Canada have formed the Global Health Research Initiative. Not only will this joint undertaking allow

the four partners to operate their programs and research more effectively, it will also contribute to a great humanitarian cause – the health protection of citizens of all countries, including Canadians. This is the beginning; much more needs to be done. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government provide increased resources to the Global Health Research Initiative.**

## **5.6 Commercializing the Outcomes of Health Research**

One outcome of health research is the creation of new knowledge. New knowledge is in itself of great value to society but the overall impact of health research is maximized when new knowledge is translated into social and economic benefits. Commercialization of health research outcomes represents one way to achieve this knowledge translation.

***New knowledge is in itself of great value to society but the overall impact of health research is maximized when new knowledge is translated into social and economic benefits. Commercialization of health research outcomes represents one way to achieve this knowledge translation.***

Commercialization of health research can happen at many different stages of research and each stage faces different challenges. For example, one of the main challenges facing commercialization of academic health research (occurring in universities and hospitals) is that their early stage of development makes the investment of capital by private sector very risky, thus speculative. By contrast, once a product is marketable, such as the late stage clinical trials (mainly performed by large research-based pharmaceutical firms), the main challenges relate to intellectual property and the patent regime, as well as to approval and monitoring of drugs. Commercialization of health research outcomes brings numerous benefits including:

- improved health, resulting in a more productive workforce;
- enhanced health services quality;
- increased efficiency in health care system delivery;
- expanded research funding leveraged from commercialization and research partnerships;
- enhanced job creation with newly formed companies;
- and greater economic activity from the manufacturing, marketing and sales of new health care products and services.

In its brief to the Committee, the Council for Health Research in Canada indicated that spin-off biotechnology companies formed by CIHR-funded scientists are an important by-product of public investment in health research:



*For instance, 23 companies have been formed at the University of British Columbia employing 732 people. At McGill, 18 companies have been formed employing 392 people. At the University of Ottawa, 10 companies have been formed employing 459 people. Such companies cannot flourish without public investments to fund a steady discovery pipeline.*<sup>135</sup>

Visudyne is one example of Canadian health research that has produced some powerful advances in health care. The drug, which is approved for use in over 30 countries, is the only approved treatment for age-related macular degeneration, the leading cause of age-related blindness. This treatment was developed at the University of British Columbia (UBC) and was funded, in part, by the federal government. UBC assisted in the start-up of QLT Inc. to commercialize this product that has head offices in Vancouver, employs over 350 people and has a market capitalization of \$1.5US billion.

Another example is 3TC, the only inhibitor of HIV reverse transcriptase with few or no side effects and a common component of treatment for HIV/AIDS, which also arose out of federally funded research performed in Montreal. BioChem Pharma Inc., prior to its acquisition by Shire Pharmaceuticals plc. (based in the United Kingdom), had head offices in Montreal, employed 278 people, and had a market capitalization of \$3.7US billion.

These examples illustrate the potential of health research to treat disease, create employment and generate economic benefits for Canada. While many academic technologies are licensed to foreign companies, it is reasonable to expect that value should be created and retained in Canada wherever possible and appropriate when the federal government has made investments in health research.

As stated in Section 5.2, “good science is good economics”. However, during his testimony, Dr. Henry Friesen, Team Leader of the Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, told the Committee that the conditions are not presently in place to enable publicly funded health research to maximize the returns to Canadian taxpayers.<sup>136</sup> In the opinion of this Task Force, the capacity for research commercialization is sub-optimal and clearly unacceptable.<sup>137</sup>

Similar findings were presented in a 1999 report published by the Advisory Council on Science and Technology (ACST) and prepared by its Expert Panel on the Commercialization of University Research.<sup>138</sup> The Expert Panel made the case that research results from federal funding of university research, where there is commercialization potential, should be managed as an asset that can return benefits to the Canadian economy and Canadian taxpayers. The Expert Panel also showed that the United States has a much better track record in commercialization of university-based research than Canada, despite a growing private sector involvement in funding research at Canadian universities.

---

<sup>135</sup> Council for Health Research in Canada, *Health Research: The Engine of Innovation*, Brief to the Committee, 30 December 2001, p. 2.

<sup>136</sup> See Committee Proceedings, Issue No. 30.

<sup>137</sup> Western Canadian Task Force on Health Research and Development, *Shaping the Future of Health Research and Economic Development in Western Canada*, August 2001, pp. 19-20.

<sup>138</sup> Expert Panel on the Commercialization of University Research, *Public Investments in University Research: Reaping the Benefits*, Advisory Council on Science and Technology, 4 May 1999.

Most major research institutions (universities and research hospitals) in Canada have in-house technology commercialization offices that are funded by university sources and, in cases of successful offices, by revenue derived from operation. Currently, the expenses associated with commercialization activities are not covered by direct federal research funding. The Committee learned that the vast majority of these technology commercialization offices have costs that exceed their revenue. They are operated as a cost centre and not as a profit centre for the institution. However, while their function is not critical to the research enterprise (creation of new knowledge), an argument could be made to include costs of operating these offices in the calculation of indirect research costs since technology commercialization is a research-related activity.

The question of funding indirect costs in Canadian research by the federal granting agencies has been one of contention in recent years. It has been recognized as one element to explain the lower level of competitiveness of Canadian researchers. Indirect costs are those expenses associated with administration, maintenance, commercialization and the salary of the principal investigator that is attributable to the research project. The ACST in its 1999 report<sup>139</sup> and subsequent publications has made the recommendation that the federal government increase its investment by supporting the indirect costs of sponsored research. Similarly, the brief of the Council for Health Research in Canada stressed:

*[The] indirect costs of research must be funded in order to provide a cutting-edge research environment that will fully realize the benefits of the government's Innovation Agenda. (...) The Council believes it should be a priority for the government to develop a specific, long-term plan to address this issue as soon as possible.<sup>140</sup>*

The Committee acknowledges that, in its December 2001 Budget, the federal government provided a one-time investment of \$200 million through the granting councils to help alleviate the financial pressures that are associated with the rising indirect costs of research activities, including commercialization. We both hope that universities and research hospitals will use some of these funds to improve their commercialization abilities, and that the federal government will make this investment permanently recurrent.

The Committee agrees with witnesses and recent reports that there is a need to find ways to maximize the returns to Canadians from the commercialization of federally funded health research. We believe that the federal government should establish the necessary conditions to enable researchers and those technology commercialization offices providing

***The Committee agrees with witnesses and recent reports that there is a need to find ways to maximize the returns to Canadians from the commercialization of federally funded health research. We believe that the federal government should establish the necessary conditions to enable researchers and those technology commercialization offices providing support and services to researchers to perform to their full potential in commercializing the results of federally funded health research.***

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> Council for Health Research in Canada, Brief to the Committee, p. 5.

support and services to researchers to perform to their full potential in commercializing the results of federally funded health research.

Further, the Committee believes that CIHR, Canada's premier vehicle for funding health research with a legislated mandate to translate knowledge into improved health, is uniquely positioned to assess the recommendations made by the Western Canadian Task Force, the ACST's Expert Panel and other studies on technology commercialization as they apply to health research. We believe that CIHR should use these reports as the basis for developing and delivering on an innovation strategy that considers programs, policies and people. In our view, such a strategy would see CIHR support and strengthen the capacity of academic technology commercialization offices to maximize the transfer of technologies to market, thereby creating of Canadian companies and jobs and enhancing Canada's innovation capacity. In addition, we believe that this innovation strategy must be developed within a framework that includes governing principles of public good and benefit to Canada so that any strategy to maximize the social and economic impact does not threaten academic freedom or influence the direction of research or the delivery of health care. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government require an explicit commitment from all recipients of federally funded health research that they will obtain the greatest possible benefit to Canada, whenever the results of their federally funded research are used for commercial gain.**

**That the Canadian Institutes of Health Research, while not ignoring the social value of health research that does not result in commercial gain, seek to facilitate appropriate economic returns within Canada from the investments it makes in Canadian health research, whenever the results of investments in Canadian health research are used for commercial gain. In doing so, CIHR should develop an innovation strategy aimed at accelerating and facilitating the commercialization of health research outcomes.**

**That the federal government invest additional resources to enhance the output of Canadian health researchers and strengthen the commercialization capacity of performers of federally funded health research through CIHR's innovation strategy. This new funding would be additional to the current health research investment. In particular, the funding of the indirect costs of research by the Canadian granting agencies should be made permanent. Health research performers should be made accountable for the use of these commercialization funds.**

One aspect of the commercialization of health research outcomes that generated controversy recently is the issuance of patents for higher life forms. This subject goes deeply into ethical, intellectual property, and economical issues. Although these questions are highly relevant to Canadian health research and the work of this Committee, they are debated elsewhere. Indeed, the Canadian Biotechnology Advisory Committee (CBAC) has been mandated by the federal government to provide advice on this crucial issue. The CBAC published an interim report on the subject at the end of 2001 where it recommended that human beings at all stages of development, are not patentable.<sup>141</sup> Further, the report recommended that a systematic research program be undertaken to assess the impact of biotechnology patents on various aspects of health services. It is clearly an issue that deserves serious consideration, but is beyond the scope of this report.

### **5.7 Applying the Highest Standards of Ethics to Health Research**

The preceding sections have demonstrated Canada's growing excellence in, and high priority for, health research. However, history has shown that the pursuit of new knowledge in health research can lead, for example, to abuse of the people who are involved as the subjects of research, to invasions of privacy, and to abuse of animals. In various ways, numerous reports have emphasized that new knowledge must not be gained at the expense of abuse of humans and other life forms, and that excellence in health research requires excellence in ethics.

But what is ethics? Laura Shanner, Professor at the University of Alberta, told the Committee that "ethics" is a "systematic, reasoned attempt to understand and make the best possible decisions about matters of fundamental human importance."<sup>142</sup> When we refer to ethical issues informed by biological knowledge in medicine, we refer to "bioethics". Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics at Dalhousie University (Nova Scotia), defined bioethics as follows:

*Bioethics is a particular understanding of ethics that brings the discipline of philosophy to assist in making value-laden decisions. It is about the right and the good. It is a practical discipline. Bioethics is ethics in the realm of the biosphere, human biology. It is actually broader than human health, but most people use it in that context.*

*It asks how, in a pluralistic society, do you lay out the values, the issues and the interests at stake when making a decision about the right and the good, generally about an individual patient situation. Then, how do you assist the relevant parties in establishing*

---

<sup>141</sup> Canadian Biotechnology Advisory Committee, *Biotechnology and intellectual property: patenting of higher life forms and related issues*, Interim report to the Government of Canada Biotechnology Ministerial Coordinating Committee, Ottawa, November 2001.

<sup>142</sup> Laura Shanner, *Ethical Theories in Bioethics and Health Law*, University of Alberta, Brief to the Committee, 2000, p. 1.

*some kind of priority, so that if there are competing goods or competing harms, you make your choices in a responsible way.*<sup>143</sup>

In many fields, difficult decisions often involve consideration of numerous factors, each implicating different – and often conflicting – values, principles, viewpoints, beliefs, expectations, fears, hopes, etc. When facing such difficult decisions, people may reach different conclusions not only because they consider different factors, but also because they weigh them against each other in different ways. The practical effect of the discipline of ethics is to help those who face complex decisions to identify the inherent values and principles, to weigh them against each other, and to come to the best possible decision. Though based on strong theoretical foundations, ethics in health care and health research deals with real life situations.

Because research seeks constantly to expand the forefront of knowledge, it poses the most challenging questions of ethics. The purpose of this section is to survey some of the major areas of research ethics in terms of the policies and mechanisms now present and/or needed in Canada, to ensure that health research is carried out in a manner that meets the ethical standards of Canadians.

### **5.7.1 Research Involving Human Subjects**

Health research must involve humans as research subjects. While research with other life forms can provide much essential knowledge, in the end only research directly on human beings can tell us, for example, whether a potential new approach to prevention, diagnosis or treatment of disease is safe enough to use in humans, whether it actually helps patients, what its side effects are, and whether it is better than a treatment that is already available.

Research subjects, often patients with diseases whose treatment is under study, bear the risks of the research so that others may gain from the knowledge that research is intended to provide. Research involving humans poses many risks: abuse of people, misuse, exploitation, breaches of privacy, confidentiality, etc. Because health research raises such a wide range of issues, an international consensus has developed over the last 50 years or so. This international consensus, which started with the Nuremberg Code (1947) and the Declaration of Helsinki (1964, revised in 2000), requires that the ethical aspects of any research project involving humans be reviewed and approved, with modifications if needed, by an appropriately constituted ethics committee (in Canada called “Research Ethics Board” or REB) before the research project is started.

***Research subjects, often patients with diseases whose treatment is under study, bear the risks of the research so that others may gain from the knowledge that research is intended to provide.***

The Research Ethics Board “is a societal mechanism to ensure the protection of research participants.”<sup>144</sup> REBs are multidisciplinary local institution-based boards, independent of the investigator and research sponsor, established to review the ethical standards of research

<sup>143</sup> Dr. Nuala Kenny (42:59-60).

<sup>144</sup> National Council on Ethics in Human Research, *Protecting Human Research Subjects: Case-Based Learning for Canadian Research Ethics Boards and Researchers*, Ottawa, 2000, p. 7.

projects within their institutions. They have the power to approve, reject, request modifications to, or terminate any proposed or ongoing research involving human subjects. In effect, the REB attests, for each research protocol, that the proposed research, if it is carried out in the manner agreed to by the REB, meets or exceeds standards of ethics that Canadians expect.

The dominant national policy for the ethics of research involving humans, the *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans* (TCPS), was published by CIHR, the SSHRC and NSERC in 1998. The TCPS followed earlier policies (MRC, 1978, 1987, and SSHRC, 1976). The Panel and Secretariat on Research Ethics, launched in November 2001 by the three federal research funding agencies, are responsible for coordinating the evolution and interpretation of the TCPS. The objective is to keep the TCPS up-to-date in response to the rapidly evolving advances in knowledge, research and technology.

The *Tri-Council Policy Statement* has been adopted by academic institutions (where the majority of health research involving humans is carried out) and by some governmental departments and agencies, including the Department of National Defence (DND) and the National Research Council (NRC).

Health Canada is establishing its own Research Ethics Board, which will also use the TCPS, to assess the ethical acceptability of in-house research, research that is contracted to non-Health Canada researchers which requires ethical review and research applications to CIHR or other funding agencies. Health Canada has also adopted the International Conference on Harmonization (ICH) guidelines applying to clinical trials involving the participation of human subjects.<sup>145</sup>

Since the 1970s, in accord with national policies governing ethics in research involving humans, some 300 local REBs in Canada have been established in a variety of settings including universities, government laboratories, community organizations and teaching and community hospitals. In many teaching hospitals, at least 50% of the research protocols reviewed by REBs are clinical trials that are sponsored by industry for purposes of testing new pharmaceutical interventions in human health so as to meet the regulatory licensing requirements of Health Canada and the USA Food and Drug Administration. In addition, some company-based and private for-profit REBs have developed over the last few years to allow REB review of privately sponsored research outside academic institutions, and hence without access to local REBs. In Alberta, all physicians who are not covered by an institutional REB are required to use the REB of the Alberta College of Physicians and Surgeons. Newfoundland is moving towards establishing a single REB for all health research in the province.

In 1989, the National Council on Ethics in Human Research (NCEHR) was created by the MRC with the support of Health Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. NCEHR works to foster high ethical standards for the conduct of research involving humans across the country by offering advice on the implementation of the TCPS, primarily through educational activities and site visits to local REBs. NCEHR is now funded by CIHR, SSHRC, NSERC, Health Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons.

---

<sup>145</sup> Despite the care taken by the three federal granting agencies and Health Canada in the international harmonization of guidelines applying to clinical trials involving human subjects, the Committee would like to be in no doubt that any Canadian participating in clinical trials from outside Canada be protected by ethical standards that are at least as stringent as those applying here.

### 5.7.2 Issues With Respect to Research Involving Human Subjects<sup>146</sup>

The *Tri-Council Policy Statement*, in effect Canada's national statement of policy for ethical conduct in health research involving humans, appears to be consistent with world standards. For the most part, REBs in Canada seem to operate to a high standard, building on more than two decades of experience and the dedication of many people across the country. However, the Committee learned that serious gaps have been identified in a number of reports released in recent years by NCEHR and CIHR, as well as by the Law Commission of Canada.<sup>147</sup> A summary of the main issues or gaps identified in these reports is presented below:

- Although the *Tri-Council Policy Statement* sets very high standards, there is currently no oversight mechanism to ensure compliance with these standards. On the one hand, there is no process of certification, accreditation or regular inspection of the research ethics review procedures performed by REBs. On the other hand, and though more REBs are starting to address this issue, few monitor the conduct of research once a research protocol has been approved. In other words, REBs often have limited knowledge of what happens after they have approved a research protocol.
- Some concerns were raised about real or perceived conflicts of interest by researchers or institutions. Though international consensus suggests that REBs would be established within research institutions, and that the work of REBs requires close collaboration with other institutional responsibilities, REBs must be able to operate free from institutional or researcher pressures.
- Similarly, a lack of public oversight of private REBs that act independently or through Contract Research Organizations hired by drug companies raises concerns about their independence and conflicts of interest.
- There is a basic need for more resources for REBs. As the work becomes increasingly complicated with globalization, technology and commercialization, REBs are struggling to find committee chairs or even members.
- There are currently no standard training requirements for Canadian REB members and researchers in research ethics. However, in the absence of similar Canadian standards, Canadian researchers must meet American

---

<sup>146</sup> The following section does not deal with the ethical boundaries surrounding research into human reproductive health as federal legislation is expected to be tabled soon in the House of Commons. The Committee recognizes that this area is at the cutting edge of applied research and evolves rapidly. In our view, all research involving human reproductive material, human organisms derived from such material, other human cell lines, or part of any of them (including human genes) should be subject to full ethical review by REBs and application of the TCPS and other applicable legislation.

<sup>147</sup> More specifically, see the following four reports: 1) NCEHR (formerly National Council on Bioethics in Human Research or NCBHR), "Protecting and Promoting the Human Research Subject: A Review of the Function of Research Ethics Boards in Canadian Faculties of Medicine", *NCBHR Communiqué*, Volume 6 (1), 1995, pp 3-28; 2) Draft report of the Task Force established by the NCEHR to study models of accreditation for human research protection programs in Canada, September 28, 2001; 3) McDonald, Michael (Principal Investigator), *The Governance of Health Research Involving Human Subjects*, research sponsored by the Law Commission of Canada, Ottawa, May 2000; 4) Draft Report of the Task Force on Continuing Review, CIHR, 2001.

educational standards for American funded health research involving human subjects.

- The current ethics review processes are “producer-driven” rather than “consumer-driven”. In other words, there is a lack of representative participation in governance on the part of research subjects.
- There is an urgent need for empirical research on the effects of health research on human subjects as well as on the effectiveness of the ethics governance procedures.

To sum up, the governance, transparency and accountability of the ethics review processes in Canada need to be improved:

*(...) we were surprised to see how substantial the gaps were between the ideals expressed in policy and the ground arrangements for accountability, effectiveness and the other criteria for good governance.<sup>148</sup>*

The Committee agrees with many reports that the central concern for Canada is the public accountability of the overall processes for assuring the ethics of research involving humans. We recognize the excellent work that has been done across Canada by dedicated people in many environments who have strived to ensure that health research involving human subjects meets the highest standards of ethics, and we are confident that the standards achieved in Canada are as good as any in the world. Indeed, the report released by the Law Commission of Canada stated:

***The Committee agrees with many reports that the central question for Canada is the public accountability of the overall processes for assuring the ethics of research involving humans.***

*We are also very much impressed with the calibre of scholarly, ethics and legal expertise represented on many REBs. And, at a general level, Canadians scholars are prominent internationally in research regarding legal and ethical aspects of human subjects research.<sup>149</sup>*

However, the Committee believes that the present varied structures and approaches to health research ethics are inconsistent with the public accountability that an area of this importance requires. Accordingly, we urge the various leading stakeholders of health research

***We urge the various leading stakeholders of health research involving human subjects to work together to develop a governance system for health research involving human subjects that can meet the following objectives: the promotion of socially beneficial research; the protection of research participants; and the maintenance of trust between the research community and society as a whole.***

<sup>148</sup> Professor Michael MacDonald, Law Commission of Canada.

<sup>149</sup> *Ibid.*, p. 300.



involving human subjects to work together to develop a governance system for health research involving human subjects that can meet the following objectives: the promotion of socially beneficial research; the protection of research participants; and the maintenance of trust between the research community and society as a whole.<sup>150</sup> This initiative should involve Health Canada, CIHR, other federal funding agencies, the Panel and Secretariat on Research Ethics, industrial research sponsors, research institutes, health professional licensing bodies and associations, NCEHR, the newly created Canadian Association of Research Ethics Boards, etc. Therefore, the Committee recommends:

**That Health Canada initiate, in collaboration with stakeholders, the development of a joint governance system for health research involving human subjects for all research that the federal government performs, that it funds, and that it uses in its regulatory activities.**

**That Health Canada, in the development of this ethics governance system, regard the following components as essential to progress:**

- **Work initially on all (health) research that the federal government performs, funds, or uses in its regulatory activities, to develop an effective and efficient system of governance that will become accepted as the standard of care across Canada;**
- **Give prime importance in the governance system to effective education and training mechanisms for all who are involved in research and research ethics, with certification as appropriate to their different responsibilities;**
- **Develop standards, based on the *Tri-Council Policy Statement*, the International Conference on Harmonization guidelines applying to clinical trials involving human subjects, and other relevant Canadian and foreign standards, against which research ethics functions or Research Ethics Boards can be accredited or certified as meeting the levels of function that are consistent with the expectations of Canadians and with those in other countries;**
- **Ensure that the *Tri-Council Policy Statement* is updated and is maintained at the forefront of**

---

<sup>150</sup> These objectives correspond to those that were identified in the McDonald report cited in the previous footnote.

**international policies for the ethics or research involving humans;**

- **Remove inconsistencies between the various policies under which research involving humans is now governed, and make Canadian standards consistent with those of other countries that affect Canadian research;**
- **Establish an accreditation or certification process for research ethics functions that is at arm's length from government, but clearly accountable to government;**
- **Develop the governance system through open, transparent and meaningful consultation with stakeholders.**

### **5.7.3 Animals in Research**

Because animals are biologically very similar to humans, animals are used in research to develop new biological knowledge that has a high chance of applicability to the human condition. However, because animals are not identical to humans, new knowledge that arises from research with animals must be tested in humans before it is applied to human health.

Ethical concerns about the use of animals by humanity, particularly their use in research, have been recognized since the 19<sup>th</sup> century, especially in England. In Canada, these concerns caused MRC and NRC to undertake studies leading in 1968 to the creation of the Canadian Council on Animal Care (CCAC). Currently, CCAC receives 87% of its \$1.2 million budget from CIHR and NSERC to cover CCAC services to the research institutions that they fund. CCAC obtains the rest of its revenues from fees for service charged to governmental and private institutions.

CCAC awards the Certificate of Good Animal Practice<sup>®</sup> to institutions that it determines are in compliance with its standards. Compliance is determined through site visits by assessment panels. CIHR and NSERC make participation in the CCAC program mandatory for all those who wish to receive their research funding and inform institutions that they will withdraw funds from institutions that CCAC states are not in compliance with its standards. The CCAC reports that institutions generally comply with its recommendations.<sup>151</sup>

In its brief to the Committee, the Coalition for Biomedical Health Research stated that CCAC standards are recognized both nationally and internationally:

*(...) research that complies with CCAC guidelines and policies constitutes ethically sound and responsible activity.*

---

<sup>151</sup> Louis-Nicolas Fortin and Thérèse Leroux, "Reflections on Monitoring Ethics Review of Research with Human Subjects in Canada", *NCEHR Communiqué*, Summer 1997.

*(...) CCAC's nationally and internationally accepted standards (...) provide the needed balance between the protection of animals and the benefits that are gained by the use of animals in science.*<sup>152</sup>

The formal structure of the CCAC, along with its monitoring program, is regarded by many, in Canada and abroad, as an optimal model enabling it to work effectively at arm's length from and with government.<sup>153</sup> In addition, recent report suggested that such a model could be considered in the field of research involving human subjects. For example:

*An interesting model in Canada and one, which I think we need to look at seriously with regard to an accreditation process for human research, is the Canadian Council on Animal Care. (...) it now has remarkable credibility with international recognition. (...) It remains a very interesting and almost uniquely Canadian model. It has federal fiscal support and yet, functioning on its own, setting standards and having a very respected accreditation process for animal research.*<sup>154</sup>

The Committee acknowledges that CCAC performs a world class service to Canadians in a cost-effective manner. Though there is no doubt that some Canadians will disagree, mainly those who reject any use of animals in research, the Committee believes that the CCAC offers clear evidence that a very sensitive area that requires minute by minute attention and care can be effectively managed by an approach based on:

***The Committee acknowledges that CCAC performs a world class service to Canadians at a remarkably low cost.***

- Belief, until proven wrong, that institutions and individuals are seeking to work in a manner that reflects the values of Canadians;
- A firm foundation in increasing awareness and training of individuals on issues and standards;
- An assessment approach that is based on internationally recognized standards and that leads to certification of facilities and processes, that involves experts and lay persons, and that operates in a collegial manner until the point when there is evidence of wrongdoing and failure to take the necessary corrective measures.

While not advocating simply copying CCAC's mechanisms into the challenge of governance of research involving humans, the Committee believes that much can be learned from CCAC's experience. The Committee, however, identifies a gap in the interactions between the CCAC and the federal government. Though numerous departments and agencies place themselves under CCAC's assessment program for research involving animals that is carried out in their own facilities, and CIHR and NSERC require compliance with CCAC's standards as a

<sup>152</sup> Coalition for Biomedical and Health Research, Brief to the Committee, p. 8.

<sup>153</sup> Sub-Committee on Ethics, *The Ethics Mandate of the Canadian Institutes of Health Research: Implementing a Transformative Vision*, Working Paper prepared for the Interim Governing Council of the CIHR, 10 November 1999, pp. 18-19.

<sup>154</sup> Dr. Henry Dinsdale, Speech to the National Workshop of the NCEHR, March 2001, p. 5.

condition of receiving research funds, we believe that this is not enough. Therefore, we recommend:

**That all federal departments and agencies require compliance with the standards of the Canadian Council on Animal Care for:**

- **All research that is carried out in federal facilities, and**
- **All research that is funded by federal departments or agencies but performed outside federal facilities, and**
- **All research that is carried out without federal funding or facilities, but that is submitted to or used by the federal government for purposes of exercising its legislated functions.**

#### **5.7.4 Privacy of Personal Health Information**

All personal information is precious to individuals, but information about personal health is probably the most sensitive to most people. Health information goes to a person's most intimate identity, not only because it directly affects the individual him or herself, but also because it can affect family members and others, as well as other aspects of the person's life, such as his/her employment or insurability.

The right to privacy and confidentiality of personal health information is a very important value for Canadians. Now more than ever, Canadians need reassurance that their privacy and confidentiality will be respected in this era of rapidly advancing technology. However, the quality of their health and health care is also a value that Canadians cherish very dearly. Health care providers, health care managers and health researchers need access to personal health information to improve the health of Canadians, strengthen health services and sustain a high quality health care system. The present challenge for Canadians is to set acceptable limits around the right to privacy, on the one hand, and the need for access to information (by health care providers, managers and researchers) on the other, in order to achieve an appropriate balance between them.

***The right to privacy and confidentiality of personal health information is a very important value for Canadians.***

The *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* or PIPEDA, promulgated in June 2000, has stimulated intensive debate and study of this question in the past two years. The health sector had not recognized the potential effects of this legislation on health research and health care management until the legislative review of the Bill was well advanced through the House of Commons. Representatives from various parts of the health sector therefore intervened strongly in hearings before this Senate Committee in late 1999. Their testimony clearly demonstrated that the health sector was not part of the broad consensus supporting the bill, and also that there was no consensus within the health sector itself as to an

appropriate solution to the issues about privacy of health information which are raised by the bill. As a result, the Committee concluded that there was a significant degree of uncertainty surrounding the application of PIPEDA to personal health information that required clarification. In response to the Committee's recommendation<sup>155</sup>, therefore, the federal government decided to delay the application of PIPEDA to personal health information until January 1, 2002. This delay would allow one extra year from the time of proclamation to motivate government and relevant stakeholders in the health sector to resolve these uncertainties and formulate a solution that is appropriate for the protection of personal health information.

The Committee is pleased that several groups in the health sector have seriously addressed many of the concerns raised by PIPEDA, and in particular, the need to protect personal health information, while at the same time allow restricted use of such information for essential purposes such as health research and health care management (which includes the provision, management, evaluation and quality assurance of health services).

Over the past two years, CIHR has undertaken a wide-range analysis of the privacy issues and initiated a broad consultation process with various stakeholders, culminating in recommendations for the interpretation and application of PIPEDA to health research.<sup>156</sup>

CIHR's recommendations set out precise legal wording in the form of proposed regulations under PIPEDA that, without changing the Act, would facilitate its interpretation and application in the area of health research. These recommendations were presented to the Committee as the most realistic, short-term solution, recognizing that PIPEDA would not likely be amended before January 1, 2002. CIHR emphasizes that its proposed regulations, though significantly limited by the current wording of PIPEDA, could nevertheless provide the necessary guidance to help clarify certain ambiguous terms in a manner that will achieve the objectives of the Act without impeding vitally important research. CIHR is also of the view that regulations, as legally binding instruments, are necessary to enable researchers, and Canadians in general, to understand what the law expects of them and how to govern their conduct accordingly. Furthermore, such regulations could provide the necessary basis on which provinces and territories could develop substantially similar legislation before January 1, 2004, as provided for by PIPEDA.<sup>157</sup>

Finally, CIHR recognizes the need for further work with various stakeholders and the provinces to establish an overall, more coherent, comprehensive and harmonized legal or policy framework for the health sector. Ultimately, whatever law or policy governs this area needs to be interpreted and applied in a flexible and feasible manner, and users need to develop more detailed guidelines for promoting best information practices in their daily work.

The Committee has considered the regulations proposed by CIHR and we commend CIHR for its efforts in this regard. We fully support the intent of the proposed

---

<sup>155</sup> Second report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 36<sup>th</sup> Parliament, 2<sup>nd</sup> Session, 6 December 1999.

<sup>156</sup> CIHR, *Recommendations for the Interpretation and Application of the Personal Information Protection and Electronic Documents Act in the Health Research Context*, 30 November 2001. CIHR's proposed regulations are available on the CIHR Website at [http://www.cihr.ca/about\\_cihr/ethics/recommendations\\_e.pdf](http://www.cihr.ca/about_cihr/ethics/recommendations_e.pdf).

<sup>157</sup> Indeed, the Act gives provinces and territories until January 1, 2004, to develop substantially similar legislation.

regulations. As stated in its Fourteenth Report dated December 14, 2001<sup>158</sup>, the Committee believes that these regulations should be given serious consideration and, therefore, we recommend:

**That regulations such as those proposed by the Canadian Institutes of Health Research receive their fullest and fairest consideration in discussion about providing greater clarity and certainty of the law with the view to ensure that its objectives will be met without preventing important research to continue to better the health of Canadians and improve their health services.**

A second and parallel initiative was undertaken by a Privacy Working Group composed of representatives from the Canadian Dental Association, the Canadian Healthcare Association, the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association, the Canadian Pharmacists Association, and the Consumers Association of Canada. The Privacy Working Group addressed the need to access personal health information for the purposes of health care management. In a report submitted to Health Canada, the Privacy Working Group enunciated the following principles.<sup>159</sup>

- Confidentiality of information in health care delivery is of great importance to Canadians. Fear of disclosure to others of personal health information is likely to harm the trust that is essential in the relationship between patients and providers, and hence limits the willingness to seek care, or to impart information that is important to patient care.
- While an individual's right to privacy of personal health information is of great importance, it is not absolute. This right is subject to reasonable limits, prescribed by law, to appropriately balance the individual's right to privacy and societal needs, as can be reasonably justified in a free and democratic society.
- Individuals have the right to: privacy of their personal health information; decide whether and under what conditions they want such information collected, used or disclosed; know about and have access to their health records and ensure their accuracy; and have recourse when they suspect a breach of their privacy.
- In parallel, health care providers and organizations have obligations to: treat personal health information as confidential; safeguard privacy and confidentiality using appropriate security methods; use identifiable information only with the individual's consent except when the law requires disclosure or there is compelling evidence for societal good under strict

---

<sup>158</sup> Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Fourteenth Report*, 37<sup>th</sup> Parliament, 1<sup>st</sup> Session, 14 December 2001.

<sup>159</sup> Privacy Working Group, *Privacy Protection and Health Information: Understanding the Implementation Issues*, report submitted to Health Canada, December 2000.

conditions; restrict the collection, use and disclosure of personal health information to de-identified information, unless the need for identifiable information is demonstrated; and, implement policies, procedures and practices to achieve privacy protection.

When the Committee met in December 2001 to examine progress made with respect to the application of PIPEDA to health care, we were informed that, while the members of the Privacy Working Group agreed on many issues, they had not yet achieved a definitive and unified position. The Privacy Working Group was of the view that progress towards achieving consensus would require the active involvement and leadership of the federal government. The federal government, however, has taken the position that the concerns of the Privacy Working Group should be resolved between the members of the group and the Privacy Commissioner.

The Committee believes that further guidance and direction is needed in respect of the provision, management, evaluation and quality assurance of health services. For this purpose, constructive and collective efforts by *all* affected parties must be made to address the relevant issues, and government must lead by example. As stated in its 14<sup>th</sup> Report, the Committee recommends:

**That discussions continue among stakeholders, the Privacy Commissioner, and those federal and provincial government departments involved with the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.**

Like other Canadians, the members of the Committee place a very high priority on the protection of personal health information. Though protection of personal health information is understandably of very high importance, we must recognize what else is at risk if access is summarily rejected because of perceived threats to the privacy and confidentiality. Rather than give absolute status to the right to privacy, the Committee believes that Canadians must engage in a careful and thoughtful consideration of the reasons why personal information is needed for health research and health care management purposes, the social benefits that accrue to Canadians individually and collectively as a result, and the conditions that must be met before access is allowed. Because of its long-standing responsibility in funding health care and financing health research, the federal government should play a major role in promoting greater public awareness and facilitating greater debate in regard to these issues.

***The Committee believes that Canadians must engage in a careful and thoughtful consideration of the reasons why personal information is needed for health research and health care management purposes, the social benefits that accrue to Canadians individually and collectively as a result, and the conditions that must be met before access is allowed.***

CIHR's *Draft Case Studies Involving Secondary Use of Personal Information in Health Research* (December 2001) constitutes an excellent model for encouraging discussion and broader understanding through very concrete examples of real health research projects involving

secondary use of personal information. Parallel efforts by others to develop similar case studies illustrating why and how personal information is used for health care management purposes would also be extremely valuable. In light of the above, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, design and implement a program of public awareness to foster in Canadians a broad understanding of:**

- **the nature of, and reasons for, the extensive databases containing personal health information that must be maintained to operate a publicly financed health care system, and**
- **the critical need to make secondary use of such databases for health research and health care management purposes.**

This being said, the Committee believes that if Canadians are to allow restricted access to personal health information for essential functions, such as health research and health care management, it is imperative that their personal health information be adequately protected. We wish to emphasize the importance of ensuring, all the while, that Canadians remain confident that the privacy of their personal health information is being respected. We see here, once again, a major federal role to promote a fulsome discussion of the relevant ethical issues and examination of the control and review mechanisms necessary for ensuring that the secondary use of personal information for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner. Therefore, the Committee recommends:

**That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, be responsible for promoting:**

- **thoughtful discussion and consideration of the ethical issues, particularly informed consent issues, involved with the secondary use of personal health information for health care management and health research purposes;**
- **thorough examination of the control and review mechanisms needed for ensuring that databases containing personal health information are effectively created, maintained and safeguarded and**



**that their use for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner.**

### **5.7.5 Genetic Privacy**

The discussion above has addressed issues of privacy of personal health information arising from databases from the existing health care system. The Committee recognizes that new technologies allowing analysis of genes is also introducing new considerations into the management of personal health information. The exploding abilities to link DNA sequences to disease offer the potential both to greatly increase the health care of the individual but also to intrude into the privacy of both the individual and his or her relatives. In addition, these technologies allow the prediction of diseases that have not yet become evident. However, a majority of these predictions represent increased probability of the incidence of the disease, the test being often statistical in nature (e.g., the likelihood is twice that of the general population) rather than absolute (as for Huntington's disease, for example).

The application of the new genetic technologies to human health is as yet in its infancy, but at least some of the potential benefits and harms are becoming evident. The concerns include the fear that access to genetic information on individuals might affect their employability or insurability.

The Committee is pleased that interdepartmental discussions are underway within the federal government on this wide range of issues, and encourages their pursuit to provide guidance and advice on means of addressing these complex issues in the best interests of Canadians.

***The Committee is pleased that interdepartmental discussions are underway within the federal government on this wide range of issues, and encourages their pursuit to provide guidance and advice on means of addressing these complex issues in the best interests of Canadians.***

### **5.7.6 Potential Situations of Conflict of Interest**

Advances in human health often involve participation of researchers in academia, in government and in industry. The boundaries between these are becoming increasingly blurred, and much mutual trust and collaboration is required between them. For example:

- The large majority of published health research in Canada is done by researchers in academic institutions, who obtain funding from government, philanthropic and industrial sources.
- Academic researchers are increasingly entrepreneurial, and are the source of many start-up companies which are providing fast economic growth in the biological revolution.
- Industries obtain many of their ideas for new commercial entities, including new interventions in health, from academic research, and are starting to establish research centres in academe in exchange for right of first refusal on intellectual property.

- Government regulates health interventions, as well as contributing to knowledge through its in-house research. Regulations depend on research carried out by industry, often in academic institutions, which is assessed by governmental scientists, who may call on academic scientists for advice and other assistance.

The potential for conflicts of interest are obvious, as are the concerns that, for example, industrial interests in protecting intellectual property and commercial interests might adversely affect the performance or publication of research carried out in public institutions or with public funds. Media attention has rightly focused on instances when these fears appear to have been realised.

The Committee acknowledges that industrial research is an essential component of health research and health care. In fact, our growing abilities to promote health and to prevent, diagnose or treat disease are very largely due to industry. In addition, despite a number of publicized cases with evidence of conflict of interest, the Committee is of the view that the majority of industry works to high standards of ethics, fully consistent with the expectations of Canadians. Indeed, companies cannot expect to survive in today's world if they flout society's expectations.

***The Committee is of the view that the majority of industry works to high standards of ethics, fully consistent with the expectations of Canadians. Indeed, companies cannot expect to survive in today's world if they flout society's expectations.***

However, the Committee understands that the growing role of industry in Canada's health research spectrum, particularly in clinical trials, is a cause for concern. This was highlighted in a recent editorial by the International Committee on Medical Journal Editors, which laid out the ground rules for avoiding conflict of interest in publications.<sup>160</sup> In particular, there is a need to find an appropriate balance between clinical research performed in the academic sector, the ability to compare different treatments for the same disease, the focus of research on diseases in which profits are most likely, (e.g., diseases of wealthy as opposed to poor nations), the publication of negative results (e.g., the need for a registry of all clinical trials), and related areas.

The Committee welcomes the work of CIHR in expanding the collaborative health research programs between academic and industrial research through the University-Industry Program and the CIHR/Rx&D<sup>161</sup> Program. We understand that CIHR partnerships with industry need to be encouraged. However, there is a need to consider whether explicit guidelines should be developed; these guidelines could assist in determining the impact of ethically problematic areas in CIHR's relations with industry. We have learned that CIHR has set up a working group to study this issue. Therefore, the Committee recommends:

**That the Canadian Institutes of Health Research, in partnership with industry and other stakeholders, continue**

<sup>160</sup> See *Canadian Medical Association Journal*, 18 September 2001, Vol. 165, pp. 786-788.

<sup>161</sup> Partnership between CIHR and Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies.

**to explore the ethical aspects of the interface between the sectors with a view to ensuring that the collaborations and partnerships function in the best interests of all Canadians.**



## CHAPTER SIX

### PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE

---

In its previous reports, the Committee documented the importance of coming to terms with the many complex human resource issues in the health care sector. It suggested in Volume Four that this is one area where it is legitimate to speak in terms of a crisis. All subsequent evidence, whether from witnesses representing the full range of health care professionals, from recent academic research or from new reports, has merely served to confirm this initial finding. In this chapter, we review this evidence and present the Committee's recommendations, grouped under two main headings: developing a national strategy to deal with the crisis in the area of health human resources, and the reform of the delivery of primary care and its relation to human resource issues.<sup>162</sup>

#### **6.1 Towards a national strategy for attaining self-sufficiency in health human resources**

A survey conducted by CIHI in early 2001 amongst policy-makers, managers and clinical organizations indicated that human resource issues were the dominant theme for the next two to five years.<sup>163</sup> The central manifestation of the difficulties in the area of human resources is the shortage of qualified professionals. Concern over human resource shortages has also spread to the public at large, judging by the results of a recent consultation exercise undertaken by the Government of Ontario. Increasing the number of doctors and nurses in the system was identified as the number one health care priority by thirty-five percent of the more than 400,000 respondents to its household survey, the highest percentage given to any issue.<sup>164</sup>

##### **6.1.1 Shortages of health care professionals**

Dr John Ruedy, of the Capital District Health Authority (CDHA) in Halifax, painted a general picture of shortages affecting all aspects of health care delivery. He told the Committee that,

*CDHA has recently reduced inpatient and surgical services because of a shortage of skilled nursing staff. Within CDHA we currently have 175 vacant nursing positions, with little likelihood that we will be able to fill these positions, despite efforts to recruit new graduates, upgrade licensed practical nurses, and other strategies to increase the supply of nurses. We have recently discontinued our successful liver transplantation*

---

<sup>162</sup> For a more systematic treatment of the facts and figures in the area of health human resources, we refer readers to Volumes Two and Four of the Committee's ongoing study.

<sup>163</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 99.

<sup>164</sup> The Strategic Counsel, *Executive Summary: A Public Dialogue on Health Care*, January 2002, p. 19.

*program for lack of transplant surgeons. We are also experiencing serious shortages in other disciplines, notably pharmacy, laboratory and radiation therapy.*<sup>165</sup>

The Committee notes that there does not appear to be a single region of the country or a single health care discipline that is exempt from this penury of health care personnel. For example, research conducted for the Mazankowski report, released in January 2002, indicated that Alberta had an immediate need for 333 physician full-time-equivalents and that by 2004-05 an additional 1329 physicians, representing a 29% increase, would be needed.<sup>166</sup> The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador informed the Committee that in their province the “number of graduates does not meet the current demand for RNs”<sup>167</sup> and that “the current number of new graduates is 40% less than in the early 1990s when the number of funded nursing education seats were higher (180 versus an average of 273).”<sup>168</sup>

***The Committee notes that there does not appear to be a single region of the country or a single health care discipline that is exempt from this penury of health care personnel.***

The shortage of nursing personnel is not limited to registered nurses (RNs) but also extends to nursing assistants and practical nurses. Mr. Paul Moist, President of the Canadian Union of Public Employees in Manitoba, pointed out that “we are short 600 certified nursing assistants here in the city of Winnipeg, not to mention elsewhere in the province.”<sup>169</sup> Allied health professionals are also experiencing the same phenomenon. Mr. Ron Elliott, President of the Canadian Pharmacists Association, indicated that:

*Pharmacists, like physicians, nurses and other health care professionals, are facing a shortage. We estimate that we are short 1,500 full-time pharmacists in our country. The problem is particularly acute in hospital and rural settings.*<sup>170</sup>

In her testimony before the Committee, Elisabeth Ballerman, President of The Health Sciences Association of Alberta, noted that there were over 20 disciplines that were experiencing important shortages, ranging from physical and occupational therapists to radiography and medical laboratory technologists to public health inspectors.<sup>171</sup>

Dr Ruedy pointed out that this situation is not confined to Canada, telling the Committee that in Ireland, for example,

<sup>165</sup> Brief to the Committee, Nov. 6, 2001, p. 1.

<sup>166</sup> *A Framework for Reform. Context Papers: Do We Have a Shortage of Health Care Professionals*, Premier’s Advisory Council on Health, Dec. 2001, p. 4.

<sup>167</sup> Brief to the Committee, Nov. 5, 2001, p. 5.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>169</sup> 30:87

<sup>170</sup> 38:62.

<sup>171</sup> 32:62 and brief to the Committee, Oct. 17, 2001, pp. 1-2.

*In one of the hospitals, they were dependent upon 200 Indonesian nurses to provide adequate nursing services. The entire cleaning staff were Latvian who could not speak English. So this is a universal, world-wide problem and it is going to get worse...<sup>172</sup>*

One factor that is expected to contribute to the worsening of the shortage is the aging of the health care workforce. CIHI recently reported that from 1994 to 2000, the average age of Canadians in health occupations rose almost two years from 39.1 to 40.8 years.<sup>173</sup> This trend is consistent for almost all health care providers. For example, the Committee noted in its previous report that the average age of physicians rose from 46.4 to 47.5 between 1996 and 2000, while CIHI has indicated that the average age of practicing nurses in 2000 was 43 years, up from 41 in 1994.<sup>174</sup> The aging of the workforce means that even more new graduates will be needed to replace health care professionals who will be retiring at an accelerating rate.

### **6.1.2 Towards self-sufficiency in health human resources**

The Committee strongly believes that one of the major consequences of the world-wide nature of the health human resource shortage is that it becomes necessary for countries to assess how to become self-sufficient in human resources. In no other industrialized country is this more important than here in Canada. For example, as the Committee noted in its previous reports, there is less opportunity for young Canadians to attend medical school in Canada than in any other industrialized country. According to the Association of Medical

***The Committee strongly believes that one of the major consequences of the world-wide nature of the health human resource shortage is that it becomes necessary for countries to assess how to become self-sufficient in human resources.***

Colleges of Canada (ACMC) Canada is now near last in the ratio of physicians to population among OECD countries. This situation owes much to the decrease in medical school enrolments that came about as a result of the implementation of a select number of recommendations from the Barer-Stoddart report published in 1991.

In the past, Canada has relied on International Medical Graduates (IMGs) to fill the gaps. Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine, University of British Columbia, told the Committee that it was no longer possible for Canada to rely on past practice. He noted that the majority of IMGs

*...used to come from the U.K., but comparative practice opportunities between the U.K. and Canada are not in favour of Canada any longer. We have people going back to the U.K. We have very great difficulty recruiting people from the U.K. at the present time. We go to South Africa. The morality of that is highly questionable.<sup>175</sup>*

The ACMC has recently amplified this last point:

---

<sup>172</sup> 42:83.

<sup>173</sup> CIHI, op. cit., p. 13.

<sup>174</sup> Ibid., p. 40.

<sup>175</sup> 33:76

*The morality of recruiting physicians from economically disadvantaged countries must be seriously questioned. Canada is a wealthy nation and it is inappropriate to require poorer countries to incur the heavy cost of medical education only to have their graduates aggressively recruited by a wealthy nation unwilling to make its own appropriate investments in medical education.*<sup>176</sup>

The problem of industrialized countries recruiting physicians and other health care professionals from the developing world is of great concern in countries such as South Africa. It was brought to the Committee's attention that the problem is so serious that on at least two occasions in 2001, senior officials, including the South African High Commissioner of South Africa, met with representatives of the Royal College of Physicians and Surgeons to raise their deep concern over the disturbing level of emigration of physicians, surgeons and nurses to other countries, including Canada.

The Committee agrees that it is unacceptable for Canada to poach highly trained graduates from the developing world. It is therefore convinced that, in such a context, the only remaining alternative is to work towards self-sufficiency. This requires being able to define targets for the numbers of the various types of health care provider that are required, something that is far from being an easy task.

***...it is clear to the Committee that recent efforts to increase the number of graduates from Canada's medical schools should be pursued.***

Despite these difficulties, it is clear to the Committee that recent efforts to increase the number of graduates from Canada's medical schools should be pursued. This is all the more important given the many changes taking place in the medical workforce. Many newer graduates are seeking a better balance between home and work life, and are no longer prepared to work the inordinately long hours that were once the norm. This means that more graduates will be needed. Moreover, the Committee also feels that the number of postgraduate training positions should be raised from its current ratio of one place for every graduating student. As the Committee has noted in earlier reports, funding more postgraduate positions will allow the quicker integration of IMGs seeking Canadian credentials, and afford physicians greater flexibility in planning their careers.

A decline in the number of graduates in other disciplines was also noted by various witnesses. The Saskatchewan Registered Nurses' Association pointed out that "in Canada in the early 1990's nursing programs were graduating 10,000 students, today it is closer to 4,000," with Saskatchewan having lost 300 funded seats over the same time period, resulting in waiting lists of qualified Saskatchewan

***It is thus clear to the Committee that the numbers of nursing graduates as well as of allied health professionals need to be sharply increased, and that the federal government must contribute to helping make this happen.***

---

<sup>176</sup> Association of Canadian Medical Colleges, *Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada*, Oct. 2001, p. 13.



applicants.<sup>177</sup>

The Health Sciences Association of Alberta (HSAA) told the Committee that:

*Enrollment in many programs were cut back through a combination of cuts to health care and advanced education. An example is Medical Laboratory Technology in Alberta, where training schools cut enrollment from 40 students to 20 students.*<sup>178</sup>

And that:

*To take an even longer-term perspective, enrolment in colleges and universities has not only not kept up with the expanding demands of health care, but many of them have actually decreased. Human Resources Development Canada (in its Job Futures 2000 Program) indicates that many allied health worker disciplines have seen a decrease in the number of graduating students. For example, HRDC indicates that in 1997, there were 530 graduates from medical laboratory technology programs across the country - a 42% decrease from 1987. Diagnostic Imaging had a 15% decrease in graduation over the same period. This is an astounding figure, considering the ever increasing demand for technical and professional employees due to both the new technologies and a growing population.*<sup>179</sup>

The decline in the number of graduates has also been compounded by what has been called 'credential creep.' This refers to the gradual increase in the educational levels required to gain employment in a particular field, often driven by the increasing complexity of the work involved. The HSAA gave the examples of the Michener Institute in Ontario that has recently moved from a two-year program in medical radiation technology and nuclear medicine, to a five-year program, and of the proposal in Alberta to require a masters level program for entry to clinical practice in physical therapy.<sup>180</sup>

Among the consequences of 'credential creep' are that it takes longer to train new graduates, who must make a correspondingly greater commitment of time and money to acquire the necessary training, and who will therefore expect salaries that are commensurate with their levels of training and education. In addition, the proliferation of new equipment means that provision must be made for ongoing training, a process that puts further pressure on limited financial and human resources. It is of no use to invest in expensive equipment if there is not sufficient qualified personnel available to ensure that it is properly used.

It is thus clear to the Committee that the numbers of nursing graduates as well as of allied health professionals need to be sharply increased, and that the federal government must contribute to helping make this happen. The Committee therefore recommends:

---

<sup>177</sup> Brief to the Committee, Oct. 16, 2001, p. 7.

<sup>178</sup> Brief to the Committee, Oct. 17, 2001, p. 4.

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

<sup>180</sup> Brief to the Committee, pp. 5-6

**That the federal government:**

- **Work with provincial governments to ensure that all medical schools and schools of nursing receive the funding increments required to permit necessary enrolment expansion.**
- **Review mechanisms by which direct federal funding could be provided to support expanded enrolment in medical and nursing education, and ensure the stability of funding for the training and education of allied health professionals.**
- **Review student loan programs available to health care professionals and make modifications to ensure that the impact of inevitable increases in tuition fees, especially as they affect medical students, does not lead to denial of opportunity to students in lower socio-economic circumstances.**
- **Provide particular tuition support for nursing students, up to and including waiving tuition fees entirely for a limited period of time.**
- **Work with provincial governments to ensure that the relative wage levels paid to different categories of health professionals reflect the real level of education and training required of them.**

**6.1.3 Increasing the supply of health care providers from Canada's Aboriginal peoples**

In its previous reports, the Committee noted that there was a serious shortage of health care providers from Aboriginal backgrounds. A number of witnesses addressed this problem, in particular with regard to the training of Aboriginal physicians. Dr. Henry Haddad, President of the CMA, noted that to the best of his knowledge there were only about 50 physicians from Aboriginal backgrounds in the entire country.<sup>181</sup> This represents less than one tenth of one percent of the total of more than 57,000 practising physicians in Canada in 2000.<sup>182</sup>

Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admission, University of British Columbia, told the Committee about initiatives taken at her University to encourage greater numbers of students from Aboriginal backgrounds to pursue careers in health-related fields. In the first place, she pointed out that it was necessary to identify barriers that come into play even before Aboriginal students graduate from high school.

---

<sup>181</sup> 42:102

<sup>182</sup> CIHI, op. cit. p. 10.

*(...) we have identified a number of significant barriers to the acceptance and the involvement of Aboriginal people and students entering into faculties, not just medicine but other health careers as well. Specifically, issues around early education are major issues in having Aboriginal people achieve the level of education required to enter professional faculties. The issue of dropout rates and lack of completion at the high school level prevents many Aboriginal students from even getting to the point where they could consider a health professional career.*<sup>183</sup>

Other obstacles rooted in cultural differences make themselves felt during the admission process. She noted that admission procedures designed for non-aboriginals

*(...) do not accommodate the communication processes that occur with Aboriginal students who are raised on reserves. For example, we look for rapport development with eye contact, and that is not culturally appropriate.*<sup>184</sup>

Dr. Bates insisted that it was not a matter of applying different standards to students from different backgrounds, but rather of being aware of the full impact of culturally conditioned behaviour and sensitivities. Thus, she affirmed that:

*...we do not mean lower admission standards at all. We are often asked that question. We have similar admission standards for all applicants, but we feel that we have not been identifying appropriately excellence and performance in certain groups, including Aboriginal students.*<sup>185</sup>

The Committee expresses its support for these kinds of initiatives. It also notes with approval the financial assistance being provided to aboriginal students by organizations such as the CMA. In this regard, witnesses noted that rises in tuition fees compounded the problem of recruiting Aboriginal and other minority students to careers in health care. For example, Dr. John Ruedy of the Capital District Health District in Halifax told the Committee,

*We have had an unbelievably difficult problem in this province in attracting our Aboriginal, Mi'kmaq and Black sons and daughters into medical school. Part of that has been that high school, home and peer environments make it appear beyond expectation that these individuals could ever afford to go to medical school. It is not that they do not have the brains, it is just economically beyond them. This has been seriously augmented by the very large increases in tuition that have occurred over the last five years.*<sup>186</sup>

The Committee therefore recommends:

---

<sup>183</sup> 33:58

<sup>184</sup> 33:59

<sup>185</sup> 33:59

<sup>186</sup> 42:93

**That the federal government work with the provinces and medical and nursing faculties to finance places for students from aboriginal backgrounds over and above those available to the general population.**

#### **6.1.4 Dealing with ‘The Brain Drain’**

In its previous reports the Committee noted that for both doctors and nurses, the two groups of health care professionals whose emigration from the country has provoked the most concern, it was their perceived inability to practice in a way that allowed them to make full use of their training that was often central to their decision to move abroad. This was contrary to some people’s impression that tax relief measures alone might be sufficient to lure health care professionals into returning to Canada.

A recent examination of the ‘Brain Drain’ by Ross Finnie of Queen’s University pointed out in this regard that overall reinvestment in the health care system would create a kind of virtuous circle in policy terms. By reaffirming that better health care is its own worthwhile goal it would help create the conditions that would lead to a reduction in the brain drain. This, in turn, would mean a better supply of health care professionals and reinforce further the ability of the system to provide the kind of care that these professionals have been trained to deliver.<sup>187</sup>

It is worth noting that recruiters abroad are acutely aware of the desire of Canadian health care professionals to be able to practice in a way that allowed them to make full use of their training. This point was illustrated by an article in *La Presse* that cited a recruiter from Lausanne, Switzerland, who had been importing nurses from Quebec for over 25 years. He said that, “two-thirds of Quebecers who come here say that their motivation is to be able to really put into practice the health care policy for which they have been trained.”<sup>188</sup> His efforts have been so successful over the years that 249 nurses from Quebec now work in his hospital, and Quebecers in general represent 15% of the total staff.

There are no shortcuts to making the working conditions in Canada’s hospitals sufficiently attractive to recruit and retain health care graduates. For example, the Committee highlighted in its fourth report the range of factors that would have to be addressed in order to alleviate the crisis in nursing:

- the place where the work takes place must itself be healthy, safe and secure
- the tools required to do the job must be in place
- the work being done must be interesting and attractive enough to offer its own intrinsic rewards to those who carry it out - and at the same time must be adequately rewarded, recognized and respected externally

---

<sup>187</sup> Finnie, Ross, “The Brain Drain: Myth and Reality — What It Is and What Should be Done,” in *Choices* Vol. 7, No. 6, Nov. 2001, p. 18.

<sup>188</sup> Gilles Toupin “La Suisse maraude les infirmières québécoises,” *La Presse*, July 21, 2001. (Translation of: « les deux tiers des Québécois qui débarquent chez nous disent dans leurs lettres de motivation qu’ils veulent pouvoir répondre réellement à la politique en soins pour laquelle ils ont été formés ».)

- working hours and the interplay of home life and work life must be addressed, particularly in a workforce largely staffed by women

At the same time, the Committee believes that there are certain measures that should be envisaged to deal specifically with the problem of health care professionals who have moved abroad. Given that it will take years for a sufficient number of new graduates to be trained, it makes sense to work to repatriate Canadians who already have the necessary training, experience and skills.

**...the Committee believes that there are certain measures that should be envisaged to deal specifically with the problem of health care professionals who have moved abroad.**

The Committee believes that this effort should involve two main elements. On the one hand, the different levels of government and the various professional associations should work together in order to make sure that Canadians abroad are made aware of the changes being introduced into the health care system, and of the new possibilities for professional practice that are arising. The Committee notes that Nova Scotia recently undertook a 10-week campaign along these lines to woo back nurses who had left for the U.S.<sup>189</sup>

On the other hand, certain short-term incentives should be considered in order to make returning to the country as attractive as possible and to defray some of the costs associated with re-establishing oneself in professional practice. In a recent article, “Why do highly skilled Canadians stay in Canada?” the authors pointed out that,

*In the late 1960s, after a decade of the brain drain to the United States, Canada induced Canadian academics to return with a combination of attractive career opportunities and three years of federal income tax forgiveness.<sup>190</sup>*

Dr. Peter Barrett, former president of the CMA, suggests that this historical precedent could be applied to the design of some sort of short-term income tax relief targeted at doctors. The Committee believes that these same measures should also be considered for nurses and other health care professionals in short supply, where there is evidence that they have moved abroad in significant numbers. The Committee therefore recommends:

**That in order to facilitate the return to Canada of Canadian health care professionals who are working abroad, the federal government should work with the provinces and professional associations to inform expatriate Canadian health professionals of emerging job opportunities in Canada, and explore the possibility of adopting short-term tax incentives for those prepared to return to Canada.**

<sup>189</sup> Steve Proctor, “N.S. works to rehire nurses who went south”, Halifax Herald, Nov. 29, 2001.

<sup>190</sup> Cited in Peter Barrett “Who Let the Docs Out?” in *Choices* Vol. 7, No. 6, Nov. 2001, p. 43. The original article by DeVoretz and Iturralde appeared in *Policy Options*, Vol. 22, no. 2, March 2001.

### 6.1.5 The need for a national health human resources strategy

Throughout the Committee's hearings witnesses have repeatedly stressed the need for a national health human resources strategy, a proposal which the Committee endorsed in Principle Fourteen in Chapter Two of this report. The question remains, however, as to who should be responsible for the development of such a strategy and how such a strategy should be implemented. The recommendations that have been advanced in this chapter already point to many of the reasons such a strategy is required. Thus, the Committee believes that it is difficult to see how it could be possible to attain the objective

***Thus, the Committee believes that it is difficult to see how it could be possible to attain the objective of self-sufficiency in health human resources unless there is long-term cooperation and coordination amongst all stakeholders, from government through the professional associations to educators in the health care field.***

of self-sufficiency in health human resources unless there is long-term cooperation and coordination amongst all stakeholders, from government through the professional associations to educators in the health care field.

At the same time, however, it is clear that the need for such a national strategy has long been recognized. One therefore has to wonder why it has proven to be so difficult to formulate. The British Columbia Medical Association noted in its brief to the Committee that,

*A national health human resource strategy is indeed what we need, although its development has proved virtually impossible over the course of the past three decades.<sup>191</sup>*

In the Committee's view, moving forward in this regard entails recognizing that such a strategy must not be a 'federal' one, with input only or primarily from the senior level of government, but must rather involve all stakeholders, while recognizing that the training and education of health care professionals is a provincial responsibility.

There are other factors that reinforce the need for a national strategy that are worth noting as well. Ms. June Blau, President, Saskatchewan Registered Nurses' Association, told the Committee that not only is her province not training enough nurses to meet its own needs but that other provinces have traditionally relied on nurses trained elsewhere to meet their own requirements:

*We are limited in Saskatchewan right now to 260 seats; we need at least 400. The Province of British Columbia, for example, has only ever trained 50 per cent or less because they rely on recruitment from other provinces. So we train and they use. And that has been the philosophy ever since I became a nurse.<sup>192</sup>*

<sup>191</sup> Brief to the Committee, Oct. 10, 2001, p. 5.

<sup>192</sup> 31:7

In the Committee's opinion, problems relating to inter-provincial competition for graduates in health-related fields, further highlights the centrality of developing a national strategy with regard to health human resources. Competition between different jurisdictions for scarce human resources can lead to severe disparities in the ability of various regions to provide health care services.

At the same time, of course, it is true that different provinces and regions of the country offer different attractions that will appeal to health care professionals for a variety of reasons. The Honourable Jamie Ballem, Minister of Health and Social Services in Prince Edward Island, told the Committee,

***In the Committee's opinion, problems relating to inter-provincial competition for graduates in health-related fields, further highlights the centrality of developing a national strategy with regard to health human resources.***

*We have a situation where the perception is that health care is measured by how much money you spend, how many doctors you have, how many nurses you have... However, when you try getting more doctors, they are just not available. Money is not the issue. More nurses are needed; we have 40-plus vacancies in our nursing structure right now. I budget for more than that every year, for all those vacancies, and we will pay more than that in overtime. It is not a question of creating more positions. We just cannot get the bodies.*

*Thus we are looking at how to utilize the health professionals that we have: what the mix will look like, and who does what. We are trying to have attractive recruitment and retention packages. We are trying to make the workplace something that is attractive to keep people here. We cannot compete in dollars. If it was just a case of dollars and cents, everybody would be in Alberta. We are trying to create a situation in this province whereby it is an attractive opportunity for someone to come and practise their profession.<sup>193</sup>*

There is also evidence that there is fierce financial competition for many categories of health care professionals, not only between various regions of the country, but also between public and private providers. The Health Sciences Association of Alberta gave the following examples to the Committee:

*The private sector in radiology in Alberta offers comparable wages, but usually better working hours and conditions (i.e. less shift work, weekends and call-backs). As a result, we have seen an exodus of diagnostic imaging technologists to the private sector. However, the expectations for services in the public sector has not diminished, which in turn creates an overburdened workforce of employees who remain in the public sector.*

---

<sup>193</sup> 43:55

*Another example of private sector competition affecting the public sector is in pharmacy services. Because of the international shortage in Pharmacists, the private sector has been paying much higher wages than the public sector. Beyond wages, the profit sharing and other compensation schemes can result in many Pharmacists earning \$20,000-\$30,000 a year more in the private sector.<sup>194</sup>*

Finally, there is the seemingly intractable problem of the geographical maldistribution of physicians. In its previous reports the Committee repeatedly highlighted the long-standing difficulties in ensuring an adequate supply of health care professionals to the rural and remote regions of the country. Amongst the strategies that were proposed to the Committee to increase the number of physicians who were interested in practising in rural Canada was the oft-repeated idea that by exposing medical students to the reality of rural practice, many would choose to locate there. The Committee heard evidence that this kind of strategy does indeed work. Mr. John Malcolm, Chief Executive Officer, Cape Breton Regional Health Care Complex, gave the following account to the Committee:

*You must consider the needs of rural Canada. When Dr. Ruedy was Dean, his department approached us about the idea of establishing a rural family medicine program. We jumped at that – to the point that we found all of the costs to operate the program locally. The university found the cost for the residents...*

*We have no vacancies in any of the communities around the Cabot Trail and, in fact, we have one community where we appear to have one physician who wants to come more than what we need next year. If you expose people to the opportunity of rural practice, they will choose rural practice just as I choose to live in rural Canada and not return to urban Canada.<sup>195</sup>*

The Association of Canadian Medical Colleges (ACMC) has recently argued that there are three major problems that must be confronted in trying to address regional maldistribution:

- The concentration in large urban centres—physicians tend to concentrate in areas of larger population with greater ranges of educational, religious, cultural and recreational opportunities for families and working opportunities for spouses.
- The fact that rural practice has specific demands, with professional practice considerations including heavy “on-call” and “burn-out” factors in rural communities.
- The emergence of an increasing number of opportunities for physicians in urban centres as the shortage of physicians in Canada increases in urban communities.

---

<sup>194</sup> Brief to the Committee, p. 5.

<sup>195</sup> 42:85-86



The ACMC also points out that the issues that need to be addressed include “recruitment of students with backgrounds that may be suited to a rural or remote practice, support of physicians in rural or remote locations (locums), improved use of telehealth, and increasing the exposure of trainees to rural and remote practices.”<sup>196</sup> The Committee agrees with these goals. It also endorses the idea that any contractual arrangements entered into by physicians promising to practice in rural areas should be voluntary. Coercive measures to force physicians into rural or remote practices are to be discouraged, as was affirmed by the Ontario Government’s January, 2001 Expert Panel on Health Professional Human Resources Report. It included as one of its core principles that “strategies to improve the distribution of health care professionals should be designed to attract and encourage them to practice in areas of need rather than penalizing them for not doing so.”<sup>197</sup>

The Committee would also like to acknowledge the enormous contribution made by the tens of thousands of Canadians who volunteer literally millions of hours of their time in the health care sector. Without them the impact of the shortages of both human and material resources that plague the health care system would be magnified many times over. CIHI notes that a recent Statistics Canada survey found that health organizations benefited from about 9% of the 1.05 billion hours that Canadians volunteered in 2000.<sup>198</sup> In this regard, Ms Maude Peach, the former Director of Volunteer Resources with the Health Care Corporation of St. John’s, told the Committee that in Newfoundland, “volunteers contribute millions of hours a year helping people who are ill, elderly, disabled, disadvantaged, and illiterate.”<sup>199</sup> The Committee wishes to encourage Canadians to continue to contribute to the health care sector by volunteering.

There have been a number of initiatives already undertaken to move in the direction of better coordinating human resource planning. A recent study released at the Premier’s conference in Victoria called for provinces and territories to consider solutions that aim to increase the number of health care workers in their own jurisdictions while not recruiting workers from other parts of the country.<sup>200</sup> Mr. William Tholl, CEO of the Canadian Medical Association (CMA), told the Committee that the CMA was working with other organizations of health care providers to develop a multi-disciplinary study that will assess human resource needs based on a disease-based or patients perspective.<sup>201</sup>

The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development Canada (HRDC), The Honourable Jane Stewart, that her department is undertaking two important sectoral studies in order to gauge the precise human resources needs for physicians and nurses. The Committee believes that this marks an important step in the direction of developing a national approach with regard

***The Committee welcomes the announcement last fall by the Minister of Human Resources Development Canada (HRDC), The Honourable Jane Stewart, that her department was undertaking two important sectoral studies in order to gauge the precise human resources needs for physicians and nurses.***

<sup>196</sup> ACMC, *op. cit.*, p. 10.

<sup>197</sup> Cited in CAIR’s brief to the Committee, p. 14

<sup>198</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 13.

<sup>199</sup> 41:40

<sup>200</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 75.

<sup>201</sup> 42:109

to health human resources. Each of these studies will systematically analyse the labour market and culminate in the elaboration of a strategy designed to ensure an adequate supply of appropriately trained professionals.

The physician study will comprise three phases, lasting around three years:

- *Phase 1*, 9-12 months - A situational analysis reviewing health care delivery models, factors influencing the physician workforce and profiling the physician workforce.
- *Phase 2*, 12-18 months - A comprehensive human resource analysis of physicians to gather and analyze information on issues impacting on the supply of, and demand for, physicians.
- *Phase 3*, 12 months - Develop a human resource strategy for physicians through a consultative mechanism involving all relevant stakeholders.

For its part, the nursing study has two phases, that will take two years to complete:

- *Phase 1* (duration - 20 months) - A comprehensive analysis of the nursing labour market will be undertaken, including the development of nursing requirements under various delivery model options.
- *Phase 2* (duration - 5 months) - A systematic strategy development process will be developed, based on the information developed under Phase 1 of the project, and using input from stakeholders in the nursing sector, including provincial and territorial governments.

The Committee notes with approval the involvement of all the key stakeholders, including provincial representatives, in the process of producing these studies. Despite their importance, however, these HRDC reports should not be seen as all that needs to be done. Given the length of the anticipated time frame for the completion of these studies, the Committee feels that the measures and initiatives it has recommended in this chapter should not wait that long to be considered. The Committee wishes to stress the importance of acting quickly in this area, while at the same time making sure that the implementation of the strategies that will flow from these reports be seen as part of a longer term health human resources planning process.

***The Committee firmly believes that the federal government must play an even stronger role than it has to date in coordinating efforts to deal with health human resources shortages.***

The Committee firmly believes that the federal government must play an even stronger role than it has to date in coordinating efforts to deal with health human resources shortages. Given that it is clear that there can be no 'quick fix' and that a wide range of interests and concerns must be incorporated in the search for long-term solutions, it would seem appropriate to establish an ongoing framework for dealing with human resource issues. The Committee therefore recommends:

**That the federal Government work with other concerned parties to create a permanent national coordinating body for health human resources, to be composed of representatives of key stakeholder groups and of the different levels of government. Its mandate would include:**

- **disseminating up-to-date data on human resource needs;**
- **coordinating initiatives to ensure that adequate numbers of graduates are being trained to meet the goal of self-sufficiency in health human resources;**
- **sharing and promoting best practices with regard to strategies for retaining skilled health care professionals and coordinating efforts to repatriate Canadian health care professionals who have emigrated to other countries;**
- **recommending strategies for increasing the supply of health care professionals from under-represented groups, such as Canada's Aboriginal peoples, and in under-serviced regions, particularly the rural and remote areas of the country;**
- **examination of the possibilities for greater coordination of licensing and immigration requirements between the various levels of government.**

## **6.2 Health Human Resources and Primary Care Reform**

As the Committee pointed out in its *Issues and Options* report (Volume Four), the way the delivery of primary care is organized will have a significant impact on our ability to make the best possible use of health human resources.

Primary health care constitutes the first point of contact with the health care system. At present, primary care delivery in Canada is organized mainly around family physicians and general practitioners working in solo or small group practices. Approximately one-third of primary care physicians are solo practitioners and fewer than 10 percent of primary care physicians work in multidisciplinary practices. The vast majority of primary care practices are owned and managed by physicians. Fee-for-service (FFS) payment is the dominant form of physician remuneration. Almost 90% of family physicians surveyed by the Canadian College of

***As the Committee pointed out in its Issues and Options report (Volume Four), the way the delivery of primary care is organized will have a significant impact on our ability to make the best possible use of health human resources.***

Family Physicians in 2001, said they received some proportion of their earnings in the form of fee-for-service payments,<sup>202</sup> and FFS payments accounted for an average of 88 percent of their total income.<sup>203</sup>

There is no legislative requirement that directly establishes the dominance of FFS payment of physicians. One can, however, identify two of the central features of Canada's health care system that have contributed to the structure of primary care delivery that prevails today. On the one hand, the original bargain that was struck between government and physicians to incorporate the principle of public payment for private medical practice had the effect of placing physicians at the centre of the health care system, and enshrining FFS as the dominant mode of remuneration.<sup>204</sup> At the same time, limiting the definition of "comprehensive" medically necessary coverage under the *Canada Health Act* to hospital and physician services has reinforced this same trend.

Thus, when the Committee spoke in Volume Four of the existence of a perceived 'hierarchy' amongst the health professions, with specialist physicians at the apex, it was highlighting this structural tendency within the Canadian health care system. The fact that this structure is given shape in part by the *Canada Health Act* is one reason that it is important for the Committee to examine the issues of health human resources and primary care reform, even though the main responsibility for policy in these areas lies with Provincial and Territorial governments.

### **6.2.1 Support for Primary Care Reform**

Over the years there have been numerous initiatives aimed at encouraging different ways of delivering primary care that could take advantage of more cooperation amongst, and better coordination between, health care providers. But, as a recent study of primary care in Canada by Hutchison *et. al.*, notes:

*Despite their wide variety and substantial numbers, innovations in the organization, funding and delivery of primary care in Canada have been at the margins of primary care rather than at its core. Except in Quebec, where 20 percent of family physicians and GPs work in CLSCs,<sup>205</sup> either full or part time, physicians participating in primary care reform projects or working in unconventional practice settings are in a tiny minority. In Ontario, with its long-established Community Health Centre and Health Service Organization programs and Canada's largest provincial primary care reform scheme, only about 5 percent of physicians participate in alternative models of primary care funding and delivery.<sup>206</sup>*

---

<sup>202</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers*, 2001, p. 73.

<sup>203</sup> Hutchison, Brian and Julia Abelson and John Lavis, "Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change," in *Health Affairs*, Vol. 20 No. 3, May-June 2001, p. 117.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>205</sup> Quebec's 'Centres locaux de services communitaires' (CLSCs) constitute a network of community clinics that offer a range of health-related services.

<sup>206</sup> Hutchison, *op. cit.*, p. 122.

During its hearings the Committee repeatedly heard that this lack of progress in reforming primary care delivery was, at present, not primarily the result of opposition from health care professionals each seeking to protect their particular bit of turf. From established physicians to residents and internes, through representatives of professional bodies and educational institutions, doctors across the country insisted that they were open to alternative forms of organizing primary care delivery and of remuneration.

In this vein, Dr. Henry Haddad, President of the Canadian Medical Association, told the Committee that “there is a prevailing myth that physicians are a barrier to change when in fact many of the progressive changes in the health care system have been more often than not physician lead.” He indicated that “Canadian physicians are willing to work in teams and the CMA has developed a “Scopes of Practice” policy that clearly supports a collaborative and cooperative approach,” adding that “contrary to popular belief, physicians are very open to alternate payment models.”<sup>207</sup>

Witnesses noted that one of the factors that had contributed to fostering this growing collaborative spirit was the narrowing of the gap in educational levels between physicians and other health care professionals. As well, the changing demographics and career patterns of newly graduated physicians has also had an impact on attitudes towards change. The Canadian Association of Internes and Residents told the Committee:

*Medical residents and new physicians often have a different set of personal and professional values, priorities, and workload expectations, flowing in part from a commitment to a more balanced approach to career, family, and well-being. These new values are increasingly playing a role in career and remuneration decisions. As a result, new physicians tend to be more open to alternative methods of compensation and health care delivery than traditional fee-for-service or solo physician practice.*<sup>208</sup>

However, some physician representatives, noting that a number of important questions remain unanswered, cautioned that primary care reform was unlikely to be a panacea for all the ills plaguing the health care system. In the words of Dr. Heidi Oetter, President of the British Columbia Medical Association:

*While the models that have been piloted to date may, arguably, provide better overall quality care, there is no evidence to date to suggest that these models have reduced costs or are generally applicable to the entire health care system. Quality must be the primary goal, but it will likely come with a higher price tag. It has been said that care delivery can conform to any two of the three characteristics of good, fast and cheap, but not all three simultaneously. Primary care is no different.*<sup>209</sup>

---

<sup>207</sup> Testimony before the Committee, Halifax, Nov. 6, 2001, p. 3 of speaking notes.

<sup>208</sup> “The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare,” brief to the Committee, Nov. 2001, p. 4.

<sup>209</sup> Brief to the Committee, Oct. 19, 2001, p. 8.

Witnesses representing organizations of registered nurses were unanimous in their assessment that primary care reform was essential to preserving and improving the state of health of Canadians and making better use of the full range of skills possessed by diverse health care providers. Thus, the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador suggested “that the best approach for achieving the intersectoral cooperation required to formulate and implement a national population health strategy is to embrace the primary health care and wellness model as the basis for the delivery of health services in the country.”<sup>210</sup> The Saskatchewan Registered Nurses' Association affirmed their belief “that the Primary Care Teams are the fundamental building blocks to the sustainability of a publicly funded health system,”<sup>211</sup> while the Registered Nurses of Ontario urged “the Standing Committee to recommend the implementation of true primary health care reform, with 24/7 care being delivered by interdisciplinary teams of health care professionals.”<sup>212</sup>

Representatives of other categories of nurses also endorsed the idea of primary care reform. Pat Fredrickson, President of the Canadian Practical Nurses Association, told the Committee that:

*Licensed practical nurses (LPNs) are both a practical and cost effective way of alleviating the shortage of nurses and averting an even more critical nursing crisis. We would strongly support a move away from the hierarchical way of thinking to support your assumption that each profession has its particular strengths, and these all need to be properly valued and deployed.*<sup>213</sup>

She noted that across the nursing profession as a whole there has been an increase in the levels of education and training, telling the Committee that “just as the registered nurses' education and scope of practice has expanded in recent years so has that of the LPN.”<sup>214</sup> But she argued that this has not yet led to the deployment of the full competencies of LPNs, noting that “the examples in this country where the knowledge and skills of an LPN are used to their full scope of practice are few and far between.”<sup>215</sup>

And just as there have been historical tensions between nurses and doctors over scope of practice issues, so too have LPNs felt that RNs have been guilty of guarding their own prerogatives. Ms. Fredrickson told the Committee:

*The greatest underutilization is also where there is the greatest shortage of registered nurses. The biggest barrier to the utilization of the LPN is in the facilities where the unions protect the turf of the registered nurse through restrictive collective agreements.*

At the same time, representatives of the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador told the Committee that they supported “the implementation of

---

<sup>210</sup> Brief to the Committee, Nov. 5, 2001, p.4.

<sup>211</sup> Brief to the Committee, Oct. 16, 2001, p. 4.

<sup>212</sup> Brief to the Committee, Oct. 30, 2001, p. 16.

<sup>213</sup> 32:56

<sup>214</sup> *Ibid.*

<sup>215</sup> 32:57

practices that enable *both RNs and LPNs to work to the full potential* of their approved scope of practice and within their level of competence.”<sup>216</sup>

Finally, representatives of some allied health care professionals also expressed support for the idea of primary care reform. The Ontario Association of Optometrists told the Committee that “as primary eye care providers, we are prepared to participate as part of the multi-disciplinary team vital to the primary care reform goals.”<sup>217</sup> Mr Ron Elliott, President of the Canadian Pharmacists Association indicated that his organization “strongly supports the need for reform of the current hierarchy of health care professionals” and that it believes “that scopes of practice need to change in order to improve effectiveness and efficiency.”<sup>218</sup>

Other witnesses also highlighted the importance of reviewing professional scope of practice rules in order to ensure that as few barriers as possible are put in the way of fruitful collaboration amongst health care providers. Mr. Gerry Fahey, Executive Director, Health Professions Council of British Columbia explained to the Committee the rationale behind the recommendations contained in a major review conducted in that province. He noted that in the old system, known as the ‘exclusive scopes-of-practice system,’ “each profession is granted a descriptive statement of its practice, which is, generally, very broad, and within that statement they have the exclusive right to perform.”<sup>219</sup> The new system that the Council proposed, based on one in place in Ontario, is called the ‘reserved-axe’ or ‘controlled-axe’ model. Mr. Fahey explained that,

*The theme of this system is to increase choice amongst health care professionals within safe parameters. In more basic terms, if people are trained and educated to perform certain tasks, they should be allowed to perform them.*<sup>220</sup>

He noted that this new system would help to promote interdisciplinary practice, and that, in particular, “the reserved-axe model will assist in promoting specialized practice for nursing and primary roles for nursing.”<sup>221</sup>

Moreover, he pointed out that there were often barriers to expanding interdisciplinary collaboration contained in legislation as well, telling the Committee that,

*(...) buried amidst all this subordinate legislation, regulatory instruments and bylaws, there are, even for one profession, many rules that create barriers for other professions. For example, there are provisions in several statutes that prevent a member of a profession from practicing with another. There are provisions preventing prescription release. There are provisions about who controls laboratory facilities. We identified these*

---

<sup>216</sup> Brief to the Committee, p. 8. Emphasis in the original.

<sup>217</sup> Brief to the Committee, Oct. 29, 2001, p. 5.

<sup>218</sup> 38:61

<sup>219</sup> 33:60

<sup>220</sup> 33:61

<sup>221</sup> Ibid.

*as not only barriers to access to the public, but also barriers to solutions coming from government in terms of how they want to use health care personnel.*<sup>222</sup>

The Committee strongly believes that revisions to scope of practice rules and other regulations that promote greater flexibility and encourage collaboration amongst health care professionals are to be welcomed, and that, as noted in Principle Twelve in Chapter Two, these should be developed so as to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained. It also expresses the hope that these can be made as uniform as possible across the country.

***The Committee strongly believes that revisions to scope of practice rules and other regulations that promote greater flexibility and encourage collaboration amongst health care professionals are to be welcomed.***

## **6.2.2 Inter-Disciplinary Education**

In order for primary care reform to succeed, several witnesses stressed the importance of ensuring that the education of health care professionals exposed them to the benefits and exigencies of inter-disciplinary teamwork. Dr. John H.V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences at the University of British Columbia, affirmed that “if we are serious about changing the extant hierarchical way of thinking, then I contend we should pay serious attention to the manner in which health care professionals are educated.” He added that his sense “is that one of the reasons we are not using our health professional, again, to quote, ‘to anything like the full extent of their capabilities’, is because their educational programs are structured in such a fashion that they do not foster an understanding of the particular strengths and scopes of practice of each other.”<sup>223</sup> His conclusion was that “we need a national health education program with resources to underwrite program development and evaluation at least on a par with some of the social science institutes in the CIHR.”<sup>224</sup>

Dr. John Ruedy, Vice President Academic Affairs of the Capital District Health Authority in Halifax, expressed a similar view:

*(...) experiential learning of health professionals is dependent on students’ access to models of health care teams. Professional silos are perpetuated by educational programs that have little relationship to one another. We need to develop core professional education programs that have different exit points for different health professions.*<sup>225</sup>

The Canadian Association of Interns and Residents (CAIR) noted that medical education had already begun to shift its focus somewhat, incorporating a greater emphasis on “multi-disciplinary education, so that physicians are learning and working with other members of the health care team including nurses and nurse practitioners, physiotherapists, occupational

---

<sup>222</sup> 33:61-62

<sup>223</sup> 33:111

<sup>224</sup> 33:112

<sup>225</sup> Brief to the Committee, Nov. 6, 2001, p. 3.



therapists, social workers and dentists.<sup>226</sup> Dr. Gilbert told the Committee that the University of British Columbia had just become the first University in the world to establish a college of health disciplines,<sup>227</sup> that involves the affiliation of seven faculties that have agreed to collaborate to promote inter-disciplinary education.

Nonetheless a note of caution in this regard was sounded by CIHI in a recent study entitled *Canada's Health Care Providers*:

*Does inter-professional education make a difference? If yes, how much? An international systematic review in May 2000 looked at its effects on professional practice and health care outcomes. Given the current state of research, the authors concluded that the jury is still out on possible outcomes.*<sup>228</sup>

### **6.2.3 What model for primary care reform?**

A concern of a number of the physicians who appeared before the Committee was that any move to reform primary care be done on a voluntary basis. The Canadian Association of Internes and Residents (CAIR) insisted that, "change will only be successful with the willing and constructive participation and input of the various providers involved in the delivery of health care; if they are alienated by the imposition of coercive measures, their needed goodwill, expertise, morale and cooperation will be seriously undermined."<sup>229</sup>

***The Committee is convinced that the reform of primary care delivery is essential to ensuring the sustainability of Canada's health care system.***

A second concern, expressed by the British Columbia Medical Association, had to do with the structure of the inter-disciplinary team that would be responsible for patient care in most reform scenarios. They indicated that in their view it was necessary for physicians to retain a leadership role within these group practices.

*What is important to physicians and to patients, we believe, is that each team requires a leader who will accept ultimate responsibility for the patient.*

*When patients arrive at the physician's office, they do not know their specific condition, they simply know their symptoms. This 'information asymmetry' requires the professional attention of the best-trained generalist, the GP, who can treat or triage for the entire spectrum of patient needs. The full spectrum GP at the point of entry to care is a fundamental strength of Canada's health system and highly valued by the public. The analogy that you don't need an electrician to change a light bulb is true, once you know*

<sup>226</sup> Brief to the Committee, p. 8.

<sup>227</sup> 33:123

<sup>228</sup> CIHI, *op. cit.*, p. 60.

<sup>229</sup> Brief to the Committee, pp. 5-6.

*the light bulb is the problem. If, on the other hand, you come home and the lights won't go on, all you know is that it is dark. The problem could have multiple causes, only one of which is a faulty light bulb. If you call in a 'light bulb changer' and that doesn't solve the problem, then a fuse box technician and finally the electrician, you not only have misused resources, but may have caused harm while waiting. The point is, patients don't arrive at the physician's doorstep with a label; they arrive with a complex array of symptoms and complaints that require diagnosis.<sup>230</sup>*

Other witnesses, suggested that the reluctance that was still evident on the part of doctors to abandon their central role in the system could inhibit the reform of primary care delivery. Thus, June Blau, of the Saskatchewan Registered Nurses Association, told the Committee:

*Doctors are very powerful and do not want to abandon the fee-for-service system. They are afraid that we will short-change them. I do not think anybody realizes how many hours doctors put in per week. I have a daughter who is a family physician, so I am probably more aware than anybody. If and when we put physicians on salary, it will be a very good salary, as it ought to be.*

*We ought to be recognizing nurses in a similar way. We have to get rid of the hierarchy; doctors are not better than nurses, nurses are not better than LPNs or RPNs, and RPNs are not better than aides. This is not a hierarchy; this is a team. Each profession has some things that only it can do, each has areas of overlap, and we need to work in a team that takes advantage of all of those resources in the best way possible and achieve the efficiencies that come with that. What we have now is everybody working in silos, and with diseases in silos, instead of looking at health as a big picture.<sup>231</sup>*

On the whole, witnesses from all the health care professions believed that new forms of remuneration were essential, and that exclusive reliance on FFS was incompatible with widespread reform of primary care delivery. However, it was also generally agreed that there was no single 'cookie-cutter' formula that could be applied in all circumstances.

Witnesses argued that each form of remuneration had both advantages and disadvantages. FFS was seen to penalize physicians for spending longer periods of time with patients presenting complex cases. While it was recognized that FFS also encouraged doctors to be strong advocates for their patients within the system, there was concern that this contributed to phenomena such as the ordering of unnecessary diagnostic tests.

Capitation and rostering, on the other hand, were seen to facilitate the integration of primary care services and to emphasize quality care, including preventative medicine, over quantity, but at the cost of potentially generating an incentive for primary care

---

<sup>230</sup> "Setting Sail: Health Care in Transition," brief to the Committee, Oct. 19, 2001, pp. 9-10.

<sup>231</sup> 31:21

providers to not order all the tests that might be required (because they would be responsible for covering all or part of the costs of these tests out of a fixed per-patient budget).

Several witnesses referred to the study by Hutchison *et. al.* that indicated that “strong evidence is lacking to support the superiority of any one model of organizing, funding, and delivering primary care and of many suggested model components, including group practice, multidisciplinary practice, and remuneration methods.”<sup>232</sup> It is worth citing the detailed conclusions reached by these same authors:

*As we assess the state of evidence regarding primary care physician Payment methods based on the strongest, most relevant studies we have been able to identify, we see the following:*

- 1. There is suggestive evidence that patients’ assessments of overall satisfaction and access/availability are more positive in settings with FFS as opposed to salary or capitation payment.*
- 2. There is minimal or conflicting evidence regarding patients’ assessments of continuity, comprehensiveness, coordination, technical quality, and interpersonal aspects of care.*
- 3. There is minimal evidence regarding practice patterns (for example, frequency of home visits and length of office visits).*
- 4. There is suggestive evidence that capitation payment results in higher rates of referrals to specialists.*
- 5. There is minimal or conflicting evidence regarding quality, utilization, and costs of care.*
- 6. There is minimal evidence regarding differences in use of non-physician providers in FFS versus capitated practices.*
- 7. There is suggestive evidence of better preventive care performance by salaried and capitated physicians than by FFS physicians.*

*Effects of the range and mix of providers, working relationships and division of labor in multidisciplinary teams on health outcomes, patient and provider satisfaction, and cost-effectiveness with differing patient populations remain to be established.*<sup>233</sup>

But even though there is no current consensus on the exact form that primary care reform should take, the Committee nonetheless believes that it is possible to identify a number of key features that must be part of any reform agenda. As it indicated in Chapter Two (Principles Ten and Eleven), the Committee believes that primary care

***But even though there is no current consensus on the exact form that primary care reform should take, the Committee nonetheless believes that it is possible to identify a number of key features that must be part of any reform agenda.***

<sup>232</sup> Hutchison *et. al.*, *op. cit.*, p. 125.

<sup>233</sup> *Ibid.*, pp. 125-26.

reform should lead to primary care being provided by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week, and that the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining, capitation, fee-for-service and other incentives or rewards. Blended remuneration provides incentives for general practitioners both to work hard and to care for a large number of patients as they do now (through fee-for-service funding) and to emphasize preventive care and population health (through capitation funding).

The Committee is convinced that the reform of primary care delivery is essential to ensuring the sustainability of Canada's health care system. As it argued in Chapter Two (Principle Thirteen), the Committee also believes the reform of primary care is necessary in order to create the possibility for primary health care teams to eventually purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.

Therefore, recognizing that:

- The delivery of primary care to the population at large is a provincial responsibility;
- There is widespread support for the significant reform of primary care;
- No single model for reorganizing primary care will be universally applicable;
- Discussion and cooperation amongst all stakeholders is essential to the successful design and implementation of primary care reform;
- Voluntary adhesion to new models of primary care delivery by both providers and consumers is to be preferred.

The Committee recommends:

**That the federal government continue to work with the provinces and territories to reform primary care delivery, and that it provide ongoing financial support for reform initiatives that lead to the creation of multi-disciplinary primary health care teams that**

- **are working to provide a broad range of services, 24 hours a day, 7 days a week;**
- **strive to ensure that services are delivered by the most appropriately qualified health care professional;**
- **utilise to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals;**
- **adopt alternative methods of funding to fee-for-service, such as capitation, either exclusively or as part of blended funding formulae;**

- **seek to integrate health promotion and illness prevention strategies in their day-to-day work;**
- **organize themselves so that they develop the capacity to purchase services from hospitals and other institutional providers on behalf of their patients;**
- **progressively assume a greater degree of responsibility for all the health and wellness needs of the population they serve.**



## CHAPTER SEVEN

### TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY

---

As the Committee has noted in its Phase One report, it is clear that the state of the health care system affects our health. Services such as childhood immunization, medications to reduce high blood pressure as well as heart surgery all contribute to health and well-being. In fact, estimates by the Canadian Institute for Advanced Research suggest that 25% of the health of the population is attributable to the health care system alone.<sup>234</sup> It is therefore important for governments to ensure that the health care sector continually strives to provide quality and timely services.

It has been estimated that the remaining 75% of the health of the Canadian population is attributable to a multiplicity of factors that include: biology and genetic endowment; income and social support; education; employment and working conditions; physical environment; personal health practices and skills; early childhood development; gender, and culture. The Committee heard repeatedly that, to maintain and improve health status, governments should, in addition to sustaining a good health care system, develop population health strategies. Population health strategies encompass a broad range of activities, ranging from health and wellness promotion, to illness and injury prevention through broader policies and programs that influence income distribution, access to education, housing, water quality, workplace safety, and so on.

There is increasing evidence that investing more human and financial resources in promotion, prevention and population health can improve the health outcomes for a given population. In the end, this can reduce the demand for health services and the pressures on the publicly funded health care system.

Indeed, injury and illness are very costly to the health care system. During Phase Two of its study, the Committee was informed that the total cost of illness and injury was estimated at \$156.4 billion in 1998. Direct costs (such as hospital care, physician services and health research) amounted to \$81.8 billion, while indirect costs (such as lost productivity and lower quality of life) accounted for \$74.6 billion. The diagnostic categories with the highest total costs were cardiovascular diseases, musculoskeletal diseases, cancer, injuries, respiratory diseases, diseases of the nervous system, and mental disorders.<sup>235</sup> According to witnesses, many diseases, and most injuries, can be prevented. In their view, the only way to reverse disease trends and reduce the economic burden of illness is by investing more in health and wellness promotion, disease prevention and population health.

Overall, investment in health and wellness promotion, illness prevention and population health makes good financial sense. This fact was reflected in the 2001 report of the

---

<sup>234</sup> Volume One, p. 81.

<sup>235</sup> Volume Two, p. 49.

Auditor General of Canada which noted that “preventive health activities are estimated to be 6 to 45 times more effective than dealing with health problems after the fact.”<sup>236</sup>

The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from health and wellness promotion, illness prevention and population health, primarily in terms of improving health outcomes for Canadians, but also in terms of their financial impact on the publicly funded health care system. We wholeheartedly agree with the Mazankowski report which stated: “It sounds like just good common sense, but perhaps the best way to sustain Alberta’s health care system over the longer term is to take steps to enable people and communities to stay healthy.”<sup>237</sup>

***The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from health and wellness promotion, illness prevention and population health, primarily in terms of improving health outcomes for Canadians, but also in terms of their financial impact on the publicly funded health care system.***

In this chapter, the Committee outlines a series of principles based on an approach to population health that we feel should guide policy decisions. These principles flow from the evidence and documentation presented to the Committee, and are designed to lay the groundwork for a future thematic report in which the Committee will make specific recommendations on implementing these principles.

In addition to outlining the rationale behind these principles, this chapter also discusses the importance of a population health approach with regard to improving the health status of Aboriginal Canadians. The Committee wishes to stress that it intends to issue a separate report on the federal role with regard to the health of Aboriginal Canadians, and that the inclusion of a principle in this chapter that affirms the need for a population health approach in this area should not be taken as the Committee’s last word on this crucial subject.

## ***P*inciple 7.1**

### **Individuals should assume responsibility for their own health.**

In 1974, the then federal Minister of Health, the Honourable Marc Lalonde, released a landmark working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report recognized the impact of individual behaviour on health outcomes, and stressed that individual Canadians should assume greater responsibility of their health, while also identifying broader determinants (such as the environment or socio-economic factors) that have an impact on health outcomes.

<sup>236</sup> Auditor General of Canada, *2001 Report*, Chapter 9.

<sup>237</sup> Mazankowski report, p. 14.



The Lalonde Report referred to the “behavioural threats to health” and the “self-imposed risks” that accompanied “city living, habits of indolence, the abuse of alcohol, tobacco and drugs, and eating patterns which put the pleasing of the senses above the needs of the human body.”<sup>238</sup> It also stressed that:

*While it is easy to convince a person in pain to see a physician, it is not easy to get someone not in pain to moderate insidious habits in the interest of future well-being. (...) The view that Canadians have the right “to choose their own poison” is one that is strongly held.*<sup>239</sup>

There is no doubt that individual lifestyle choices have a significant impact on one’s health. A comprehensive report prepared for the Mazankowski Commission shows that lifestyle changes can markedly reduce the incidence and severity of a number of major diseases and leading causes of death and disability, especially heart disease, stroke, hypertension, diabetes and selected cancers. Moreover, the report suggests that many people already know the kinds of thing they should be doing – making healthier eating choices, getting more active, avoiding health risks and stopping smoking. It is not clear, however, why people do not always act on what they know.<sup>240</sup>

The Mazankowski report concluded that, in the context of health care system delivery, better incentives may be needed to encourage people to stay healthy:

*A number of ideas have been suggested for encouraging people to take more responsibility for their own health. Some people have suggested tying health care premiums to actions to stay healthy, providing tax credits or other tax incentives, or using medical savings accounts or some other form of co-payment to give people more control over their own health care spending. Others have suggested there should be penalties for people who do not look after their own health.*<sup>241</sup>

The Committee agrees that individuals should assume responsibility for their own health and that incentives need to be developed to encourage them to do so. We also agree that investment must be made in policies and programs that empower Canadians to make better decisions about their own health. This is an important step if Canada is to sustain publicly funded health care in the long term.

---

<sup>238</sup> Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Working Document, Health and Welfare Canada, April 1974, pp. 5-6.

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>240</sup> Mazankowski report, pp. 14-15.

<sup>241</sup> Mazankowski report, p. 17.

## Principle 7.2

### **Government programs that enable individuals to assume greater responsibility for their own health, and particularly health promotion and illness prevention activities, must be given high priority.**

Many witnesses stressed that, though individual Canadians are responsible for their own health, government can play an important role in providing information on how to stay healthy. This point was very well captured in the testimony of Dr. Serge Boucher, from the Hôtel-Dieu Hospital in Quebec City, when he said:

*Health is up to the individual. It is the individual who decides to become obese. It is the individual who decides whether or not to smoke. It is also the individual who decides whether or not he or she should exercise. Should the State intervene? Should the State compel the individual to do something? It is very important that we pinpoint accurately what the State can or must do; namely, looking first of all after the illness. As for health, we can give information.<sup>242</sup>*

It is clear to the Committee that government programs that enable people to be responsible for their own health must be given high priority. This point was stressed as far back as 1974 in the Lalonde report. This view was reiterated again in 1986 when the then federal Minister of Health, the Honourable Jake Epp, released a report entitled *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, which focused on the broader social, economic and environmental determinants of health. Both the Lalonde report and the Epp report underlined health promotion and illness prevention as a complement to the health care system and a means to prevent the occurrence of injuries, illnesses and chronic conditions, and to enhance people's ability to manage and cope with diseases, disabilities and mental health problems.

The Committee believes that programs which enable individuals to be responsible for their own health must be given high priority. An expanded Canadian Health Network, such as the one we advocate in Chapter Four, is one important tool that could furnish Canadians with reliable, evidence-based information on health, injury and illness. Currently, the Canadian Health Network provides health promotion and disease prevention information to Canadians and is considered by many as among the best in the world. The Committee believes that we should build on this success and create a national portal for the Canadian public, which would give Canadians access to comprehensive and trusted health-related information that could support self-care decision making and be strategically linked to provincial and territorial website services to ensure consistency of health-related information across Canada.

Recognizing that Internet-based health information can only be available to those who have access to computers, the Committee believes that government must also pursue public awareness campaigns which can address a wide range of issues, such as the importance of eating healthy food, exercising regularly, not smoking and adopting safe sexual practices. These

---

<sup>242</sup> Dr. Serge Boucher (39:32).

are all important messages that must be reiterated on an ongoing basis. We concur with witnesses that the role of government should not be to prescribe “good behaviour” but rather to help create an environment that allows people themselves to make the right choices.

Providing the “right information” with respect to health and illness and sustaining an ongoing public awareness campaign can significantly contribute to preventing many illnesses and most injuries, thereby improving the overall health status of the Canadian population. For example, with respect to cancer, Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy, Canadian Cancer Society, pointed out that:

*(...) we know from research, or it has been estimated from research studies, that up to 70 per cent of cancer cases can be avoided by people avoiding exposure to known risk factors, which include tobacco use, diet, physical activity, exposure to the sun and occupational and environmental carcinogens.*<sup>243</sup>

With respect to injury, Dr. Robert Conn, President and Chief Executive Officer, SMARTRISK, told the Committee:

*What is most compelling about injury prevention is that over 90 per cent of all of the injuries that come to the hospital are preventable. They are predictable and preventable.*<sup>244</sup>

Witnesses stressed that health promotion and disease prevention should not be seen as a substitute for the activities of the health care system, or as existing in a world cut off from the treatment of illness and the provision of care. Rather, promotion and prevention activities should be integrated with health services delivery.

Witnesses pointed to the Canadian Heart Health Initiative as an example of a program that exhibits the requisite integration features. The Canadian Heart Health Initiative is a multilevel strategy, linking national, provincial and local health departments. The Initiative is based on a multi-factor approach – one that addresses the major risk factors that are preventable or controllable. It combines research with the implementation of community-based heart health programs, directed primarily at achieving environmental changes supportive of “heart-healthy” habits and lifestyles among the general population.

Finally, the Committee was told that health promotion and disease prevention efforts should not be undertaken only by government. Employers can benefit in investing in prevention in their workplace settings. Edward Buffett, President and Chief Executive Officer, Buffett Taylor & Associates Ltd, Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants, gave an example of how programs initiated at the workplace have a positive impact on health and wellness:

---

<sup>243</sup> Dr. Barbara Whyllie (37:135).

<sup>244</sup> Dr. Robert Conn (37:138).

*We have a lot of American data right now that makes it very clear that not only are there savings, but they are very significant. We are looking at organizations like IBM and others claiming that for every \$1 they spend on disease prevention at the worksite they get a \$6 return on their investment.*

*The best example I can give you here in Canada is Husky Injection Molding Systems Ltd. The average rate of absenteeism for their industry is 9.7 per cent. That particular organization, which is a worldwide entity based here in Canada, now has in excess of 2,000 Canadian employees, primarily at their Bolton operation, and has a rate of absenteeism of 1.2 per cent. The savings are phenomenal. Husky Injection Systems provides on-site naturopathic services. They have two physicians who visit the plant on a regular basis. They have a child care centre. Their enlightened initiatives, frankly, have made them a world-class competitive organization. That is the pay-off.<sup>245</sup>*

The Committee is convinced that investment, both by government and the private sector, in health promotion and disease prevention is essential in order to maintain and enhance the health and wellness of Canadians, and that this investment will also make a significant contribution to the sustainability of our publicly funded health care system.

Similarly, with regard to injuries, Dr. Robert Conn of Smartrisk told the Committee that it costs the system \$8.7 billion to treat people who are seriously injured.<sup>246</sup> The Committee believes that more can be done with regard to injury prevention, and agrees with Dr. Conn that a national strategy, encompassing research and appropriate evidence-based programs to help prevent injury, should be seriously considered.<sup>247</sup>

***The Committee is convinced that investment, both by government and the private sector, in health promotion and disease prevention is essential in order to maintain and enhance the health and wellness of Canadians, and that this investment will also make a significant contribution to the sustainability of our publicly funded health care system.***

---

<sup>245</sup> Edward Buffett (37:34-35).

<sup>246</sup> Dr. Robert Conn (37:138).

<sup>247</sup> SMARTRISK Foundation, Brief to the Committee, Oct. 29, 2001, pp. 10-11.

## Principle 7.3

**It is necessary to develop broad population health strategies that are long term, national in scope and based on multi-departmental efforts across all jurisdictions.**

As the Committee has noted in its previous reports,<sup>248</sup> the concept of population health is not a new one and has been widely endorsed by policy-makers at all levels, inside and outside of government. Central to the formulation of policy based on a population health approach is the recognition that a wide

***As the Committee has noted in its previous reports, the concept of population health is not a new one and has been widely endorsed by policy-makers at all levels, inside and outside of government.***

range of factors contribute to health outcomes and to the overall health status of communities and individuals. During the Committee's most recent hearings, witnesses gave many vivid examples of the importance of the broad determinants of health. For example, Gary O'Connor, Executive Director, Association of Ontario Health Centres, told the Committee that:

*Over the past century, the most dramatic increases in health and wellness have come from sources other than the curative arts. They have come from safe drinking water, housing, income support and the use of seat belts, to name a few.<sup>249</sup>*

Similarly, Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, stated:

*We are just beginning to understand the determinants of health. (...) In my mind, what you are trying to tackle is the fact that there are many things that influence people's health. (...) If you really want to start much earlier in the process to determine people's health, then you will have to effectively deal with all these other sectors that will impact on health.<sup>250</sup>*

Throughout its hearings, the Committee heard repeatedly about the numerous long-term benefits that can be derived from population health strategies. However, we also learned that there are a number of difficulties associated with the design and implementation of programs and policies of a population health approach. One of them is the fact that the benefits of population health strategies can often take a long time to become apparent. This has significant consequences in a politicized system that is often not able to focus on the longer term because of the relentless short-term pressures of political life.

<sup>248</sup> See Volume One (Chapter 5), Volume Two (Chapter 4) and Volume Four (Chapter 12).

<sup>249</sup> Gary O'Connor (37:115-116).

<sup>250</sup> Dr. Robyn Tamblyn (40:82).

Another major challenge associated with devising a population health strategy is the difficulty to coordinate government activity in a context where decisions made by different ministries have an impact on health outcomes. Therefore, the responsibility for population health cannot reside exclusively with the minister of health. This difficulty is compounded several times over when the various levels of government are taken into account.

Despite the many difficulties that will have to be overcome, witnesses recognized the need for a multi-departmental and multi-jurisdictional approach to fostering the health and well-being of the Canadian population. For example, Mr. Gary O'Connor, Executive Director, Association of Ontario Health Centres, argued that:

*True health comes from an integrated approach, which would be achieved by partnerships with other ministries within the government and with other governments.*<sup>251</sup>

Multi-departmental efforts would ensure that the policies enacted by various government departments converge towards the same goals. This contrasts with the current situation in which policies may have diverging impacts on health outcomes. Dr. Tamblyn gave the following example:

*In any event, we know that exercise influences glucose metabolism. Hence, the epidemics of diabetes and obesity in younger kids are related to exercise programs. At the same time, the Ministry of Education is cutting education budgets and teachers are refusing to get involved in extracurricular activities. What are we doing? We are ignoring an opportunity to encourage and teach physical fitness. This will have downstream negative effects on health. We are choosing to ignore this and instead to make immediate cuts to education, in order to not achieve the final goal of influencing the determinants of health.*<sup>252</sup>

The Committee heard that in at least one province a serious attempt is being made to find ways to implement a multi-disciplinary, multi-departmental approach to population health. Robert C. Thompson, Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador, told the Committee about the Strategic Social Plan (SSP) that has been developed in his province:

*In Newfoundland and Labrador, the institutional infrastructure to mount this type of approach already exists through the Strategic Social Plan, the SSP. The SSP was started in 1998. It involves economic and social departments and agencies in a comprehensive approach to promoting health, education, self-reliance, and prosperity for people in the context of vibrant communities and sustainable regions.*

---

<sup>251</sup> Mr. Gary O'Connor (37:116).

<sup>252</sup> Dr. Robyn Tamblyn (40:83).

*The SSP has resulted in multi-disciplinary committees in seven regions, identifying social priorities that can be achieved through the complimentary activities of many departments and agencies. The SSP also promotes and provides institutional support for cross-departmental planning and policy development.*<sup>253</sup>

Drawing on the experience of his own province, Dr. Roy West (St. John's), President of the Board of Directors of the National Cancer Institute of Canada, stated:

*There must be a national strategic social plan – which we have; Newfoundland is the first province to develop a provincial strategic social plan. Newfoundland is having some difficulty implementing the plan, because of lack of resources, but it is heading in the right direction, in trying to empower communities to make them healthier and to make them economically more viable.*<sup>254</sup>

The Committee believes that there are potentially enormous benefits to be derived from the development of strategies based on a population health approach. We therefore feel that it is important to attempt to overcome any difficulties that confront their elaboration and implementation. The Committee believes that, as a first step in this direction, it is important to look carefully at the experience of provinces in their attempt to implement population health strategies, and in particular at how the federal government can contribute to ensuring that sufficient resources are available.

## ***P* rinciple 7.4**

**The federal government should continue to provide leadership in the field of population health and devote more resources to population health strategies.**

Witnesses who appeared before the Committee stressed that the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health, and many felt that it was imperative for the federal government to once again show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians. Dr. Catherine Donovan, Medical Officer of Health, Health and Community Services, Eastern Newfoundland, indicated that, unless the federal government deploys sufficient effort and resources, many of the good ideas that have been pioneered in Canada with regard to population health strategies will lie fallow:

***Witnesses who appeared before the Committee stressed that the federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health, and many felt that it was imperative for the federal government to once again show leadership in implementing a population health strategy for all Canadians.***

<sup>253</sup> Robert C. Thompson (41:7-8).

<sup>254</sup> Dr. Roy West (41:48-49).

*[Canada] needs adequate resources to support the kind of innovative health promotion and protection programming that is going to have a long term impact on health (...). Canada has always been very good at developing theory and approaches to the promotion of population health, but we have done relatively little to follow the path that earns us international recognition.*<sup>255</sup>

The Committee believes that, because of their importance, serious consideration should be given by the federal government to devoting more attention, effort and resources to the development and implementation of population health strategies. The federal

***The federal government should lead the way in population health by breaking down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for health and by coordinating the activities of the different departments whose policies and programs impact on health (health, environment, finance, etc.).***

government should lead the way in population health by breaking down the ministerial silos that compartmentalize responsibility for health and by coordinating the activities of the different departments whose policies and programs impact on health (health, environment, finance, etc.).

## ***P*** *inciple 7.5*

### **Government policies should be examined in terms of their impact on health status and health outcomes.**

The broad policy implication that flows from the recognition of the multiplicity of the determinants of health is that it is necessary to devise some sort of mechanism that would allow Canadians to monitor the impact of all government policy on health outcomes. One possible way to do this, which the Committee raised as an option in its previous report,<sup>256</sup> would be to charge a Health Commissioner with the responsibility of reporting to Parliament on the health impact of all federal government policy.

***The broad policy implication that flows from the recognition of the multiplicity of the determinants of health is that it is necessary to devise some sort of mechanism that would allow Canadians to monitor the impact of all government policy on health outcomes.***

A number of witnesses responded favorably to this suggestion by the Committee. For example, Jeff Wilbee, Executive Director, Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and Addiction Intervention Association, said that “Canada should show world leadership, through a health commissioner, in measuring and improving our population

<sup>255</sup> Dr. Catherine Donovan (41:66).

<sup>256</sup> Volume Four, p. 127.



health status.”<sup>257</sup> Similarly, Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator, Women’s Health Clinic in Winnipeg, stated:

*We very much appreciated your comments about health promotion and population health. We think this is critical, and are delighted with the idea of a commissioner in health impact assessments. We hope these concepts will be enshrined in an act of Parliament. As a matter of fact, the joke around our place is: since we do health impact assessments for the environment, how come we do not do them for people?*<sup>258</sup>

The Committee strongly believes that the monitoring of health outcomes should be at the forefront of government policy. Principle Sixteen in Chapter Two lays out how we believe such monitoring should be performed with respect to health care delivery. Based on this principle, we advocate, in Chapter Four, the creation of a national mechanism, independent from government, responsible for monitoring and assessing the impact of health care policy on the health status of Canadians. The Committee is convinced that a similar mechanism, complementary to the first one, should be established to review and assess the impact of all government policies on health outcomes.

The Committee is convinced that the federal government could set a valuable example by financing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of its policies affecting health. Regardless of the exact nature of the office that would assume this responsibility, the important point is to devise a mechanism that enables all government policy to be screened through a population health lens. This

***The Committee is convinced that the federal government could set a valuable example by financing a permanent mechanism for reporting to the Canadian public on the impact of its policies affecting health... the important point is to devise a mechanism that enables all government policy to be screened through a population health lens.***

This would permit an ongoing analysis of health outcomes and provide some measure of overall public accountability. An annual report from such an office that focused on the broad determinants of health could also include prescriptions for how to ensure that all government policies have as positive an effect as possible on the health of Canadians.

---

<sup>257</sup> Jeff Wilbee (37:131).

<sup>258</sup> Madeline Boscoe (30:59).

## Principle 7.6

### **Population health strategies must be adapted to local conditions, and their design and implementation must involve local communities.**

The evidence suggests that population health strategies in general must be carefully thought through so that they take into account the realities facing specific communities.

For example, people may be less inclined to bike or jog if the streets are unsafe. This implies that rigidly designed programs applied in a uniform and highly centralized fashion are unlikely to succeed. Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the cooperation of community organizations. Some combination of coordination and decentralized implementation is therefore required.

**Successful community-based programs combine an understanding of the community, with the participation of the public, and the cooperation of community organizations. Some combination of coordination and decentralized implementation is therefore required.**

Witnesses illustrated the importance of tailoring efforts to local conditions with examples from their own experience. Ms. Ingrid Larson, Member Relations Director, Community Health Services Association (Saskatoon), told the Committee:

*In terms of our experience at the west side clinic where we primarily see an urban Aboriginal clientele, the issues we deal with are social determinants of health. There, our nurses do community outreach and community development work. They are very well aware that the issues facing that community are far more than physical health issues. We then work on issues related to housing, nutrition, and all the related issues that have a substantial impact on people's well-being. It is not just about health when it comes to serving that population group. It involves some very complex issues, all of which have to be addressed.*<sup>259</sup>

The Committee acknowledges that the wide range of determinants of health can affect different communities in many different ways. We believe that in order to be able to respond to the particular configuration of health determinants that occur in each community, it is therefore essential

**The Committee acknowledges that the wide range of determinants of health can affect different communities in many different ways. We believe that in order to be able to respond to the particular configuration of health determinants that occur in each community, it is therefore essential to adapt population health strategies as best as possible to local circumstances.**

<sup>259</sup> Ms. Ingrid Larson (31:37).

to adapt population health strategies as best as possible to local circumstances.

## *Principle 7.7*

### **Given its fiduciary and constitutional responsibilities, the federal government should develop a population health strategy for Aboriginal Canadians.**

In Volume Four of its study, the Committee stated unequivocally that in its view, the health of our Aboriginal peoples is a national disgrace and that the federal government must take a leadership role in working to immediately redress this situation.<sup>260</sup>

In Volume Two of its study, the Committee gave an overview of some of the factors that contribute to poorer health outcomes amongst Aboriginal Canadians. We noted in this regard that there are significant socio-economic disparities between Aboriginal peoples and the general Canadian population. Aboriginal peoples are less likely to be in the labour force, and unemployment rates are higher than those of the general population. In 1995, the average employment income of the Aboriginal population was \$17,382 compared to the national average of \$26,474. The Committee also noted that Aboriginal Canadians appear to be the largest population sub-group that is the most at risk of becoming homeless in Canada, and that significant numbers of Aboriginal peoples (43%) live in inadequate housing.<sup>261</sup>

Although it did not hear extensively from Aboriginal representatives during its most recent hearings, the evidence that the Committee did gather pointed again to the many ways in which a population health approach might be suited to developing strategies to address the multi-faceted health problems confronted by Aboriginal communities. For example, the Hon. Edward Picco, Minister of Health and Social Services (Nunavut) reiterated the extent to which problems relating to socio-economic disadvantage afflicted Aboriginal communities, telling the Committee:

*The unemployment rate in Nunavut is over 20 per cent, which compares with the annual Canadian rate of 8 per cent. The average annual income among 85 per cent of our population is well below the Canadian average. Again, it goes back to (...) the socio-economic factors and health determinants.*<sup>262</sup>

He further explained how these kinds of problems have a negative impact on the health status of the Inuit in Nunavut, telling the Committee:

---

<sup>260</sup> Volume Four, p. 132.

<sup>261</sup> Volume Two, pp. 59-60.

<sup>262</sup> 32:23

*Mr. Chairman, I think it is also important to highlight overcrowding in Nunavut because of our housing situation. I am also the minister responsible for homelessness. In Nunavut, if you understand homelessness, you use two terms: one is "relative homelessness," and the other one is "absolute homelessness."*

*Absolute homelessness refers to the people you see on the streets in your larger cities. Relative homelessness is what we have in Nunavut, where 22 people live in a two-bedroom house, and people have to sleep in closets, on the floor, and in shifts on foam mattresses.*

*When you are in an environment like that, Mr. Chairman, when you have colds, the flu, pneumonia, and you are not getting enough to eat, of course your health status goes down. This is happening right now in Canada.<sup>263</sup>*

Evidence such as this confirms the Committee's belief that it is essential to work towards the development of "a comprehensive plan that could meet the health care needs of all Aboriginal peoples in Canada."<sup>264</sup>

***The Committee believes that it is essential to work towards the development of "a comprehensive plan that could meet the health care needs of all Aboriginal peoples in Canada."***

The Committee also previously indicated that the involvement of different jurisdictions in the delivery of health services to Aboriginal communities constituted another obstacle to the coordination of efforts aimed at improving health outcomes for Aboriginal peoples. We pointed out in Volume Two that jurisdictional barriers to the provision of health services to Aboriginal people exist on two levels.<sup>265</sup> One barrier arises from the division of powers between the federal and provincial governments and can lead to some services not being available to all communities equally. This problem was highlighted for the Committee by Minister Picco who stated with regard to Inuit Canadians:

*Mr. Chairman, I have also previously stated that Inuit expect levels of health care that are comparable with other Canadians. To achieve this, we need resources from the Government of Canada. We would strongly recommend that the Government of Canada accept and discharge its responsibility for the 85 per cent of the population of Nunavut who are Inuit.<sup>266</sup>*

Other consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services include program fragmentation; problems with reporting mechanisms; inconsistencies,

---

<sup>263</sup> 32:23

<sup>264</sup> Volume Four, p. 132.

<sup>265</sup> Volume Two, pp. 68-70.

<sup>266</sup> 32:27

gaps, or possible overlaps in programs; and impediments to developing a holistic approach to health and wellness.

Witnesses also insisted on the importance of adapting health care delivery and preventive health measures to the concrete realities of Aboriginal communities. Ms Ruth Morin, Chief Executive Officer, Nechi Institute illustrated this point:

*For instance, it became apparent to the Alberta Cancer Board that Aboriginal women had increased rates of breast cancer and were dying at a much higher rate than other Canadian women. It was discovered that Aboriginal women were not coming to get mammograms. Why? Part of the reason was due to travel, but there was also a high rate of sexual abuse associated with the whole residential school thing. Going through the whole process of getting a mammogram was seen as a huge mountain that a lot of people were not willing to climb. However, when a mobile mammogram was brought to the communities and they had lunch and they picked up the ladies and they had child care and things like that, Aboriginal women were more willing to be involved. They liked the safety of their own community, with their own people helping them. The women came, the mammograms were done, and everyone was happier.*

How to achieve an integration of all health related activities in a way that meets the needs of Aboriginal peoples, and involves them in all aspects of the design and implementation of these programs, remains unresolved. This issue was recently raised in the Interim Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, where it was noted that integration of health services might be fostered by allowing the provinces and territories to take charge to a greater extent:

*Traditionally, Aboriginal peoples have emphasized a more integrated and comprehensive view of health than the current health care system has provided, with its narrower focus on hospital and doctor-delivered health services. In recent decades however, provincial and territorial governments have moved toward a more integrated approach that is perhaps more consistent with traditional Aboriginal perspectives on health. As a result, there has been some movement toward the integration of Aboriginal health services within provincial and territorial health care systems and the creation of Aboriginal-specific health programs.<sup>267</sup>*

---

<sup>267</sup> Interim Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, p. 41.

This raises the question of whether it would be possible for the provinces and territories to take advantage of the fact that they already are responsible for the delivery of health services to the general population in order to provide services in a more coordinated fashion to Aboriginal peoples as well. The Committee recognizes that there are many of possible ways to reorganize

***The Committee therefore reaffirms its commitment to “the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery.” One option that should be considered in this context is for the federal government to fund health care programs that would be delivered by the provinces, on reserve as well as off reserve.***

governmental responsibility for the delivery of health care to Aboriginal peoples in order to achieve a more integrated result, and that further consultation and reflection will be needed before it can issue any recommendations in this regard. Moreover, it is clear to the Committee that whatever arrangements are deemed most suitable, the federal government retains its constitutional and fiduciary responsibilities towards the Aboriginal peoples of Canada. The Committee therefore reaffirms its commitment to “the development of a National Action Plan on Aboriginal Health to improve inter-jurisdictional co-ordination of health care delivery.”<sup>268</sup> One option that should be considered in this context is for the federal government to fund health care programs that would be delivered by the provinces, on reserve as well as off reserve.

Because of the importance of the issue of the health status of Canada’s Aboriginal peoples, the Committee proposes to issue a separate report that will contain its recommendations to the federal government.

---

<sup>268</sup> Volume Four, p. 132.

## APPENDIX A

### **LIST OF PRINCIPLES AND RECOMMENDATIONS BY CHAPTER**

---

#### **CHAPTER TWO:**

#### **PRINCIPLES TO GUIDE THE RESTRUCTURING AND FINANCING OF CANADA'S HEALTH CARE SYSTEM**

##### **Principle One**

There should be a single funder (insurer) – the government directly or through an arm's length agency – for hospital and doctor services covered under the *Canada Health Act*.

##### **Principle Two**

There should be stability of, and predictability in, government funding for public health care insurance.

##### **Principle Three**

The federal government should play a major role in sustaining a national health care insurance system.

##### **Principle Four**

The determination of what should be covered under public health care insurance should be done through an open and transparent process. Health services covered under the *Canada Health Act* should remain publicly insured. Other health services should continue to be funded using a mix of public and private sources, as they are now.

##### **Principle Five**

The federal government should contribute on an ongoing basis to fund health care technology.

##### **Principle Six**

The federal government should increase its investment in those areas of health and health care for which it already has a major responsibility.

##### **Principle Seven**

The consequences arising from changes in the level or amount of government funding for hospital and medical care should be clearly understood by government and explained to the public, in as much detail as possible, at the time such changes are made and announced.

**Principle Eight**

In the first stage of health care reform, the method for remunerating hospitals should be changed from the current annual global budget to service-based funding.

**Principle Nine**

Regional health authorities should have the responsibility for purchasing hospital services provided by institutions within their region.

**Principle Ten**

Primary care renewal should lead to the provision of primary care by group practices, or clinics, which operate twenty-four hours a day seven days a week.

**Principle Eleven**

To facilitate primary care reform, the method of compensating general practitioners should be changed from fee-for-service to some form of blended remuneration combining capitation, fee-for-service and other incentives or rewards.

**Principle Twelve**

New scope of practice rules and other measures need to be developed in order to enable all health care providers in the primary care sector to provide the full range of services for which they have been trained.

**Principle Thirteen**

In the second stage of health care reform, an “internal market” should probably be created in which primary health care teams would purchase health services provided by hospitals and other health care institutions on behalf of their patients.

**Principle Fourteen**

A national (not exclusively federal) strategy must be developed to achieve both an adequate supply and optimal use of health care providers.

**Principle Fifteen**

Accountability and transparency in health care financing and delivery require the deployment of a system of electronic health records (EHR) that can capture and translate information on system performance and outcomes.

**Principle Sixteen**

Measuring treatment outcomes and system performance must become an essential part of the health information system. Such monitoring and evaluation of the health care delivery system should be performed independently at the national (not federal) level and be funded by government.

**Principle Seventeen**

Canada’s publicly funded health care system should be patient-oriented.



**Principle Eighteen**

Incentives should be developed to encourage patients to use the hospital and doctor system as efficiently as possible. Such incentives should not include user fees for services that are deemed to be medically necessary.

**Principle Nineteen**

Programs that enable people to be responsible for their own health and to stay healthy must be given high priority. The federal government can play a leadership role in this regard.

**Principle Twenty**

For each type of major procedure or treatment, a maximum waiting time should be established, and made public. When this maximum time is reached, the insurer (government) shall pay for the patient to receive immediately the procedure or treatment in another jurisdiction including, if necessary, another country.

**CHAPTER THREE:****FINANCING AND ASSESSING HEALTH CARE TECHNOLOGY**

That the federal government initiate a long-term program to assist provinces and territories in financing both the acquisition and ongoing operation of health care technology. Such a program should incorporate clear accountability mechanisms on the part of the provinces and territories on their use of these targeted federal funds.

That the federal government increase the funding it provides to CCOHTA and other HTA agencies.

That this additional funding be used to strengthen HTA capacity in Canada as well as to improve the dissemination and promotion of HTA findings to health care providers and managers.

That the federal government provide additional funding to the Canadian Institutes for Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation to support research into the potential impact of health care technology on health care costs.

**CHAPTER FOUR****DEPLOYING A NATIONAL HEALTH INFOSTRUCTURE**

That, once the three- to five-year period is over, the federal government provide additional financial support to Canada Infoway Inc. so that *Infoway* develop, in collaboration with the provinces and territories, a national system of electronic health records.

That the federal government, in collaboration with all stakeholders involved in the computerization of health records, define standards and rules for the collection, storage and use of such information.

That the federal government, in collaboration with the provinces and territories, undertake the establishment of a national system of evaluation on health care system performance and outcomes. Such a national system of evaluation should: 1) be built on existing expertise and institutions; 2) remain independent from governments; and 3) receive appropriate funding from the public purse. The federal government should devote substantial funding to this very important undertaking.

That the federal government maintain its support to rural health and invest in telehealth applications that will enhance access to care and improve the quality of health services in rural and remote communities.

That the federal government, in collaboration with the provinces/territories and stakeholders, develop a national health information portal, building on the success of the Canadian Health Network and the integration of provincial/regional portals.

- As a matter of priority, investments into this national portal should be made in locations where the basic systems infrastructure is inadequate, especially in rural, remote and Aboriginal communities. This would greatly enhance the capacity of all Canadians to access timely and objective electronic health information.

## **CHAPTER FIVE**

### **NURTURING EXCELLENCE IN CANADIAN HEALTH RESEARCH**

That the federal government set, on a regular basis, national goals and priorities for health research in collaboration with all stakeholders.

That the federal government foster multi-stakeholder collaborations when performing, funding and using health research. This should contribute to capitalizing on the best available resources while minimizing overlap and duplication.

That the federal government take a leadership role, through the Canadian Institutes for Health Research and Health Canada, in developing a strategy to encourage interchange of research scientists between government, academia and the private sector, including national voluntary organizations.

That the federal government, through both Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research, coordinate and provide resources to ensure that Canada contributes to and benefits from the scientific revolution to maximize the economic, health and social gains for Canadians.

That the federal government:

- Increase, within a reasonable timeframe, its financial contribution to extra-mural health research to achieve the level of 1% of total Canadian health care spending.

- Set and adhere to clear long-term plans for funding health research, particularly through the Canadian Institutes of Health Research. More precisely, the federal government should commit to a five-year planning horizon for the CIHR budget.
- Provide predictable and appropriate investment for in-house health research.

That Health Canada:

- Be provided with the financial and human resources in health research that are required to fulfill its mandate and obligations.
- Engage actively in the establishment of linkages and partnerships with other health research stakeholders.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research, Health Canada and the Canadian Health Services Research Foundation, devote additional funding to health services research and clinical research and that it collaborate with the provinces and territories to ensure that the outcomes of such research are broadly diffused to health care providers, managers and policy-makers.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, provide additional funding to health research aimed at the health of particularly vulnerable segments of Canadian society.

That the federal government provide additional funding to CIHR in order to increase participation of Canadian health researchers, including Aboriginal peoples themselves, in research that will improve the health of Aboriginal Canadians.

That Health Canada be provided with additional resources to expand its research capacity and to strengthen its research translation capacity in the field of Aboriginal health.

That the federal government provide increased resources to the Global Health Research Initiative.

That the federal government require an explicit commitment from all recipients of federally funded health research that they will obtain the greatest possible benefit to Canada, whenever the results of their federally funded research are used for commercial gain.

That the Canadian Institutes of Health Research, while not ignoring the social value of health research that does not result in commercial gain, seek to facilitate appropriate economic returns within Canada from the investments it makes in Canadian health research, whenever the results of investments in Canadian health research are used for commercial gain. In doing so, CIHR should develop an innovation strategy aimed at accelerating and facilitating the commercialization of health research outcomes.

That the federal government invest additional resources to enhance the output of Canadian health researchers and strengthen the commercialization capacity of performers of federally funded health research through CIHR's innovation strategy. This new funding would be additional to the current health research investment. In particular, the funding of the indirect

costs of research by the Canadian granting agencies should be made permanent. Health research performers should be made accountable for the use of these commercialization funds.

That Health Canada initiate, in collaboration with stakeholders, the development of a joint governance system for health research involving human subjects for all research that the federal government performs, that it funds, and that it uses in its regulatory activities.

That Health Canada, in the development of this ethics governance system, regard the following components as essential to progress:

- Work initially on all (health) research that the federal government performs, funds, or uses in its regulatory activities, to develop an effective and efficient system of governance that will become accepted as the standard of care across Canada;
- Give prime importance in the governance system to effective education and training mechanisms for all who are involved in research and research ethics, with certification as appropriate to their different responsibilities;
- Develop standards, based on the *Tri-Council Policy Statement*, the International Conference on Harmonization guidelines applying to clinical trials involving human subjects, and other relevant Canadian and foreign standards, against which research ethics functions or Research Ethics Boards can be accredited or certified as meeting the levels of function that are consistent with the expectations of Canadians and with those in other countries;
- Ensure that the *Tri-Council Policy Statement* is updated and is maintained at the forefront of international policies for the ethics of research involving humans;
- Remove inconsistencies between the various policies under which research involving humans is now governed, and make Canadian standards consistent with those of other countries that affect Canadian research;
- Establish an accreditation or certification process for research ethics functions that is at arm's length from government, but clearly accountable to government;
- Develop the governance system through open, transparent and meaningful consultation with stakeholders.

That all federal departments and agencies require compliance with the standards of the Canadian Council on Animal Care for:

- All research that is carried out in federal facilities, and
- All research that is funded by federal departments or agencies but performed outside federal facilities, and
- All research that is carried out without federal funding or facilities, but that is submitted to or used by the federal government for purposes of exercising its legislated functions.

That regulations such as those proposed by the Canadian Institutes of Health Research receive their fullest and fairest consideration in discussion about providing greater clarity and certainty of the law with the view to ensure that its objectives will be met without preventing important research to continue to better the health of Canadians and improve their health services.

That discussions continue among stakeholders, the Privacy Commissioner, *and* those federal and provincial government departments involved with the provision, management, evaluation and quality assurance of health services.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, design and implement a program of public awareness to foster in Canadians a broad understanding of:

- the nature of, and reasons for, the extensive databases containing personal health information that must be maintained to operate a publicly financed health care system, and
- the critical need to make secondary use of such databases for health research and health care management purposes.

That the federal government, through the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada, together with other relevant stakeholders, be responsible for promoting:

- thoughtful discussion and consideration of the ethical issues, particularly informed consent issues, involved with the secondary use of personal health information for health care management and health research purposes;
- thorough examination of the control and review mechanisms needed for ensuring that databases containing personal health information are effectively created, maintained and safeguarded and that their use for health care management and health research purposes is conducted in an open, transparent and accountable manner.

That the Canadian Institutes of Health Research, in partnership with industry and other stakeholders, continue to explore the ethical aspects of the interface between the sectors with a view to ensuring that the collaborations and partnerships function in the best interests of all Canadians.

## **CHAPTER SIX**

### **PLANNING FOR HUMAN RESOURCES IN HEALTH CARE**

That the federal government:

- Work with provincial governments to ensure that all medical schools and schools of nursing receive the funding increments required to permit necessary enrolment expansion.

- Review mechanisms by which direct federal funding could be provided to support expanded enrolment in medical and nursing education, and ensure the stability of funding for the training and education of allied health professionals.
- Review student loan programs available to health care professionals and make modifications to ensure that the impact of inevitable increases in tuition fees, especially as they affect medical students, does not lead to denial of opportunity to students in lower socio-economic circumstances.
- Provide particular tuition support for nursing students, up to and including waiving tuition fees entirely for a limited period of time.
- Work with provincial governments to ensure that the relative wage levels paid to different categories of health professionals reflect the real level of education and training required of them.

That the federal government work with the provinces and medical and nursing faculties to finance places for students from aboriginal backgrounds over and above those available to the general population.

That in order to facilitate the return to Canada of Canadian health care professionals who are working abroad, the federal government should work with the provinces and professional associations to inform expatriate Canadian health professionals of emerging job opportunities in Canada, and explore the possibility of adopting short-term tax incentives for those prepared to return to Canada.

That the federal Government work with other concerned parties to create a permanent national coordinating body for health human resources, to be composed of representatives of key stakeholder groups and of the different levels of government. Its mandate would include:

- disseminating up-to-date data on human resource needs;
- coordinating initiatives to ensure that adequate numbers of graduates are being trained to meet the goal of self-sufficiency in health human resources;
- sharing and promoting best practices with regard to strategies for retaining skilled health care professionals and coordinating efforts to repatriate Canadian health care professionals who have emigrated to other countries;
- recommending strategies for increasing the supply of health care professionals from under-represented groups, such as Canada's Aboriginal peoples, and in under-served regions, particularly the rural and remote areas of the country;
- examination of the possibilities for greater coordination of licensing and immigration requirements between the various levels of government.

That the federal government continue to work with the provinces and territories to reform primary care delivery, and that it provide ongoing financial support for reform initiatives that lead to the creation of multi-disciplinary primary health care teams that

- are working to provide a broad range of services, 24 hours a day, 7 days a week;
- strive to ensure that services are delivered by the most appropriately qualified health care professional;
- utilise to the fullest the skills and competencies of a diversity of health care professionals;
- adopt alternative methods of funding to fee-for-service, such as capitation, either exclusively or as part of blended funding formulae;
- seek to integrate health promotion and illness prevention strategies in their day-to-day work;
- organize themselves so that they develop the capacity to purchase services from hospitals and other institutional providers on behalf of their patients;
- progressively assume a greater degree of responsibility for all the health and wellness needs of the population they serve.

## **CHAPTER 7**

### **TOWARDS A POPULATION HEALTH STRATEGY**

#### **Principle 7.1**

Individuals should assume responsibility for their own health.

#### **Principle 7.2**

Government programs that enable individuals to assume greater responsibility for their own health, and particularly health promotion and illness prevention activities, must be given high priority.

#### **Principle 7.3**

It is necessary to develop broad population health strategies that are long term, national in scope and based on multi-departmental efforts across all jurisdictions.

#### **Principle 7.4**

The federal government should continue to provide leadership in the field of population health and devote more resources to population health strategies.

#### **Principle 7.5**

Government policies should be examined in terms of their impact on health status and health outcomes.

**Principle 7.6**

Population health strategies must be adapted to local conditions, and their design and implementation must involve local communities.

**Principle 7.7**

Given its fiduciary and constitutional responsibilities, the federal government should develop a population health strategy for Aboriginal Canadians.



## APPENDIX B

### LIST OF WITNESSES

---

#### **Monday, October 15, 2001**

*University of Manitoba:*

Linda West, Professor, Asper School of Business

*Frontier Centre for Public Policy:*

Peter Holle, President

*Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:*

Dr. Henry Friesen, Team Leader

Dr. John Foerster

Dr. Audrey Tingle

Chuck Laflèche

*Regional Health Authorities of Manitoba*

Bill Bryant, Chair, Council of Chairs

Kevin Beresford, Chair, Council of CEOs

Randy Lock, Executive Director

*Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation:*

Dr. Nora Lou Roos

*Women's Health Clinic:*

Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator

*Hospice and Palliative Care Manitoba:*

Dr. Paul Henteleff, Chair, Advocacy Committee

John Bond, Member of Advocacy Committee

Margaret Clarke, Executive Director

*Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):*

Paul Moist, President

Lorraine Sigurdson, Health Care Coordinator

*Société franco-manitobaine:*

Daniel Boucher, Chief Executive Officer

*As a walk-on:*

Barry Shtatleman

#### **Tuesday, October 16, 2001**

*Saskatchewan Registered Nurses' Association:*

June Blau, President

*Victorian Order of Nurses:*

Bob Layne, Vice-President, Planning and Government Relations (Western Region)

Lois Clark, Executive Director, VON North Central Saskatchewan

Brenda Smith, National Board Member (Saskatchewan)

*Community Health Services (Saskatoon) Association:*  
Kathleen Storrie, Vice-President  
Ingrid Larson, Director, Member Relations

*As an individual:*  
Dr. John Bury

*Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan:*  
Tom Graham, President, CUPE Saskatchewan  
Stephen Foley, President, Health Care Council  
John Welden, Health Care Coordinator, Health Care Council

*Saskatoon Chamber of Commerce:*  
Dave Ducthak, President  
Kent Smith-Windsor, Executive Director  
Jodi Blackwell, Research and Operations Director

*Arthritis Society of Saskatchewan:*  
Sherry McKinnon, Executive Director  
Joy Tappin, Board Member

*Canadian Parks and Recreation:*  
Randy Goulden, Executive Director, Tourism Yorkton

*Métis National Council:*  
Gerald Morin, President  
Don Fidler, Director, Health Care

**Wednesday, October 17, 2001**

*Premier's Advisory Council on Health (Alberta):*  
The Right Honourable Don Mazankowski, P.C., Chair  
Peggy Garritty

*Department of Health and Social Services (Nunavut):*  
The Hon. Edward Picco, Minister

*Calgary Health Region:*  
Jack Davis, CEO

*Capital Health Authority:*  
Sheila Weatherill, President and CEO

*Canadian Practical Nurses Association:*  
Pat Fredrickson, President

*University of Alberta - Faculty of Nursing:*  
Dr. Donna Wilson

*Health Sciences Association of Alberta:*  
Elisabeth Ballermann, President

*Alberta Association of Registered Nurses:*  
Sharon Richardson, President

*United Nurses of Alberta:*  
Heather Smith, President

*Friends of Medicare:*  
Christine Burdett, Provincial Chair  
Tammy Horne, Member

*As an individual:*  
Kevin Taft, MLA

*Western Canada Waiting List Project:*  
John McGurran, Project Director

*Primary Care Initiative:*  
Dr. June Bergman

*Alberta Consumers Association:*  
Wendy Armstrong

*Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada :*  
George Arès, President

*National Advisory Council on Aging:*  
Pat Raymaker, Chairwoman

*Alberta Council on Aging:*  
Neil Reimer, Secretary/Treasurer

*Nechi Institute:*  
Ruth Morin, Chief Executive Officer  
Richard Jenkins, Director of Marketing and Health Promotion

*Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada - Health Advisory Committee:*  
Louise Rogers  
Kent Harold  
Don Junk

*As a walk-on:*  
Noel Somerville

**Thursday, October 18, 2001**

*Commission on Medicare, Saskatchewan:*  
Ken Fyke, Former Chair

*Tommy Douglas Research Institute:*  
Dave Barrett, Chair  
Marc Eliesen, Co-Chair

*Market-Media International Corporation:*  
Joan Gadsby, President

*University of British Columbia, Family Practice Residency Program:*  
Dr. J. Galt Wilson, Program Director - Prince George Site

*University of British Columbia:*  
Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine  
Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admissions

*Health Professions Council:*  
Dianne Tingey, Member  
Gerry Fahey, Research Director

*Cambie Surgery Centre:*  
Dr. Brian Day, Founder

*As an individual:*  
Cynthia Ramsay, Health Economist

*Health Association of British Columbia:*  
Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors  
Lisa Kallstrom, Executive Director

*University of British Columbia:*  
Dr. John H. V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences

*University of British Columbia - Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:*  
Professor Charles Wright, Director, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation

*University of British Columbia – Centre for Health Services and Policy Research:*  
Professor Barbara Mintzes

*Professional Association of Residents of British Columbia:*  
Dr. Kristina Sharma

**Friday, October 19, 2001**

*Canadian Medical Association:*  
Dr. Peter Barrett, Past President  
Dr. Arun Garg, Chair, Council on Health Policy and Economics

*British Columbia Medical Association:*  
Dr. Heidi Oetter, President  
Darrell Thomson, Director, Economics and Policy Analysis

*University of British Columbia, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:*  
Dr. Peter D. McLean, Professor and Director

*Maples Surgical Centre (Manitoba)*  
Dr. Mark Godley

**Monday, October 29, 2001**

*Canadian Radiation Oncology Services:*  
Dr. Thomas McGowan, President and Medical Director

*Canadian Taxpayers Federation:*  
Walter Robinson, Federal Director

*Canadian Council of Churches:*  
Stephen Allen, Member of Commission for Justice and Peace and Co-Chair of the Commission's Ecumenical Health Care

*Buffett Taylor Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants:*  
Edward Buffett, President and CEO

*As an individual:*  
Michael Rachlis

*Medical Reform Group:*  
Dr. Joel Lexchin

*At Work Health Solutions Inc.:*  
Dr. Arif Bhimji, Founder and President; Medical Director of Liberty Health  
Gery Barry, President and CEO of Liberty Health

*Consumers' Association of Canada:*  
Jean Jones, Chair of the Health  
Mel Fruitman, President

*Ontario Association of Optometrists:*  
Dr. Joseph Chan

*Medical Devices Canada (MEDEC):*  
Peter Goodhand, President

*AstraZeneca:*  
Gerry McDole, President and CEO

*Comcare Health Services:*  
Mary Jo Dunlop, President St. Michael Hospital

*Saint Michael's Hospital:*  
Jeffrey Lozon, President and CEO

*Association of Ontario Health Centres:*  
Gary O'Connor, Executive Director

*Ontario Medical Association:*  
Kenneth Sky, President

*The Arthritis Society:*  
Denis Morrice, President and CEO

*SMARTRISK:*  
Dr. Robert Conn, President and CEO

*Canadian Cancer Society:*  
Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy  
Cheryl Mayer, Director, Cancer Control Programs Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and  
Addiction Intervention Association  
Jeff Wilbee, Executive Director

**Tuesday, October 30, 2001**

*Canadian Institute for Health Information:*  
Michael Decter, Chairman, Board of Directors

*Ontario Hospital Association:*  
David MacKinnon, President and CEO

*Registered Nurses Association of Ontario:*  
Doris Grinspun, Executive Director

*McMaster University - Department of Economics:*  
Jeremiah Hurley, Professor

*University of Toronto - Public Health Science Department:*  
Dr. Cameron Mustard, Professor

*University of Toronto:*  
Colleen Flood, Professor

*Drug Trading Company Limited:*  
Larry Latowsky, President and CEO  
Jane Farnham, Vice President Pharmacy

*Canadian Pharmacists Association:*  
Ron Elliott, President

*GlaxoSmithKline:*  
Geoffrey Mitchinson, Vice -president, Public Affairs

*Medtronic:*  
Donald A. Hurley, President

*Canadian Association for the Fifty Plus:*  
Dr. Bill Gleberzon, Associate Executive Director  
Lilian Morgenthal, President

*Canadian Association for Community:*  
Cheryl Gulliver, President  
Connie Laurin-Bowie  
Margot Easton

*Roehrer Institute:*  
Cameron Crawford, President

*As individuals:*  
Clement Edwin Babb  
Robert S.W. Campbell

**Wednesday, October 31, 2001**

*As Individuals:*  
The Honourable Claude Forget  
The Honourable Claude Castonguay  
André-Pierre Contandriopoulos, Professor, Faculty of Medicine, University of Montreal

*Hôtel Dieu Hospital:*  
Dr. Serge Boucher

*Conseil du patronat du Québec:*  
Gilles Taillon, President

*Canadian Chamber of Commerce:*  
Nancy Hughes-Anthony, President and Chief Executive Officer  
Michael N. Murphy, Senior Vice-President, Policy

*As Individuals:*  
Jean-Luc Migué  
Lee Soderstrom, Professor, Department of Economics, McGill University

*Montreal Economic Institute:*  
Michel Kelly-Gagnon, Executive Director  
Dr. Edwin Coffey, Retired Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, and Former President of the Quebec Medical Association

*Frosst Health Care Foundation:*  
Dr. Monique Camerlain, President of the Board of Directors  
Janet Dunbrack, Executive Director.

**Thursday, November 1, 2001**

*Association des optométristes du Québec:*  
Dr. Langis Michaud, President  
Marie-Josée Crête, Deputy Director General  
Clairmont Girard, Advisor

*Collège des médecins du Québec:*  
Dr. Yves Lamontagne, President  
Dr. André Garon, Deputy Secretary General

*As an Individual:*  
Robert Dorion

*Canadian Life and Health Insurance Association:*  
Mark Daniels, President  
Greg Traversy, Executive Vice-President  
Yves Millette, Senior Vice-President, Quebec Affairs  
Frank Fotia, Vice-President, Group Insurance.

*As Individuals:*  
Dr. Margaret Somerville, Acting Director, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University  
Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Department of Economics, McGill University

*Merck Frosst Canada Ltd.:*  
Kevin Skilton, Director, Policy Planning  
Dr. Terrance Montague, Executive Director, Patient Health

*Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*  
Ann Gagnon, Advisor on Health  
Yollande Richer, Vice-President, Communications  
Myroslaw Smereka, Director General

**Monday, November 5, 2001**

*Department of Health and Community Services, Newfoundland:*  
Robert C. Thompson, Deputy Minister

*Department of Health and Community Services, Newfoundland:*  
Beverly Clarke, Assistant Deputy Minister

*Victoria Order of Nurses (VON Canada):*  
Patricia Pilgrim, President, St. John's Branch  
Bernice Blake Dibblee, Executive Director, St. John's Branch

*Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador:*  
Sharon Smith, President

*Canadian Union of Public Employees, Newfoundland:*  
Wayne Lucas, President

*As an individual:*  
Maud Peach

*National Cancer Institute of Canada:*  
Dr. Roy West, President

*Health and Community Services, Newfoundland:*  
Dr. Catherine Donovan

*Weight Watchers:*  
Marlene Bayers, Regional Manager

*Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:*  
Bertha H. Paulse, Chief Executive Officer

*As an individual:*  
Karen McGrath, Executive Director of Health and Community Services St-John's Region

**Tuesday, November 6, 2001**

*Canadian Auto Workers (CAW):*  
Cecil Snow, President, Nova Scotia Health Care Council

*Nova Scotia Association of Health Organizations:*  
Robert Cook, President and CEO

*Insurance Bureau of Canada:*  
George Anderson, President and CEO  
Paul Kovacs, Senior Vice-President Policy and Chief Economist

*Canadian Coalition Against Insurance Fraud:*  
Mary Lou O'Reilly, Executive Director

*Atlantic Institute for Market Studies:*  
Dr. David Zitner, Fellow on Health Policy

*Dalhousie University:*  
Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics  
Dr. Vivek Kusumakar, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry  
Lawrence Nestman, Professor, School of Health Services Administration

*Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*  
Maxine Barrett

*Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University:*  
Sharon Batt, Chair



*Feminists for Just and Equitable Public Policy:*  
Ms. Georgia MacNeil, Chair Person

*Cape Breton Regional Health Care Complex:*  
John Malcom, CEO  
Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director, Cape Breton Regional Facility

*Capital District Health Authority:*  
Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs

*Dalhousie University:*  
Thomas Rathwell, Professor and Director, School of Health Services Administration

*Canadian Medical Association:*  
Dr. Henry Haddad, MD, President  
Bill Tholl, Secretary General  
Dr. Bruce Wright, President of the Medical Society of Nova Scotia  
Dr. Dana W. Hanson, President-Elect

*Dalhousie University:*  
Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology  
Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology  
Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine

*Cobequid Community Health Board:*  
Ryan Sommers

*Health Canada:*  
Anne-Marie Leger, Policy Analyst

**Wednesday, November 7, 2001**

*Department of Health and Social Services, Prince Edward Island:*  
The Honourable Jamie Ballem, Minister

*PEI Seniors Advisory Council:*  
Heather Henry-MacDonald, Chair

*Canadian Union of Public Employees, PEI Division:*  
Bill A. McKinnon, National Representative  
Ms. Donalda MacDonald, President  
Raymond Léger, Research Representative

*Department of Health and Social Services:*  
Mary Hughes-Power, Director of Acute and Continuing Care  
Deborah Bradley, Manager of Public Health Policy

*College of Family Physicians of Canada:*  
Dr. Peter MacKean, Chairman of the Board

*Queen Elizabeth Hospital:*  
Iain Smith, Drug Utilization Coordinator

*PEI Pharmacy Board:*  
Neila Auld, Executive Director, PEI

*Queen's Regional Health Authority:*  
Sylvia Poirier, Chair

*West Prince Regional Health Authority:*  
Ken Ezeard, Chief Executive Officer

*Department of Health and Social Services:*  
Dr. Don Ling, Director of Medical Services

*Department of Health and Social Services, Prince Edward island:*  
Rory Francis, Deputy Minister  
Bill Harper, Assistant Deputy Minister  
Jean Doherty, Communications Coordinator

*Southern Kings Health Authority:*  
Betty Fraser, Chief Executive Officer

*Department of Health and Social Services:*  
Susan Maynard, Senior Health Planner  
Kathleen Flanagan-Rochon, Community Services Coordinator

*Evangeline Health Centre:*  
Elise Arsenault, Coordinator

*East Prince Regional Health Authority:*  
David Riley, Chief Executive Officer

*Dalhousie University:*  
Dr. Stan Kutcher, Department Head of the Community Health and Epidemiology/ Psychiatry

**Thursday Nov. 8, 2001**

*Faculty of Nursing, University of New Brunswick:*  
Dr. Margaret Dykeman

*New Brunswick Health Care Association:*  
Robert Simpson, Chief Executive Officer

*Canadian Association of Chain Drug Stores:*  
Sherry Porter, Atlantic Canada Representative  
Sandra Aylward, Vice President, Pharmacy Services

*As Individuals:*  
Dr. Russell King, Former Minister of Health, Province of New Brunswick  
William Morrissey, Former Deputy Minister of Health, Province of New Brunswick

*Applied Management:*  
Bryan Ferguson, Partner

*Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:*  
Daniel Thériault, Director General

*Canadian Snowbird Association:*  
Bob Jackson, President

*New Brunswick Senior Citizens Federation Inc.:*  
Helen Ladouceur, Member  
Eilleen Malone, Member

*Catholic Health Association of Canada:*  
Sandra Keon, Secretary Treasurer; and Vice-President of Clinical Programs, Pembroke Hospital

*Miramichi Police Force:*  
Michael Gallagher, Corporal, Drug Section

*Canadian Union of Public Employees, New Brunswick:*  
Raymond Léger, Research Representative

*Federal Superannuates National Association:*  
Rex G. Guy, National President  
Roger Heath, Research and Communications Officer

*Union of New Brunswick Indians:*  
Nelson Solomon, Director of Health  
Wanda Paul Rose, Coordinator  
Norville Getty, Consultant

*Nurses Association of New Brunswick:*  
Roxanne Tarjan, Director General

**Thursday, February 21, 2002**

*Canadian Federation of Nurses Unions:*  
Kathleen Connors, President

*Canadian Health Coalition:*  
Dr. Arnold Relman, Former editor of New England Journal of Medicine  
Michael McBane, National Coordinator

*Federal Superannuates National Co-ordinator:*  
Rex G. Guy, National President  
Roger Heath, Research and Communications Officer

**Thursday, March 7, 2002**

*Canadian Healthcare Association:*  
Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO  
Kathryn Tregunna, Director, Policy Development

*Canadian Labour Congress:*  
Kenneth V. Georgetti, President  
Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department



**OTHER WRITTEN SUBMISSIONS RECEIVED:**

Abell Medical Clinic  
Alberta Centre for Injury Control and Research  
Amgen Canada Inc.  
Ancaster-Dundas-Flamborough-Aldershot New Democratic Party Riding Association Executive Committee  
B.C. Better Care Pharmacare Coalition  
Bruce Bigham  
Brain Injury Association of Nova Scotia  
Canada West Foundation  
Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)  
Canadian Association of Internes and Residents  
Canadian Caregiver Coalition  
Canadian Cochrane Network and Centre  
Canadian Drug Manufacturers Association (CDMA)  
Canadian Strategy for Cancer Control  
Chemical Sensitivities Information Exchange Network Manitoba (CSIENM)  
Conestoga College (Pat Bower, Course instructor)  
Faith Partners (Ottawa)  
Federation of Medical Women in Canada  
Dr. Michael Gordon, Baycrest Centre for Geriatric Care  
Serena Grant  
Home-based Spiritual Care  
Kidney Foundation of Canada  
Kids First Parent Association of Canada  
Dr. Lee Kurisko  
Caterine Lindman  
Jim Ludwig  
Dr. Keith Martin  
Dr. Ross McElroy  
Dr. Malcom S. McPhee  
Verna Milligan  
Moose Jaw-Thunder Creek District Health Board  
Dr. Earl B. Morris  
Fran Morrison  
John Neilson  
Ontario Psychological Association  
Roy L. Piepenburg (Liberation Consulting)  
Red Deer Network in Support of Medicare  
Dr. Robert S. Russell  
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada  
Christa Streicher  
Elaine Tostevin

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

De la série des rapports sur  
l'état du système de soins de santé au Canada

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume Cinq:*  
*Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I*

*Président*

L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*

L'honorable Marjory LeBreton

AVRIL 2002



## CHAPITRE CINQ

### FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ

---

La recherche en santé a pour objet de créer et d'appliquer de nouvelles connaissances dans les domaines de la santé et des soins de santé. Elle englobe toute une gamme d'activités allant de la recherche biomédicale à la recherche clinique, en passant par la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population.

- La recherche biomédicale porte sur les organismes biologiques, les organes et les systèmes d'organes. Dans des recherches de ce genre, on pourrait par exemple utiliser des cultures de cellules ou des tissus animaux ou humains pour tenter de comprendre comment l'organisme contrôle la production de cellules sanguines dans la moelle osseuse, comment la leucémie dérègle ces mécanismes de contrôle et comment rétablir des mécanismes normaux par l'administration de médicaments.
- La recherche clinique consiste à étudier des personnes saines ou malades. Dans des recherches de ce genre, on pourrait par exemple faire des essais cliniques sur des humains pour déterminer l'efficacité et la toxicité d'un nouveau traitement possible de la leucémie qui s'est révélé prometteur au cours de recherches biomédicales de base, puis comparer le nouveau médicament à d'autres en fonction de ses avantages nets pour les patients.
- La recherche sur les services de santé englobe la prestation, l'administration, l'organisation et le financement des soins de santé. On peut citer comme exemple la recherche portant sur les processus de traitement des leucémiques : moyens de diagnostic, hospitalisation, traitement en consultation externe ou à domicile et suivi à long terme à l'hôpital ou dans des services de santé communautaire.
- La recherche sur la santé de la population est centrée sur les grands facteurs qui influent sur l'état de santé (conditions socio-économiques, sexe, culture, niveau d'instruction, etc.). On peut citer comme exemple les études fondées sur de grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels tirés de différentes sources afin de déterminer si l'incidence de la leucémie est liée à des facteurs environnementaux ou autres.

La recherche en santé est la source de nouvelles connaissances sur la santé humaine : comment maintenir un état de santé optimal, comment prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies, comment gérer notre système de soins de santé. Elle permet de mettre au point des pharmacothérapies nouvelles ou améliorées, des traitements, des équipements et des dispositifs médicaux et de nouveaux moyens d'organiser et de dispenser les soins de santé. La recherche en santé contribue également à une meilleure compréhension de l'interaction complexe des facteurs déterminants sociaux, économiques, environnementaux, biologiques et génétiques qui influent sur la santé et sur la prédisposition aux maladies.

D'après les témoignages reçus par le Comité, la recherche en santé favorise la création d'emplois axés sur le savoir, ce qui peut contribuer à l'inversion de l'exode des cerveaux observé dans le pays. Dans l'ensemble, les témoins ont souligné que cette recherche améliore la santé personnelle et économique des Canadiens et renforce notre compétitivité à l'échelle internationale :

*La recherche en santé procure à la société des retombées énormes sur les plans économique, social et des soins de santé. Les emplois créés par ces investissements sont des emplois de grande qualité, bien rémunérés et qui font appel à la matière grise et procurent aux Canadiens une reconnaissance mondiale. Ces investissements favorisent par ailleurs le renouvellement des établissements universitaires partout au pays. Ils aident à former de nouveaux professionnels dans les plus récentes techniques et technologies et apportent un soutien important au système de soins de santé au Canada. Enfin et surtout, les résultats de ces activités entraîneront directement une amélioration du traitement des patients, contribuant ainsi à une population en meilleure santé et plus productive<sup>121</sup>.*

Le Comité a également entendu des témoignages selon lesquels la recherche en santé peut servir de catalyseur du développement économique régional et les innovations qui en découlent peuvent beaucoup contribuer à améliorer la qualité et la viabilité du système canadien de soins de santé. À mesure que les activités de recherche en santé sortent des centres universitaires et des laboratoires du gouvernement pour s'étendre à des milieux plus proches de la collectivité, nous pouvons nous attendre à ce que la qualité des soins s'améliore parce que les fournisseurs de soins participant à des recherches sur la santé seront davantage branchés sur l'information la plus récente dans le domaine. Dans l'ensemble, la recherche en santé offre des perspectives extraordinaires de progrès tant sur le plan économique que sur celui des soins.

Le Comité est d'avis que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages. Il croit fermement aussi que le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer comme facilitateur, catalyseur, intervenant, conciliateur et coordonnateur de l'ensemble des efforts déployés pour favoriser l'excellence dans la recherche en santé. Le présent chapitre aborde une série de questions, comprenant le financement, les partenariats et l'éthique, qui méritent à notre avis, beaucoup d'attention, si le Canada veut parvenir aux degrés les plus élevés de l'excellence dans la recherche en santé<sup>122</sup>.

**Le Comité croit que le Canada doit participer activement à la recherche en santé pour en retirer sa part d'avantages.**

## **5.1 Assumer le leadership dans la recherche en santé**

Comme le montre le tableau 1, la recherche en santé au Canada se caractérise par un réseau complexe comprenant un vaste éventail de disciplines et une multiplicité

<sup>121</sup> Dr Barry D. McLennan, président de la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS), *L'amélioration du climat de la recherche en santé au Canada*, mémoire présenté au Comité le 9 mai 2001, p. 2.

<sup>122</sup> Le Comité signale que les sections 5.1 et 5.2 du présent chapitre sont inspirées d'un discours prononcé par le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef à Santé Canada, lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par le Ministère. Le Comité a trouvé que cette conférence expliquait d'une manière très utile les défis et les perspectives de la recherche en santé.



d'intervenants menant des activités de recherche à différents endroits. Au Canada, la recherche en santé est effectuée par les universités, les hôpitaux universitaires, des entreprises, des organismes gouvernementaux et des organismes sans but lucratif. Elle est financée par différentes sources publiques et privées, canadiennes et étrangères.

**TABLEAU 1**  
**LE RÉSEAU CANADIEN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ**

<b>DISCIPLINES</b>	<b>LIEUX</b>	<b>SOURCES DE FINANCEMENT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disciplines cliniques</li> <li>▪ Sciences sociales et humanités</li> <li>▪ Épidémiologie</li> <li>▪ Sciences de la vie</li> <li>▪ Biologie cellulaire et moléculaire</li> <li>▪ Chimie</li> <li>▪ Génie</li> <li>▪ Informatique et mathématiques</li> <li>▪ Services de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieu universitaire (universités, hôpitaux universitaires, instituts de recherche)</li> <li>▪ Secteur privé</li> <li>▪ Gouvernement</li> <li>▪ Cabinets de médecins</li> <li>▪ Organismes communautaires</li> <li>▪ Hôpitaux communautaires</li> <li>▪ Autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gouvernements (fédéral, provinciaux, ministères, organismes de financement)</li> <li>▪ Organisations non gouvernementales et organismes bénévoles nationaux</li> <li>▪ Sources internationales</li> <li>▪ Secteur privé</li> <li>▪ Universités</li> <li>▪ Autres</li> </ul>

Les différents intervenants dans la recherche en santé collaborent entre eux de diverses manières, établissant des relations gouvernement-université, université-secteur privé et gouvernement-secteur privé. En fait, le Comité a appris des témoins que la science est un continuum et que les multiples composantes de la recherche en santé ne peuvent pas exister indépendamment les unes des autres. Chaque composante a un rôle important, quoique changeant, à jouer dans la recherche pour procurer le maximum d'avantages aux Canadiens.

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle important dans le financement, l'exécution et l'utilisation de la recherche en santé. Il soutient financièrement la recherche effectuée dans les universités, les hôpitaux universitaires et les instituts de recherche (recherche extra-muros), il mène lui-même des recherches sur la santé dans ses propres laboratoires (recherche intra-muros) et il utilise les résultats des recherches faites ailleurs. De plus, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans la définition des priorités nationales de la recherche en santé.

***Le Comité convient que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui, satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser.***

Le Comité convient, avec les auteurs d'un rapport publié en 1999 par le Conseil d'experts en sciences et en technologie, que la recherche en santé effectuée, financée et utilisée par le gouvernement fédéral doit être de la plus haute qualité. Elle doit, preuves à l'appui,

satisfaire aux normes internationales d'excellence en sciences, en technologie et en éthique, ou les dépasser<sup>123</sup>.

Le Comité a été informé qu'au fur et à mesure de l'augmentation du coût, de la complexité et du rythme de progression de la recherche en santé, les organismes de recherche n'ont, à eux seuls, ni les ressources ni l'expertise nécessaires pour travailler indépendamment :

*Les chercheurs ont de tout temps travaillé dans l'isolement, menant leurs propres programmes de recherche et vivant de subventions successives. Cette approche fragmentaire, au jour le jour, n'est tout simplement plus envisageable dans un monde où la complexité des sciences impose de mettre en commun les ressources disponibles<sup>124</sup>.*

Lors de la troisième Conférence annuelle Amyot organisée par Santé Canada, le Dr Kevin Keough, expert scientifique en chef du Ministère, a déclaré qu'il est nécessaire d'adopter une approche inclusive (ou horizontale) de la recherche en santé et de trouver de nouveaux moyens de former des partenariats, c'est-à-dire de regrouper des équipes pluridisciplinaires de scientifiques recrutés dans l'ensemble du système de la recherche en santé et de réunir leurs ressources intellectuelles, financières et matérielles pour mener les recherches nécessaires, et ce, afin de mieux comprendre le monde complexe et hautement interdépendant dans lequel nous vivons<sup>125</sup>.

Le Comité convient avec le Dr Keough qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche en santé. À notre avis, des approches complémentaires et conjointes de la recherche en santé sont non seulement réalisables et économiques, mais elles contribuent aussi à de meilleurs résultats pour tous les intervenants. Cet objectif fondamental ne peut être atteint que si le rôle du gouvernement fédéral continue à s'adapter à l'environnement changeant de la recherche en santé. À part son rôle dans l'exécution, le financement et l'utilisation de la recherche, le gouvernement fédéral doit devenir plus actif comme catalyseur et facilitateur.

***Le Comité convient qu'il est de la plus haute importance de maintenir des partenariats efficaces et de répartir les efforts des partenaires individuels de façon à maximiser les résultats de la recherche canadienne en santé.***

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral devrait assumer le leadership de la recherche canadienne en santé et, par conséquent, recommande :

**Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.**

<sup>123</sup> Conseil d'experts en sciences et en technologie, *Vers l'excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, décembre 1999, p. 5.

<sup>124</sup> The Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, *Seizing the Future – Health as an Engine of Economic Growth for Western Canada*, résumé du rapport, août 2001, p. 2.

<sup>125</sup> Dr Kevin Keough, Conférence Amyot, octobre 2001.

**Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.**

Le D<sup>r</sup> Keough a souligné que le gouvernement fédéral devrait, pour commencer, encourager l'échange de chercheurs en santé entre le gouvernement, le monde universitaire et le secteur privé. Une circulation plus libre des scientifiques rehausserait la qualité de la recherche en santé, améliorerait la qualité des conseils donnés au gouvernement en matière de sciences et de recherche, maximiserait la contribution des scientifiques canadiens à l'ensemble de la communauté de la recherche en santé et contribuerait au renouveau de la base scientifique dans tous les secteurs. Le Comité a des vues semblables à cet égard. Par conséquent, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.**

Le Comité souhaite reconnaître le rôle important joué par les organisations bénévoles nationales dans la recherche en santé. Ces organisations sont des intermédiaires clés, au niveau national, entre la recherche et l'application de ses résultats par transfert de connaissances aux chercheurs, aux fournisseurs de soins et au public. Le Comité est d'avis que, compte tenu de leurs connaissances et de leur expérience, ainsi que de l'importance des activités de recherche en santé qu'elles appuient, les organisations bénévoles nationales doivent participer à la collaboration entre les intervenants dans la recherche en santé.

## **5.2 S'engager dans la révolution scientifique**

Les témoins ont dit au Comité que la recherche en santé, aussi bien au Canada qu'ailleurs dans le monde, subit actuellement les effets d'une révolution scientifique. Ils ont expliqué que cette révolution est due aux progrès réalisés en génomique, en ingénierie et en biologie cellulaire. La recherche dans ces disciplines aura de profonds effets sur la détection, le diagnostic et le traitement de différentes maladies liées à la génétique. L'explication des processus physiologiques associés aux diverses affections exigera des années d'efforts pour identifier les gènes en cause et déterminer leur interaction.

*Nous sommes au milieu d'une profonde révolution mondiale alimentée par notre compréhension toujours croissante du fondement moléculaire de la vie, de la biologie humaine et de la maladie. Comme les révolutions antérieures de la science, celle-ci est menée par la collision entre diverses disciplines et approches : génétique, biologie moléculaire, l'ensemble des sciences de la vie, [l'informatique] et les méthodes de calcul, les petites molécules et la chimie de surface, la bioéthique, l'épidémiologie, l'économie de la santé, les sciences sociales et les humanités. Le rythme de cette révolution de la recherche*

*en santé n'a pas encore cessé de s'accélérer sous l'effet d'importants investissements mondiaux des gouvernements, du secteur privé et de philanthropes*<sup>126</sup>.

À mesure que le projet du génome humain tire à sa fin, le prochain défi consistera à comprendre le rôle des quelque 30 000 à 40 000 gènes que les humains semblent posséder. Ces gènes codent tout l'ensemble des protéines ou protéome, qui en compterait 2 millions. Par conséquent, la prochaine frontière en biologie est probablement celle de la protéomique, catalogue et fonctions de toutes les protéines des organismes vivants, qui est beaucoup plus complexe et prometteuse que la génomique.

De même, les progrès en génie biomédical et en miniaturisation à l'échelle moléculaire favoriseront le développement de dispositifs diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus perfectionnés qui permettront l'administration de médicaments à cible définie, les essais biologiques, l'imagerie moléculaire et les réparations de tissus et d'organes. Le Canada a des chances réelles de devenir un chef de file mondial dans le domaine de la *nanotechnologie* ou *nanomédecine*.

L'étude et l'utilisation des cellules souches sont un autre bon exemple des répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Les cellules souches, quelle que soit leur origine, ont la propriété très particulière de donner naissance à des cellules à fonction spécialisée. À l'heure actuelle, tant le monde de la recherche que les autres intervenants sont très enthousiastes quant aux possibilités des cellules souches provenant de tissus embryonnaires ou adultes. On s'attend à ce que la recherche sur ces cellules débouche sur des traitements d'affections graves telles que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le diabète et les lésions de la moelle épinière. On croit aussi, en général, qu'il sera possible un jour de manipuler ces cellules pour produire presque n'importe quels tissus, ce qui permettra de disposer des organes dont on a tellement besoin pour les transplantations.

Des chercheurs ont récemment réussi à programmer des cellules souches tirées d'embryons humains pour qu'elles produisent de l'insuline, fonction normalement réalisée par les cellules spécialisées des îlots pancréatiques. Si ces recherches permettent de guérir le diabète, qui est actuellement traité par des injections régulières d'insuline, elles n'amélioreront pas seulement la qualité de vie des patients, mais réduiront aussi le fardeau économique de la maladie. Dans une étude différente, des chercheurs sont parvenus à utiliser des cellules souches prélevées sur la peau d'animaux pour produire des neurones, du tissu musculaire et des cellules adipeuses.

Parmi les autres domaines dans lesquels la révolution scientifique a des effets marqués, il y a lieu de mentionner la chimie et l'informatique, où les progrès de la modélisation moléculaire s'alliant à la chimie synthétique sont en train de changer la façon dont les nouveaux médicaments sont découverts. De plus, la bioinformatique et la robotique influenceront également sur la recherche en santé.

Dans cette recherche, la révolution scientifique ne se limite pas aux travaux de base et à la recherche biomédicale. Elle est en train de créer des perspectives extraordinaires dans les domaines de la recherche sur les services de santé et sur la santé de la population. Plus que

---

<sup>126</sup> Dr Alan Bernstein, président des IRSC, *Health Research Revolution – Innovation Will Shape This Century*.

jamais auparavant, des recherches sont effectuées au Canada et à l'étranger pour trouver de nouveaux moyens de dispenser des soins de qualité et de comprendre les effets de l'interaction des déterminants qui agissent sur la santé d'une population.

À la troisième Conférence annuelle Amyot, le D<sup>r</sup> Keough a souligné que les progrès de la recherche en santé et la nécessité pour les gouvernements et les particuliers de tenir compte de ces progrès continueront à s'accroître. Cela signifie que les gouvernements doivent être en mesure d'exécuter et d'utiliser de bonnes recherches scientifiques axées sur le bien public. L'efficacité avec laquelle le gouvernement intégrera les progrès découlant de nouveaux secteurs tels que la biotechnologie et la nanotechnologie dépend de ce principe.

Le Comité convient avec le D<sup>r</sup> Keough qu'il est impératif pour le Canada de relever les défis qu'apporte la révolution scientifique. Nous sommes convaincus que les pays dotés d'un solide réseau de recherche en santé sont plus capables que les autres d'utiliser les progrès et les innovations pour créer des services de santé efficaces et économiques, des cadres stratégiques et réglementaires pouvant soutenir la concurrence internationale, des produits nouveaux ou adaptés et de nouvelles activités de promotion de la santé. Un milieu dynamique de recherche en santé contribue à l'amélioration de la santé, de la qualité de vie et du système des soins de santé. Cela, à son tour, suscite la confiance du public et engendre un milieu d'affaires dynamique et une économie forte.

Comme le D<sup>r</sup> Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens. De toute évidence, le travail scientifique de qualité est coûteux, mais il est encore plus coûteux de ne pas le faire. Les développements scientifiques se multiplient rapidement, et une concurrence féroce règne dans ce domaine. Comme beaucoup de témoins, le Comité est persuadé que le Canada ne peut pas se permettre de prendre du retard. Les avantages possibles comprennent un transfert de connaissances rapide et rentable et la conversion de ces connaissances en avantages tangibles pour la population canadienne.

***Comme le D<sup>r</sup> Keough, le Comité croit que les sciences et l'économie vont de pair et que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer pour maximiser les avantages pour le Canada et ses citoyens.***

Le Comité est d'avis que, pour relever un défi de cette envergure, il faudra un effort concerté de la part du gouvernement, du secteur privé, du milieu universitaire, des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux. Chacun de ces partenaires a un rôle précis à jouer. Toutefois, c'est le gouvernement fédéral qui doit assurer la coordination et le soutien, par l'entremise de ses ministères et organismes, et notamment les IRSC et Santé Canada. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.**

### 5.3 Garantir un environnement de recherche prévisible

Le rapport de la phase deux de l'étude du Comité a montré que le gouvernement fédéral a une longue tradition de financement de la recherche en santé<sup>127</sup>. Les estimations les plus récentes de Statistique Canada révèlent que la majorité (environ 79 %) des recherches en santé bénéficiant d'un financement fédéral sont « extérieures », en ce sens qu'elles ont lieu dans les universités et les hôpitaux (68 %), dans des organismes privés sans but lucratif (6 %) et dans des entreprises (4 %)<sup>128</sup>.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche dans ce domaine. En fait, les IRSC sont la seule entité fédérale dont le budget soit intégralement consacré à la recherche en santé. Leur création, en 2000, représentait une importante évolution du mandat du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM). Ils sont maintenant responsables du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), qui était auparavant le principal instrument de financement de la recherche extérieure en santé. Malgré la création des IRSC, Santé Canada s'occupe encore du financement de certaines recherches extérieures dans une foule de domaines (santé des enfants, santé des femmes, santé des Autochtones, etc.).

Il y a en outre un certain nombre d'organismes fédéraux axés sur la recherche dont le financement est entièrement centré sur la recherche en santé. Il s'agit surtout de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

De plus, le Canada compte, plusieurs sources fédérales secondaires de financement de la recherche extérieure en santé. Plus précisément, le gouvernement fédéral est responsable de plusieurs conseils, agences et programmes de recherche qui consacrent (dans diverses mesures) une partie de leur budget à des recherches liées à la santé, comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), le Programme des chaires de recherche du Canada (PCRC) et les Réseaux de centres d'excellence (RCE)<sup>129</sup>. Le gouvernement fédéral a également financé Génome Canada, société sans but lucratif consacrée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de recherche sur le génome.

Les autres recherches en santé financées par le gouvernement fédéral (environ 21 %) sont internes, étant effectuées dans des installations fédérales. Celles-ci se trouvent à Santé Canada, Statistique Canada, le Conseil national de recherches, Développement des ressources humaines Canada, Agriculture Canada, Environnement Canada (en partenariat avec Santé Canada) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

---

<sup>127</sup> Volume deux, p. 97-108.

<sup>128</sup> Statistique Canada, *Estimations des dépenses totales au titre de la recherche et du développement dans le secteur de la santé au Canada, 1988 à 2000*, n° 88F0006XIB01006 au catalogue, avril 2001.

<sup>129</sup> Les RCE sont appuyés et supervisés par les trois organismes subventionnaires canadiens (les IRSC, le CRSNG et le CRSH). Il y a lieu de mentionner que huit réseaux, sur les 22 RCE actuellement financés, mènent des recherches dans les domaines suivants : arthrite, maladies bactériennes, vaccins et immunothérapie pour le cancer et les maladies virales, accidents vasculaires cérébraux, application de l'information sur la santé, maladies génétiques, cellules souches et ingénierie des protéines. Certains autres RCE peuvent avoir des répercussions sur la santé et les soins de santé (par exemple l'Institut de robotique et d'intelligence des systèmes ou le Réseau canadien de l'eau).

### 5.3.1 Le financement fédéral de la recherche en santé

Le gouvernement fédéral a démontré à maintes reprises son engagement envers la recherche en santé. Le Comité se félicite de la haute priorité accordée à la recherche dans le discours du Trône de 2001 et, en particulier, de l'augmentation qui y est annoncée du financement de la recherche en santé :

*Notre objectif, audacieux s'il en est, doit être de nous faire reconnaître comme l'un des pays les plus novateurs du monde. [...] Nous devons voir à hisser le Canada au rang des cinq pays les plus avancés au chapitre de la recherche-développement, et ce, d'ici 2010.*

[...]

*Le gouvernement augmentera à nouveau de manière substantielle les fonds destinés aux Instituts de recherche en santé du Canada. Ces fonds additionnels leur permettront d'accroître la recherche sur la prévention et le traitement des maladies, les déterminants de la santé et l'efficacité du régime de soins<sup>130</sup>.*

Le Comité reconnaît également que la création des IRSC constituait une grande réalisation dans le domaine de la recherche en santé. Nous nous félicitons de l'augmentation du financement des IRSC annoncée dans l'exposé budgétaire de décembre 2001 en dépit des fortes pressions financières qui s'exerçaient sur le gouvernement fédéral. De plus, la création et le financement de la Fondation canadienne pour l'innovation en 1997, suivi par l'établissement des bourses d'études du millénaire, du Programme des chaires de recherche du Canada et de Génome Canada sont des indications claires du fait que la recherche et l'innovation en santé font partie intégrante de la politique publique du Canada relative à la santé.

Tout le long des audiences, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard. En fait, le rôle du gouvernement national dans le financement de la recherche en santé, exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant, est beaucoup plus important aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Australie qu'au Canada. Par exemple, comme le mentionne le rapport de la phase deux de l'étude du Comité, en 1998, le gouvernement américain a consacré à la recherche en santé, par habitant, quatre fois plus que le gouvernement canadien<sup>131</sup>.

***Tout le long des audiences, les témoins ont dit au Comité que, même si le financement fédéral assure un appui important à la recherche en santé, le Canada ne se compare toujours pas favorablement aux autres pays industrialisés à cet égard.***

Les témoins ont été unanimes à recommander que la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de recherche extra-muros en santé soit portée de son niveau actuel d'environ 0,5 % à 1 % des dépenses consacrées aux soins de santé au Canada. Cela nécessiterait de porter le budget actuel des IRSC de son niveau actuel de 560 millions de dollars à 1 milliard

<sup>130</sup> Gouvernement du Canada, *Discours du Trône*, première session de la 37<sup>e</sup> législature, 30 janvier 2001.

<sup>131</sup> Volume deux, p. 101.

de dollars. D'autres ressources devraient également aller à la recherche en santé réalisée dans les installations fédérales (que nous abordons dans la section suivante). Dans l'ensemble, l'augmentation des fonds affectés à la recherche extérieure et intérieure en santé rapprocherait la contribution fédérale du niveau des gouvernements nationaux d'autres pays de l'OCDE. Fait plus important, cela assurerait le maintien de la recherche en santé comme secteur de pointe dynamique et innovateur.

Les témoins ont porté une autre préoccupation à l'attention du Comité : le caractère à long terme de la recherche s'accommode mal de l'horizon limité de la planification budgétaire actuelle. À l'échelle internationale, la recherche de haut calibre est très concurrentielle et nécessite des engagements à long terme. Les jeunes chercheurs, dont dépend l'avenir de la recherche canadienne, engagent leur carrière sur la base de leur perception de l'environnement à long terme de la recherche. Le Canada ne pourra pas attirer et garder les éléments brillants sans leur ménager un excellent environnement de recherche. La recherche fait abstraction des frontières nationales. Le monde reconnaît l'excellence et livre une vigoureuse concurrence pour l'obtenir.

Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants. Les deux tiers au moins de ces fonds vont aux salaires et aux allocations de formation de chercheurs, d'adjoints de recherche, de techniciens et de stagiaires aussi hautement qualifiés que motivés. En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.

***Le Comité appuie fortement le point de vue selon lequel les fonds consacrés à la recherche en santé doivent servir à encourager les esprits les plus brillants.[...] En définitive, le défi du Canada dans la recherche en santé est d'attirer et de conserver des personnes aux talents exceptionnels.***

Le rôle du gouvernement fédéral est essentiel dans cette concurrence livrée pour attirer les bons chercheurs. En particulier, les IRSC constituent la source de fonds à long terme pour les activités de recherche suscitées par les chaires de recherche, la Fondation canadienne pour l'innovation et Génome Canada, qui augmentent considérablement la possibilité pour le Canada d'exceller dans le domaine de la recherche. Les IRSC sont aussi un partenaire essentiel pour la recherche suscitée par les nombreux organismes caritatifs de recherche en santé.

Dans l'ensemble, le Comité croit que le gouvernement fédéral doit établir et maintenir la stabilité à long terme de l'environnement canadien de la recherche en santé. Un financement prévisible d'un niveau suffisant constitue un préalable nécessaire. La recherche en santé est un investissement à long terme : de nombreux projets s'étendent sur toute la carrière d'un chercheur et les subventions sont ordinairement accordées pour des périodes de trois à cinq ans, ce qui est tout simplement incompatible avec le principe d'une allocation budgétaire annuelle aux IRSC. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral :**

- **augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en**



**santé, de façon à atteindre un niveau de 1% des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada;**

- **établit des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s’y conforme, particulièrement par l’entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;**
- **fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.**

### **5.3.2 La recherche fédérale interne en santé**

Selon un rapport du Conseil d’experts en sciences et en technologie, le gouvernement fédéral doit clairement effectuer des recherches internes : il doit disposer de capacités suffisantes de recherche pour être en mesure de s’acquitter des grandes fonctions suivantes :

- soutenir la prise de décisions, l’élaboration des politiques et la réglementation;
- élaborer et gérer des normes;
- répondre aux besoins du public en matière de santé, de sécurité, d’environnement et/ou de défense;
- faciliter le développement économique et social<sup>132</sup>.

Autrement dit, pour que le gouvernement fédéral puisse élaborer des politiques et faire respecter des règlements, il a besoin de capacités de recherche internes. De plus, il doit avoir accès à une information scientifique et technique de la plus haute qualité dans des délais correspondant à ses besoins. À défaut d’utiliser les meilleures données et analyses disponibles, le gouvernement s’expose à être jugé responsable d’éventuels dommages causés par ses décisions.

Santé Canada est le principal au niveau fédéral intervenant dans le domaine de la recherche interne en santé, cette fonction étant essentielle à l’exécution de son mandat. Le Ministère a le devoir de préserver et d’améliorer la santé de la population du Canada et d’assurer sa sécurité. Santé Canada doit donc, en plus d’accéder à une information scientifique et technique de la plus haute qualité, obtenir des conseils lui permettant d’élaborer des politiques et de mettre en vigueur des règlements. La capacité de recherche interne nécessite des compétences dans les domaines suivants :

- la situation et la propagation des maladies;

---

<sup>132</sup> Conseil d’experts en sciences et en technologie, *Vers l’excellence en sciences et en technologie (VEST) : Les rôles du gouvernement fédéral dans les activités liées aux sciences et à la technologie*, 16 décembre 1999, p. 12. Le CEST est formé d’un groupe d’experts extérieurs qui conseillent le gouvernement fédéral sur les questions de sciences et de technologie.

- la sécurité des aliments, de l'eau et des produits de santé, y compris les produits pharmaceutiques;
- les questions liées à la qualité de l'air;
- le respect des obligations en matière de promotion de la santé.

Pour assumer ces responsabilités, les chercheurs de Santé Canada doivent posséder des connaissances et des compétences indépendantes dans tout un éventail de disciplines scientifiques, allant des sciences du comportement à la biologie cellulaire et moléculaire. De plus, Santé Canada doit posséder des capacités internes suffisantes pour assimiler, interpréter et extrapoler les connaissances obtenues par d'autres partenaires de la recherche en santé. Enfin, le Ministère doit pouvoir recourir facilement à des compétences et à des installations dont il ne dispose pas lui-même dans ses ressources internes.

Dans l'ensemble, le Comité a appris que Santé Canada joue un rôle unique. Pour remplir son mandat, le Ministère doit être en mesure de donner des conseils scientifiques indépendants de la plus haute qualité, dans le cadre des responsabilités que lui confère la loi, d'entreprendre une vaste gamme d'activités scientifiques liées à son rôle d'organisme de réglementation et de conseiller en matière de politique, et de dispenser des services et des programmes de santé fondés sur les résultats. Ces obligations sans pareille imposent à Santé Canada d'avoir les capacités scientifiques et de recherche nécessaires pour s'acquitter de ces trois fonctions.

Le Comité croit qu'il est important de reconnaître qu'en nommant un expert scientifique en chef en 2001, Santé Canada a agi d'une façon décisive en vue d'acquérir les capacités nécessaires pour s'acquitter de son mandat. L'expert scientifique en chef et ses collaborateurs jouent un rôle central en dirigeant et en coordonnant les responsabilités et les activités scientifiques de Santé Canada et en se faisant les champions des principes de l'alignement, des liens et de l'excellence que préconise le Conseil d'experts en sciences et en technologie.

Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat. Le Comité reconnaît également qu'il est important pour Santé Canada de former au besoin des partenariats avec des intervenants extérieurs au secteur public. Par conséquent, le Comité recommande :

***Le Comité croit fermement qu'il est nécessaire pour le gouvernement fédéral de faire de la recherche en santé et d'avoir les moyens de s'acquitter de son mandat.***

**Que Santé Canada :**

- **dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;**

- **entreprenne activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.**

#### **5.4 Rehausser la qualité des services de santé et de la prestation des soins**

Comme nous l'avons mentionné au chapitre premier, le système canadien de prestation des soins de santé se trouve dans une situation grave, marquée par des hausses des coûts, une grande insatisfaction et des attentes élevées. De nombreuses recommandations ont été formulées au fil des ans pour la modification du système public de soins de santé. La plupart se fondaient cependant non sur des faits scientifiques, mais sur des preuves anecdotiques ou des considérations politiques. Voilà pourquoi la recherche portant sur tous les aspects du système public de soins de santé revêt actuellement tant d'importance pour les décideurs et les gestionnaires de la politique des soins de santé.

D'autres recherches sont nécessaires dans différents secteurs, notamment :

- les politiques de promotion de la santé
- les stratégies de prévention des maladies et des déficiences (tant au niveau des individus qu'à celui de la population)
- les déterminants de la santé
- les approches de gestion des soins primaires
- les nouveaux modes de rémunération des fournisseurs et des établissements de soins de santé
- le processus décisionnel des fournisseurs et des utilisateurs de soins de santé
- les modèles organisationnels de prestation des soins
- la gestion de la politique des soins de santé
- la répartition des ressources des soins de santé
- les répercussions de la privatisation de certains secteurs des soins de santé
- l'analyse pharmacoéconomique
- l'évaluation et l'utilisation de la technologie et du matériel de soins de santé.

La recherche clinique et la participation des fournisseurs de soins eux-mêmes à la recherche en santé jouent un rôle clé dans l'exploitation des résultats de la recherche fondamentale pour améliorer la santé et les soins. Les essais cliniques et les grandes études longitudinales sur la santé de la population ne reçoivent pas un financement suffisant au Canada, surtout parce que le lancement de telles études nécessite d'importants engagements financiers à long terme. Des investissements urgents sont nécessaires pour former des cliniciens-chercheurs et pour les appuyer par la suite dans leur carrière. Harcelés par une demande toujours plus grande de services cliniques, ces derniers trouvent de plus en plus difficile de rester compétitifs dans la course aux prix et aux subventions.

Au Canada, de nombreuses organisations s'occupent de recherche sur les services de santé. Le Comité est d'avis qu'en ce moment critique pour notre système de prestation des soins de santé, il est essentiel que ce genre de recherche reçoive un financement suffisant et que les centres de recherche et leur personnel participent au débat actuel sur la structure future du système canadien de services hospitaliers et de services dispensés par un médecin ainsi que sur les moyens de réduire les lacunes croissantes de la couverture du régime de soins.

De plus, de nombreuses études ont montré qu'il existe un important écart entre les nouvelles connaissances et leur application courante dans la médecine de tous les jours. Par exemple, seulement 46 % des patients âgés ont reçu le vaccin antipneumococcique, en dépit du fait qu'ils forment le groupe qui risque le plus d'être atteint par les infections pneumococciques. Bien que son administration soit recommandée pour tous les diabétiques adultes, l'aspirine n'est prescrite que dans 20 % des cas, et les conseils sur la transmission du VIH ne sont donnés qu'à moins de 3 % des adolescents qui passent par un cabinet de médecin<sup>133</sup>. De plus, d'importantes différences persistent dans les schémas de pratique et les résultats, aussi bien entre régions qu'entre provinces. Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique. Le gouvernement devrait le faire tout en continuant à appuyer les nouvelles recherches sur les questions de santé prioritaires et à mettre au point de nouveaux outils, pour qu'à l'avenir ces connaissances et ces outils servent à améliorer la santé et les soins de santé.

***Le Comité croit que le gouvernement fédéral, en raison de son rôle très particulier dans la recherche en santé, devrait consacrer des crédits substantiels pour favoriser, de concert avec les provinces et les territoires, l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique clinique.***

Dans l'ensemble, le Comité estime qu'il faudrait mener plus de recherches pour améliorer la qualité des services de santé et de la prestation des soins. Par conséquent, il recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.**

---

<sup>133</sup> JAMA, vol. 286, p. 1834 (2001).

## 5.5 Améliorer l'état de santé des populations vulnérables

De nombreux groupes de la société canadienne ont, pour diverses raisons, un accès moins immédiat que les autres à des services de santé correspondant à leurs besoins particuliers. On peut citer l'exemple des personnes atteintes de troubles mentaux, des toxicomanes, des personnes handicapées, de certaines minorités ethniques, des femmes en situation difficile, des habitants des collectivités rurales et isolées, des sans-abri et des pauvres. Le Comité reconnaît qu'il existe au Canada un besoin urgent d'appuyer des recherches pluridisciplinaires en santé afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur les divers facteurs qui influencent l'état de santé ainsi que sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé dont les groupes vulnérables ont besoin. Les IRSC ont récemment élaboré un plan stratégique, par l'intermédiaire de trois de leurs instituts, en vue d'étudier cet important problème, mais des ressources supplémentaires sont nécessaires. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.**

Dans le volume quatre de son étude sur les soins de santé, le Comité a déclaré que l'état de santé des Autochtones canadiens est une honte nationale. Il y a un écart disproportionné et totalement inacceptable entre les indicateurs de santé des Autochtones et ceux des autres Canadiens. Les membres de nos Premières nations connaissent une incidence beaucoup plus élevée de nombreux problèmes de santé, comprenant notamment le cancer, le diabète et l'arthrite, les affections cardiaques parmi les hommes, le suicide parmi les jeunes hommes, le VIH-sida ainsi que la morbidité et la mortalité liées aux blessures. Les taux de mortalité infantile sont deux à trois fois supérieurs à la moyenne nationale, avec des proportions élevées de syndrome et d'effets d'alcoolisme fœtal et de mauvaise nutrition. Environ 12 % des enfants autochtones sont asthmatiques, par rapport à 5 % de l'ensemble des enfants canadiens. Cette dernière tendance est attribuable, du moins en partie, à des problèmes de santé environnementale, comme la présence de moisissures dans les maisons<sup>134</sup>.

Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens. À notre avis, la création, aux IRSC, de l'Institut de la santé des Autochtones est un pas important dans la bonne direction. Santé Canada, qui dispense de nombreux services et programmes de santé dans les collectivités

***Le Comité croit que c'est la recherche qui pourrait contribuer le plus à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones canadiens.***

des Premières nations et les collectivités inuites, devrait renforcer sa capacité de recherche et sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans la politique publique. En particulier, Santé Canada a besoin d'une forte capacité de recherche pour atteindre les objectifs suivants :

<sup>134</sup> Volume quatre, p. 139-146.

- compiler et analyser les renseignements démographiques disponibles pour déterminer les tendances, les nouveaux problèmes et les différences entre régions géographiques et collectivités;
- examiner les programmes et les services pour déterminer les pratiques les plus efficaces dans les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, et pour s'assurer que des progrès suffisants sont réalisés en vue de résoudre les grands problèmes de santé;
- maintenir et renforcer la capacité d'analyse de la recherche tant nationale qu'internationale, et intégrer les pratiques exemplaires dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes.

Par conséquent, le Comité recommande à titre urgent :

**Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.**

**Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.**

La recherche sur les questions de santé intéressant les pays en développement est également importante. Le Comité a appris que ces recherches sont très rares. En fait, les données recueillies portent à croire que moins de 10 % de la recherche en santé est consacrée aux problèmes qui représentent 90 % du fardeau mondial des maladies.

Les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement peuvent être regroupées sous quatre grands titres : la malnutrition, le manque d'hygiène sexuelle et reproductive, les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles (y compris les blessures). Un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé révèle qu'en présence d'un grand nombre de malades, de mourants ou de personnes souffrant de malnutrition, la croissance économique est impossible à long terme.

Le Comité est d'avis qu'en raison de son expertise et de son excellence dans la recherche en santé, le Canada devrait assumer un rôle de leadership à cet égard. Le gouvernement fédéral a déjà franchi un premier pas dans la bonne direction. En effet, dans un effort conjoint sans précédent, quatre organismes gouvernementaux canadiens ont uni leurs forces pour prendre l'engagement commun de s'attaquer aux problèmes de santé mondiaux grâce à la recherche. L'Agence canadienne de développement international (ACDI), les IRSC, le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et Santé Canada ont ainsi lancé l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). Cette entreprise conjointe leur permettra non seulement d'exploiter plus efficacement leurs programmes et leurs recherches,

mais aussi de contribuer à une grande cause humanitaire, la protection de la santé des citoyens de tous les pays, y compris les Canadiens. C'est un début, et il faudra en faire plus. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.**

## **5.6 Commercialiser les résultats de la recherche en santé**

Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.

***Les nouvelles connaissances découlant de la recherche en santé ont en elles-mêmes une grande valeur pour la société, mais les effets globaux de la recherche sont maximisés quand ces connaissances rapportent des avantages sociaux et économiques. La commercialisation des résultats de la recherche en santé est l'un des moyens de réaliser ces avantages.***

La commercialisation des résultats de la recherche en santé peut intervenir à de nombreuses étapes différentes de la recherche, chacune de ces étapes faisant l'objet de problèmes distincts. Par exemple, l'une des principales difficultés de la commercialisation de la recherche universitaire en santé (recherche effectuée dans les universités et les hôpitaux) est qu'aux premiers stades des travaux, les investissements privés sont très risqués et sont donc d'un caractère spéculatif. Par contre, une fois que la recherche a débouché sur un produit commercialisable, comme aux derniers stades des essais cliniques (principalement réalisés par de grandes entreprises pharmaceutiques orientées vers la recherche), le principal problème réside dans le régime de propriété intellectuelle et de brevets, de même que dans l'approbation et la surveillance des médicaments. La commercialisation des résultats de la recherche en santé procure de nombreux avantages, notamment :

- amélioration de la santé, qui peut augmenter la productivité de la main-d'œuvre;
- amélioration de la qualité des services de santé;
- augmentation de l'efficacité de la prestation des soins de santé;
- financement accru de la recherche, découlant de la commercialisation et de la formation de partenariats de recherche;
- création d'emplois dans de nouvelles entreprises;
- intensification de l'activité économique grâce à la fabrication, à la commercialisation et à la vente de nouveaux produits et services liés aux soins de santé.

Dans son mémoire au Comité, le Conseil pour la recherche en santé au Canada mentionne que les nouvelles sociétés de biotechnologie établies par des scientifiques bénéficiant

d'un financement des IRSC constituent une importante retombée des investissements publics dans la recherche en santé :

*Par exemple, 23 sociétés ont été créées à l'Université de la Colombie-Britannique, et 732 personnes y travaillent. À McGill, 18 entreprises ont été lancées; elles emploient 392 personnes. À l'Université d'Ottawa, 10 sociétés ont été mises sur pied et offrent du travail à 459 personnes. De telles entreprises ne peuvent s'épanouir sans investissements publics servant à financer régulièrement la machine à découverte<sup>135</sup>.*

Visudyne est un exemple de résultat de la recherche canadienne en santé ayant entraîné des progrès remarquables dans le domaine des soins. Ce médicament, dont l'utilisation a été autorisée dans plus de 30 pays, constitue le seul traitement approuvé de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, principale cause de perte de la vue due au vieillissement. Le médicament a été mis au point à l'Université de la Colombie-Britannique, avec un financement provenant partiellement du gouvernement fédéral. L'Université a prêté son concours pour le démarrage de la société QLT Inc., chargée de la commercialisation du produit. L'entreprise, qui a son siège à Vancouver, emploie plus de 350 personnes et a une capitalisation boursière de l'ordre de 1,5 milliard de dollars américains.

Le 3TC est un autre exemple : seul inhibiteur de la reverse-transcriptase du VIH ayant peu ou pas d'effets secondaires, ce produit est un élément courant du traitement du VIH-sida, mis au point grâce à des recherches effectuées à Montréal avec un financement fédéral. Avant son acquisition par la société britannique Shire Pharmaceuticals plc., BioChem Pharma Inc. avait son siège à Montréal, employait 278 personnes et avait une capitalisation boursière de 3,7 milliards de dollars américains.

Ces exemples illustrent le potentiel de la recherche en santé pour le traitement des maladies, la création d'emplois et la production d'avantages économiques pour le Canada. Même si beaucoup de technologies développées dans les universités sont cédées sous licence à des sociétés étrangères, il est raisonnable de s'attendre à ce que le Canada conserve certains avantages quand le gouvernement fédéral a contribué au financement de la recherche en cause.

Comme nous l'avons dit à la section 5.2, les sciences et l'économie vont de pair. Toutefois, dans son témoignage devant le Comité, le D<sup>r</sup> Henry Friesen, chef d'équipe du Western Canadian Task Force on Health Research and Development, a déclaré que les conditions actuelles ne permettent pas aux contribuables canadiens de bénéficier au maximum des résultats de la recherche en santé financée par les deniers publics<sup>136</sup>. De l'avis du groupe de travail, loin d'être optimale, la capacité de commercialisation des résultats de la recherche est clairement inacceptable<sup>137</sup>.

Des conclusions semblables figurent dans un rapport daté de 1999 du Conseil consultatif des sciences et de la technologie (CCST), produit par son Groupe d'experts sur la

---

<sup>135</sup> Conseil pour la recherche en santé au Canada, *Recherche en santé – Moteur de l'innovation*, mémoire présenté au Comité le 30 décembre 2001, p. 2-3.

<sup>136</sup> Voir délibérations du Comité, fascicule n° 30.

<sup>137</sup> Western Canadian Task Force on Health Research and Development, *Shaping the Future of Health Research and Economic Development in Western Canada*, août 2001, p. 19-20.



commercialisation des résultats de la recherche universitaire<sup>138</sup>. Le Groupe d'experts défend la thèse selon laquelle les résultats tirés de la recherche universitaire financée par des fonds fédéraux devraient, s'il existe des possibilités de commercialisation, être gérés comme un bien pouvant rapporter des dividendes à l'économie et aux contribuables du Canada. Il démontre que les États-Unis ont beaucoup mieux réussi que le Canada à commercialiser les résultats de la recherche universitaire, en dépit d'une participation croissante du secteur privé au financement de la recherche dans les universités canadiennes.

La plupart des grands établissements de recherche du Canada (universités et hôpitaux de recherche) ont des bureaux internes de commercialisation de la technologie financés par des sources universitaires et, en cas de succès, par les recettes découlant de leur propre activité. À l'heure actuelle, les dépenses liées aux activités de commercialisation ne sont pas couvertes par le financement fédéral direct de la recherche. Le Comité a appris que, pour la grande majorité, ces bureaux de commercialisation de la technologie ne recouvrent pas leurs frais et constituent donc des centres de coûts plutôt que des centres de profit pour leur établissement. Même si leur fonction n'est pas essentielle à la recherche en soi (création de nouvelles connaissances), on peut soutenir qu'il existe de bonnes raisons d'inclure les frais d'exploitation de ces bureaux dans le calcul des coûts indirects de la recherche, puisque la commercialisation de la technologie est une activité liée à la recherche.

La question du financement des coûts de recherche indirects par les organismes subventionnaires fédéraux fait depuis quelques années l'objet d'une controverse. Selon certains, elle explique en partie la compétitivité moindre des chercheurs canadiens. Les coûts indirects sont les dépenses liées à l'administration, à l'entretien, à la commercialisation et à la rémunération du chercheur principal, qui sont attribuables à un projet de recherche. Le rapport de 1999 du CCST<sup>139</sup> ainsi que des publications postérieures recommandent que le gouvernement fédéral augmente son investissement en acceptant de financer les coûts indirects de la recherche qu'il appuie. De même, le mémoire du Conseil pour la recherche en santé au Canada insiste sur le point suivant :

*[Les] coûts indirects de recherche doivent être financés afin d'offrir un milieu de pointe en recherche, milieu qui permette la réalisation de tous les avantages du programme d'innovation du gouvernement. [...] Le Conseil croit que le gouvernement devrait avoir pour priorité d'élaborer le plus tôt possible un plan spécifique et à long terme s'attaquant à cette question<sup>140</sup>.*

Le Comité reconnaît que, dans son budget de décembre 2001, le gouvernement fédéral a prévu un investissement ponctuel de 200 millions de dollars, par l'entremise des conseils subventionnaires, pour réduire les pressions financières liées à la hausse des coûts indirects des activités de recherche, y compris la commercialisation. Nous espérons, d'une part, que les universités et les hôpitaux de recherche utiliseront une partie de ces fonds pour renforcer leur capacité de commercialisation et, de l'autre, que le gouvernement fédéral décidera de transformer cet investissement ponctuel en crédit annuel permanent.

---

<sup>138</sup> Groupe d'experts sur la commercialisation des résultats de la recherche universitaire, *Les investissements publics dans la recherche universitaire : Comment les faire fructifier*, Conseil consultatif des sciences et de la technologie, 4 mai 1999.

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> Conseil pour la recherche en santé au Canada, mémoire présenté au Comité, p. 5.

Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.

***Le Comité convient avec les témoins et les conclusions des rapports récents qu'il est nécessaire de trouver des moyens de faire profiter au maximum les contribuables canadiens de la commercialisation de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait établir les conditions nécessaires pour permettre aux chercheurs et aux bureaux de commercialisation de la technologie qui offrent de l'appui et des services aux chercheurs de maximiser les résultats de leurs efforts de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée à l'aide de fonds fédéraux.***

De plus, le Comité estime qu'à titre de principal mécanisme canadien de financement de la recherche en santé ayant le mandat législatif d'utiliser la connaissance pour améliorer la santé, les IRSC sont les mieux placés pour évaluer les recommandations relatives à la recherche en santé formulées par le Western Canadian Task Force, le Groupe d'experts du CCST et dans d'autres études sur la commercialisation de la technologie. Nous croyons que les IRSC devraient se servir de ces études comme base pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'innovation tenant compte des programmes, des politiques et des personnes. À notre avis, une telle stratégie devrait permettre aux IRSC d'appuyer et de renforcer la capacité des bureaux universitaires de commercialisation de la technologie de maximiser les transferts de technologie au marché, favorisant ainsi l'innovation et la création d'entreprises et d'emplois au Canada. Nous croyons en outre que cette stratégie d'innovation doit se fonder sur un cadre comprenant des principes directeurs qui touchent le bien public et les avantages pour le Canada, afin que la recherche du maximum d'avantages sociaux et économiques ne menace ni la liberté universitaire, ni l'orientation de la recherche, ni la prestation des soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.**

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à**

**des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.**

**Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.**

La délivrance de brevets à l'égard de formes de vie supérieures est un aspect de la commercialisation des résultats de la recherche en santé qui a récemment suscité une certaine controverse. Ce sujet est étroitement lié à des questions d'éthique, de propriété intellectuelle et d'intérêts économiques. Même si ces questions s'inscrivent dans le cadre de la recherche canadienne en santé et du travail du Comité, elles sont examinées ailleurs. En fait, le gouvernement fédéral a chargé le Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) de le conseiller sur cette question de la plus haute importance. Le CCCB a publié un rapport provisoire fin 2001 dans lequel il recommande de refuser de breveter des êtres humains, quel que soit le stade de leur développement<sup>141</sup>. De plus, le rapport recommande d'entreprendre un programme de recherche systématique pour évaluer les répercussions des brevets de biotechnologie sur différents aspects des services de santé. C'est clairement là un sujet qui mérite un examen sérieux, mais qui déborde le cadre du présent rapport.

### **5.7 Respecter les normes d'éthique les plus élevées dans la recherche en santé**

Les sections qui précèdent ont démontré l'excellence croissante du Canada dans le domaine de la recherche en santé et la priorité élevée dont cette recherche bénéficie chez nous. L'histoire montre cependant que la découverte de nouvelles connaissances relatives à la santé peut, par exemple, occasionner des abus touchant les sujets de la recherche, la vie privée et le traitement des animaux. Des nombreux rapports ont souligné de diverses façons que l'acquisition de nouvelles connaissances ne devrait pas se faire au détriment d'êtres humains ou d'autres formes de vie et que l'excellence en santé exige l'excellence en matière d'éthique.

Mais qu'est-ce que l'éthique? Laura Shanner, professeure à l'Université de l'Alberta, a dit au Comité que l'éthique est « une tentative systématique et raisonnée de comprendre des questions d'une importance humaine fondamentale et de prendre les meilleures

---

<sup>141</sup> Comité consultatif canadien de la biotechnologie, *Biotechnologie et propriété intellectuelle : La brevetabilité des formes de vie supérieures et enjeux connexes*, rapport provisoire adressé au Comité de coordination ministérielle de la biotechnologie, gouvernement du Canada, Ottawa, novembre 2001.

décisions possibles à leur sujet<sup>142</sup> ». Quand l'éthique est appliquée à des connaissances biologiques en médecine, on parle plutôt de « bioéthique ». La D<sup>e</sup> Nuala Kenny, professeure de pédiatrie à l'Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse), a défini comme suit la bioéthique :

*La bioéthique est une compréhension particulière de l'éthique qui implique la discipline de la philosophie pour aider à prendre des décisions de valeur. C'est une question de déterminer ce qui est juste et bon. La bioéthique est l'éthique dans le domaine de la biosphère, la biologie humaine. Cela va également au-delà de la santé humaine, mais la majorité des gens l'utilisent dans ce contexte.*

*Cela revient à poser la question de savoir comment définir, dans une société multiculturelle, les valeurs, les problèmes et les intérêts en jeu pour décider de ce qui est juste et bon, généralement concernant la situation d'un patient. Puis, comment aider les parties en question à établir une sorte de priorité afin de se battre pour ce qui est bon ou contre ce qui est mauvais, et de faire des choix de manière responsable<sup>143</sup>.*

Dans beaucoup de domaines, les décisions difficiles nécessitent l'examen de multiples facteurs, mettant chacun en cause des valeurs, des principes, des points de vue, des convictions, des attentes, des craintes, des espoirs, etc., différents et souvent contradictoires. Face à de telles décisions, différentes personnes vont aboutir à différentes conclusions non seulement parce qu'elles considèrent des facteurs différents, mais aussi parce qu'elles les jugent les uns par rapport aux autres de façons différentes. L'effet pratique de l'éthique, comme discipline, est d'aider ceux qui doivent affronter des décisions complexes à en saisir les valeurs et les principes inhérents et à les peser les uns par rapport aux autres afin d'aboutir à la meilleure décision possible. Bien que fondée sur de solides bases théoriques, l'éthique des soins et de la recherche en santé traite de situations réelles de la vie.

Comme la recherche tente constamment de faire avancer le champ de la connaissance, elle pose les questions d'éthique les plus difficiles. L'objet de cette section est de passer en revue quelques-uns des grands secteurs de l'éthique de la recherche à la lumière des politiques et des mécanismes nécessaires ou actuellement en place au Canada, pour nous assurer que la recherche en santé est réalisée d'une manière conforme aux normes éthiques des Canadiens.

### **5.7.1 La recherche sur des sujets humains**

La recherche en santé doit, à l'occasion, porter sur des humains comme sujets. Même si la recherche sur d'autres êtres vivants procure des connaissances essentielles, en définitive, seule la recherche sur des sujets humains peut nous dire, par exemple, si une approche possible de la prévention, du diagnostic ou du traitement

***Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir.***

<sup>142</sup> Laura Shanner, *Ethical Theories in Bioethics and Health Law*, Université de l'Alberta, mémoire présenté au Comité, 2000, p. 1.

<sup>143</sup> D<sup>e</sup> Nuala Kenny (42:59-60).

d'une maladie est assez sûre, si elle aide vraiment les patients, quels sont ses effets secondaires et si elle est supérieure à un traitement qui existe déjà.

Les sujets de recherche – il s'agit souvent de patients atteints de la maladie dont le traitement est à l'étude – assument des risques pour que d'autres puissent profiter des connaissances que la recherche est censée fournir. La recherche sur des sujets humains comporte de nombreux risques : abus des personnes en cause, mauvaise utilisation des données, exploitation, violation de la vie privée, confidentialité, etc. Parce que la recherche en santé suscite tant de questions, un consensus international s'est développé au cours du dernier demi-siècle. Ce consensus, qui a commencé avec le Code de Nuremberg (1947) et la Déclaration de Helsinki (1964, révisée en 2000), préconise que les aspects éthiques de tout projet de recherche ayant des sujets humains soient examinés et approuvés, après modification si nécessaire, par un comité d'éthique constitué d'une manière appropriée (au Canada, il porte le titre de « comité d'éthique de la recherche » ou CER) avant le commencement des travaux.

Un comité d'éthique de la recherche (CER) «est un mécanisme que la société canadienne établit pour garantir la protection de ses membres participant à des travaux de recherche<sup>144</sup> ». Un CER est un groupe pluridisciplinaire indépendant des chercheurs et des commanditaires de la recherche, formé dans un établissement local pour examiner les normes éthiques des projets de recherche de l'établissement. Il est habilité à approuver ou à rejeter tout projet envisagé ou en cours ayant des sujets humains, à en demander la modification ou à y mettre fin. En fait, le CER atteste, pour chaque protocole de recherche, que les travaux envisagés, s'ils sont réalisés de la manière approuvée, satisfont aux normes d'éthique auxquelles les Canadiens s'attendent, ou les dépassent.

La principale politique nationale régissant l'éthique de la recherche sur des sujets humains, *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (EPTC), a été publiée en 1998 par les IRSC, le CRSH et le CRSNG. L'EPTC a remplacé les politiques antérieures (CRM, 1978 et 1987; CRSH, 1976). Le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, que les trois organismes subventionnaires fédéraux ont constitués en novembre 2001, sont chargés de coordonner l'évolution et l'interprétation de l'EPTC, l'objectif étant de le tenir à jour face à l'évolution rapide de la connaissance, de la recherche et de la technologie.

L'*Énoncé de politique des trois Conseils* a été adopté par les établissements universitaires (où se fait la plus grande partie de la recherche sur des sujets humains) et par un certain nombre de ministères et d'organismes fédéraux, y compris le ministère de la Défense nationale (MDN) et le Conseil national de recherches du Canada (CNRC).

Santé Canada est en train d'établir son propre comité d'éthique de la recherche, qui se servira aussi de l'EPTC, pour déterminer si la recherche interne, la recherche donnée à contrat à des chercheurs extérieurs et les demandes présentées aux IRSC et à d'autres organismes de financement sont acceptables sur le plan éthique. Santé Canada a également adopté les lignes

---

<sup>144</sup> Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain, *Protecting Human Research Subjects: Case-Based Learning for Canadian Research Ethics Boards and Researchers*, Ottawa, 2000, p. 7.

directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques auxquels participent des sujets humains<sup>145</sup>.

Depuis les années 70, conformément aux politiques nationales régissant l'éthique de la recherche sur les sujets humains, quelque 300 CER locaux ont été créés au Canada dans différents milieux : universités, laboratoires du gouvernement, organisations communautaires, hôpitaux universitaires et communautaires. Dans beaucoup d'hôpitaux universitaires, au moins 50 % des protocoles de recherche examinés par les CER portent sur des essais cliniques commandités par le secteur privé pour mettre à l'épreuve de nouvelles interventions pharmaceutiques dans la santé humaine, afin de satisfaire aux exigences réglementaires d'autorisation de Santé Canada et de la Food and Drug Administration des États-Unis. De plus, un certain nombre de CER d'entreprise et de CER privés à but lucratif ont été créés dans les dernières années pour examiner la recherche financée par des intérêts privés à l'extérieur des établissements universitaires, à des endroits sans accès à un CER local. En Alberta, tous les médecins qui ne relèvent pas d'un CER d'établissement sont tenus de recourir au CER du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Pour sa part, Terre-Neuve envisage d'établir un CER unique chargé d'examiner toute la recherche en santé effectuée dans la province.

En 1989, le CRM a créé le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNERH), avec l'appui de Santé Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le CNERH s'efforce d'encourager le respect de normes d'éthique rigoureuses dans la recherche sur des sujets humains effectuée partout dans le pays, en donnant des conseils sur la mise en œuvre de l'EPTC, surtout dans le cadre d'activités éducatives et de visites sur place à des CER locaux. Le CNERH est actuellement financé par les IRSC, le CRSH, le CRSNG, Santé Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

### **5.7.2 Questions suscitées par la recherche sur des sujets humains<sup>146</sup>**

L'*Énoncé de politique des trois Conseils*, qui est en fait la politique nationale du Canada sur la conduite éthique de la recherche en santé sur des sujets humains, semble être compatible avec les normes mondiales. Pour la plupart, les CER du Canada semblent appliquer des normes élevées, fondées sur plus de vingt ans d'expérience et de dévouement de nombreuses personnes partout dans le pays. Toutefois, le Comité a appris que de sérieuses lacunes sont signalées dans quelques rapports récemment publiés par le CNERH et les IRSC ainsi que par la Commission du droit du Canada<sup>147</sup>. Nous présentons dans ce qui suit un résumé des principaux problèmes ou lacunes mentionnés dans ces rapports :

---

<sup>145</sup> Malgré le soin apporté par les trois organismes subventionnaires fédéraux et Santé Canada pour assurer l'harmonisation internationale des lignes directrices régissant les essais cliniques sur des sujets humains, le Comité tient à avoir l'assurance catégorique que tout Canadien participant à des essais cliniques d'origine étrangère est protégé par des normes éthiques au moins aussi strictes que celles qui s'appliquent au Canada.

<sup>146</sup> La section qui suit ne traite pas des limites éthiques de la recherche sur la santé génésique humaine parce que des mesures législatives fédérales portant sur ce sujet doivent être déposées sous peu à la Chambre des communes. Le Comité reconnaît que ce secteur est à la fine pointe de la recherche appliquée et qu'il évolue rapidement. À notre avis, toute la recherche portant sur le matériel reproducteur humain, les organismes humains tirés de ce matériel, d'autres souches de cellules humaines ou toute partie de ce qui précède (y compris les gènes humains) devrait être assujettie à un examen éthique complet effectué par les CER compétents, ainsi qu'à l'EPTC et aux mesures législatives et réglementaires applicables.

<sup>147</sup> Pour plus de précisions, voir les quatre documents suivants : 1) CNERH (anciennement, le Conseil national de la bioéthique en recherche chez les sujets humains ou CNBRH), «Protéger et promouvoir le sujet de recherche

- Bien que l'*Énoncé de politique des trois Conseils* établisse des normes très élevées, il n'existe actuellement aucun mécanisme de surveillance permettant de vérifier la conformité à ces normes. D'une part, il n'existe aucun processus d'approbation, d'autorisation ou d'inspection régulière des procédures d'examen de l'éthique de la recherche appliquées par les CER. De l'autre, et malgré le fait qu'un nombre croissant de CER commencent à s'attaquer à ce problème, peu de comités d'éthique suivent les recherches effectuées après l'approbation du protocole correspondant. En d'autres termes, les CER n'ont le plus souvent qu'une connaissance limitée de ce qui se passe après l'approbation d'un protocole de recherche.
- Certaines préoccupations ont été exprimées au sujet de conflits d'intérêts réels ou perçus impliquant des chercheurs ou des établissements. Même si, par consensus international, les CER doivent être créés dans les établissements de recherche et si leur travail exige une collaboration étroite avec d'autres services de leur établissement, ils doivent pouvoir fonctionner à l'abri des pressions de l'établissement et des chercheurs.
- De même, l'absence de supervision publique des CER privés, qui agissent indépendamment ou par l'entremise d'organisations de recherche engagées à contrat par des sociétés de produits pharmaceutiques, suscite des préoccupations au sujet de leur indépendance et des possibilités de conflit d'intérêts.
- Les CER ont besoin de ressources supplémentaires. Le travail devenant de plus en plus compliqué, du fait de la mondialisation, de l'évolution de la technologie et de la commercialisation, les CER ont de la difficulté à se trouver des présidents et même à recruter des membres.
- Il n'existe actuellement au Canada aucune norme sur les titres et l'expérience des membres des CER et des chercheurs en éthique de la recherche. En l'absence de normes canadiennes, les chercheurs doivent cependant satisfaire aux normes de formation américaines s'appliquant à la recherche en santé sur des sujets humains financée par des sources américaines.
- Les processus actuels d'examen éthique se fondent davantage sur les « producteurs » que sur les « consommateurs ». En d'autres termes, les sujets ne sont pas suffisamment représentés au niveau de la gestion de la recherche.
- Il est urgent d'entreprendre des recherches empiriques au sujet des effets de la recherche en santé sur les sujets humains, ainsi que de l'efficacité des procédures d'examen éthique.

Bref, il faut améliorer la gouvernance, la transparence et la responsabilité des processus d'examen éthique appliqués au Canada :

---

humain : Un examen de la fonction des Comités de recherche d'éthique pour la recherche dans les facultés de médecine au Canada », dans *Communiqué CNBRH*, vol. 6(1), 1995; 2) Ébauche de rapport du Groupe de travail du CNERH chargé d'étudier les modèles d'accréditation des programmes de protection des sujets humains au Canada, 28 septembre 2001; 3) Michael MacDonald (chercheur principal), *Gouvernance de la recherche en santé avec des sujets humains*, recherche commanditée par la Commission du droit du Canada, Ottawa, mai 2000; 4) Projet de rapport du Groupe de travail sur l'examen continu, IRSC, 2001.

[...] nous avons été surpris de constater l'importance des écarts entre les idéaux exprimés dans la politique et les dispositions pratiques de responsabilité, d'efficacité et d'autres critères de bonne gestion<sup>148</sup>.

Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains. Nous reconnaissons l'excellent travail accompli dans différents milieux, partout au Canada, par des personnes dévouées qui se sont efforcées de veiller à ce que la recherche en santé effectuée sur des sujets humains satisfasse aux normes d'éthique les plus élevées. Nous sommes persuadés que les résultats obtenus au Canada sont aussi bons que partout ailleurs dans le monde. En fait, le rapport publié par la Commission du droit du Canada souligne :

**Le Comité convient avec les auteurs de nombreux rapports que la question centrale, pour le Canada, est de savoir qui est responsable envers le public de l'ensemble des processus mis en œuvre pour assurer le caractère éthique de la recherche effectuée sur des sujets humains.**

*Nous avons également été très impressionnés par le calibre des experts appartenant à de nombreux CER, sur les plans de l'érudition, de l'éthique et du droit. D'une façon générale, les chercheurs canadiens ont acquis une réputation internationale en ce qui concerne les aspects juridiques et éthiques de la recherche effectuée sur des sujets humains<sup>149</sup>.*

Le Comité croit cependant que les structures et les approches variées qui caractérisent actuellement l'éthique de la recherche en santé sont incompatibles avec la responsabilité envers le public qu'exige un secteur de cette importance. Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société<sup>150</sup>. Les intervenants suivants devraient participer à cette initiative : Santé Canada, les IRSC, les autres organismes subventionnaires fédéraux, le Panel d'experts et le Secrétariat en éthique de la recherche, les commanditaires du secteur privé, les instituts de recherche, les organisations et associations professionnelles de la santé, le CNERH, l'Association canadienne (nouvellement créée) des comités d'éthique de la recherche, etc. Par conséquent, le Comité recommande :

**Nous exhortons donc les différents grands intervenants de la recherche en santé sur des sujets humains à travailler ensemble pour élaborer un système de gouvernance pouvant atteindre les objectifs suivants : la promotion de la recherche présentant des avantages sociaux, la protection des chercheurs et le maintien de la confiance entre la communauté de la recherche et l'ensemble de la société**

<sup>148</sup> Michael MacDonald, Commission du droit du Canada.

<sup>149</sup> *Ibid.*, p. 300.

<sup>150</sup> Ces objectifs correspondent à ceux qui sont définis dans le rapport McDonald, cité dans la note précédente.



**Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.**

**Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :**

- **travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;**
- **accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;**
- **élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;**
- **veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;**
- **faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;**
- **établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit**

**indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;**

- **élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.**

### **5.7.3 L'utilisation d'animaux dans la recherche**

Les animaux étant biologiquement très semblables aux humains, ils sont utilisés dans la recherche pour acquérir de nouvelles connaissances biologiques ayant de fortes chances de s'appliquer aux humains. Toutefois, comme ils ne sont pas identiques à ceux-ci, toute nouvelle connaissance découlant de la recherche sur les animaux doit faire l'objet d'essais sur des humains avant d'être appliquée à la santé humaine.

Des préoccupations éthiques au sujet de l'utilisation des animaux, notamment dans la recherche, ont été exprimées depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, surtout en Angleterre. Au Canada, ces préoccupations ont amené le CRM et le CNRC à entreprendre des études qui ont abouti, en 1968, à la création du Conseil canadien de protection des animaux (CCPA). Aujourd'hui, le CCPA reçoit 87 % de son budget de 1,2 million de dollars des IRSC et du CRSNG, ce qui lui permet d'offrir ses services aux établissements de recherche qu'ils financent. Le CCPA tire le reste de ses revenus des honoraires qu'il facture aux établissements gouvernementaux et privés.

Le CCPA délivre le Certificat de bonnes pratiques animales<sup>®</sup> aux établissements qu'il juge conformes à ses normes. La conformité est déterminée par des équipes d'évaluation qui effectuent des visites sur place. Les IRSC et le CRSNG imposent à tous ceux qui souhaitent recevoir des fonds de recherche de participer au programme du CCPA et informent les bénéficiaires qu'ils cesseront de recevoir ces fonds si le CCPA les déclare non conformes à ses normes. Le CCPA signale que les établissements respectent en général ses recommandations<sup>151</sup>.

Dans son mémoire au Comité, la Coalition pour la recherche biomédicale et en santé (CRBS) affirme que les normes du CCPA sont reconnues aussi bien au Canada qu'à l'échelle internationale :

*La CRBS estime que les recherches faisant appel à des animaux qui sont conformes aux lignes directrices et aux politiques du CCPA sont des activités éthiques et responsables.*

*En reconnaissant les normes du CCPA, qui sont acceptées à l'échelle nationale et internationale, le gouvernement fédéral sera en mesure d'établir l'équilibre nécessaire entre la protection des animaux et les bienfaits découlant de leur utilisation à des fins scientifiques<sup>152</sup>.*

La structure formelle du CCPA et son programme de surveillance constituent, pour beaucoup d'observateurs au Canada et à l'étranger, un modèle optimal qui permet au

---

<sup>151</sup> Louis-Nicolas Fortin et Thérèse Leroux, « Éléments de réflexion sur la surveillance du contrôle éthique de la recherche », dans *Communiqué CNBRH*, été 1997.

<sup>152</sup> Coalition pour la recherche biomédicale et en santé, mémoire présenté au Comité, p. 7.

Conseil de travailler efficacement en toute indépendance du gouvernement, mais en collaboration avec lui<sup>153</sup>. De plus, un rapport récent envisage même l'utilisation d'un modèle du même genre dans la recherche sur des sujets humains. Par exemple :

*Il y a au Canada un modèle intéressant que nous devrions, je crois, considérer sérieusement dans notre recherche d'un processus d'approbation de la recherche sur des sujets humains. C'est celui du Conseil canadien de protection des animaux. [...] il a aujourd'hui une crédibilité remarquable et une réputation internationale. [...] Il s'agit d'un modèle très intéressant presque exclusivement canadien. Il bénéficie de subventions fédérales tout en fonctionnant d'une manière indépendante, définissant des normes et établissant un processus très respecté d'approbation de la recherche sur les animaux<sup>154</sup>.*

Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon efficace et économique. Quoiqu'un certain nombre de Canadiens ne voudront pas en convenir – notamment ceux qui s'opposent à toute utilisation des animaux dans la recherche, le Comité croit que le CCPA a clairement prouvé qu'il est possible de gérer efficacement un secteur très délicat qui nécessite une attention de tous les instants en adoptant une approche fondée sur :

**Le Comité reconnaît que le CCPA fournit des services de calibre mondial aux Canadiens d'une façon très économique.**

- la conviction, jusqu'à preuve du contraire, que les établissements et les particuliers s'efforcent de travailler d'une manière qui reflète les valeurs des Canadiens;
- le renforcement de la sensibilisation et de la formation des personnes aux dossiers et aux normes;
- des méthodes d'évaluation qui sont basées sur des normes reconnues à l'échelle internationale, qui mènent à l'agrément des installations et des processus, font intervenir des experts et des profanes et sont appliquées d'une manière collégiale en l'absence de preuves d'écarts de conduite et d'omission de prendre les mesures correctives nécessaires.

Sans préconiser une simple transposition des mécanismes du CCPA dans la gestion, certes difficile, de la recherche sur des sujets humains, le Comité croit qu'il y a beaucoup d'enseignements à tirer de l'expérience du CCPA. Il estime cependant qu'il existe des lacunes dans l'interaction entre le CCPA et le gouvernement fédéral. Même si de nombreux ministères et organismes fédéraux ont adopté le programme d'évaluation du CCPA pour la recherche sur les animaux effectuée dans leurs propres installations et même si les IRSC et le CRSNG imposent le respect des normes du CCPA comme condition préalable à l'attribution de fonds de recherche, nous croyons que cela ne suffit pas. Par conséquent, le Comité recommande :

<sup>153</sup> Sous-comité de l'éthique, *Mandat d'éthique d'IRSC : Mise en place d'une vision transformatrice*, document de travail établi à l'intention du conseil d'administration provisoire des IRSC, 10 novembre 1999, p. 18-19.

<sup>154</sup> Dr Henry Dinsdale, discours prononcé à la Conférence nationale du CNERH, mars 2001, p. 5.

**Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :**

- **toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;**
- **toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;**
- **toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.**

#### **5.7.4 La confidentialité des renseignements médicaux personnels**

Tous les renseignements personnels sont importants, mais pour la plupart des gens les renseignements médicaux sont probablement les plus délicats. Les renseignements sur la santé revêtent un caractère très intime, non seulement parce qu'ils touchent directement la personne en cause, mais aussi parce qu'ils ont des effets sur les membres de la famille et d'autres, ainsi que sur différents aspects de la vie d'une personne, comme son emploi ou son assurabilité.

Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens. Plus que jamais auparavant, ceux-ci ont aujourd'hui besoin de l'assurance que leur vie privée et leurs renseignements personnels seront respectés en cette ère de progrès technologiques rapides. En même temps, l'état de santé et la qualité des soins ont aussi une très grande valeur pour eux. Les fournisseurs de services de santé, les gestionnaires des soins de santé et les chercheurs en santé doivent avoir accès aux renseignements médicaux personnels pour améliorer la santé des Canadiens, renforcer les services et maintenir la qualité du système de soins. Pour les Canadiens, le défi actuel est de trouver un juste milieu entre leur droit à la vie privée et les besoins d'accès à l'information (des fournisseurs de services de santé, des gestionnaires des soins et des chercheurs).

***Le droit à la vie privée et à la protection des renseignements médicaux personnels est très précieux pour les Canadiens.***

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE), promulguée en juin 2000, a suscité un débat animé et un important examen de cette question ces deux dernières années. Le secteur de la santé ne s'est rendu compte des effets possibles de cette mesure législative sur la recherche en santé et la gestion des soins qu'assez tard dans le processus d'examen du projet de loi à la Chambre des communes. Des représentants de différentes parties du secteur de la santé sont donc intervenus énergiquement au cours des audiences tenues par le Comité fin 1999. Leur témoignage a clairement démontré, d'une part, que le secteur de la santé ne participait pas au large consensus qui s'était formé en faveur du projet de loi et, de l'autre, que les diverses entités du secteur de la santé ne s'entendaient pas entre elles sur une solution aux problèmes de confidentialité de l'information médicale que

soulevait la mesure législative. En conséquence, le Comité a conclu que beaucoup d'incertitude entourait l'application de la LPRPDE aux renseignements médicaux personnels et que des éclaircissements étaient donc nécessaires. En réponse à la recommandation du Comité<sup>155</sup>, le gouvernement fédéral a décidé de reporter jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2002 l'application de la Loi aux renseignements médicaux personnels. Cette période d'un an après la proclamation de la LPRPDE devait permettre au gouvernement et aux intervenants en cause du secteur de la santé de régler les points d'incertitude et de proposer une solution assurant la protection des renseignements médicaux personnels.

Le Comité est heureux de constater que plusieurs groupes du secteur de la santé se sont sérieusement occupés de beaucoup des préoccupations soulevées par la LPRPDE, et notamment la nécessité de protéger les renseignements médicaux personnels tout en permettant une utilisation limitée à des fins essentielles, telles que la recherche en santé et la gestion des soins (qui comprend la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé).

Au cours des deux dernières années, les IRSC ont procédé à une vaste analyse de cette question et ont lancé un important processus de consultation avec différents intervenants, qui a abouti à des recommandations sur l'interprétation et l'application de la LPRPDE à la recherche en santé<sup>156</sup>.

Les recommandations des IRSC présentent, sous forme d'un projet de règlement établi en vertu de la LPRPDE, des dispositions exprimées dans un langage juridique précis, qui, sans modifier la Loi, en faciliteraient l'interprétation et l'application dans le domaine la recherche en santé. Les IRSC ont présenté ces recommandations au Comité comme solution réaliste à court terme fondée sur l'hypothèse que la LPRPDE ne serait vraisemblablement pas modifiée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2002. Les IRSC ont souligné que leur projet de règlement, quoique sensiblement limité par le libellé actuel de la LPRPDE, peut néanmoins servir de guide utile pour aider à clarifier certains termes ambigus d'une manière qui permettrait d'atteindre les objectifs de la Loi sans pour autant entraver des recherches d'une importance vitale. Les IRSC sont également d'avis que le règlement, comme instrument exécutoire, est nécessaire pour permettre aux chercheurs et à l'ensemble des Canadiens de comprendre ce que la loi attend d'eux et de choisir en conséquence leur ligne de conduite. De plus, il pourrait servir de base aux mesures législatives sensiblement équivalentes que les provinces et les territoires pourraient élaborer avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, comme le prévoit la LPRPDE<sup>157</sup>.

Enfin, les IRSC reconnaissent que d'autres travaux doivent être réalisés de concert avec différents intervenants et les provinces pour établir un cadre juridique ou stratégique d'ensemble plus cohérent, plus complet et mieux harmonisé pour le secteur de la santé. En définitive, la loi ou la politique qui régira ce domaine doit admettre une certaine souplesse et un certain réalisme dans son interprétation et son application. De plus, les

---

<sup>155</sup> Deuxième rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 36<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 6 décembre 1999.

<sup>156</sup> IRSC, *Recommandations pour l'interprétation et l'application de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques dans le contexte de la recherche en santé*, 30 novembre 2001. Le règlement proposé par les IRSC peut être consulté à [http://www.cihr.ca/about\\_cihr/ethics/recommendations\\_f.pdf](http://www.cihr.ca/about_cihr/ethics/recommendations_f.pdf).

<sup>157</sup> C'est un fait que la Loi donne aux provinces et aux territoires jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour élaborer des mesures législatives sensiblement équivalentes.

utilisateurs devront élaborer des lignes directrices plus détaillées pour favoriser l'adoption des meilleures pratiques d'information dans leur travail quotidien.

Le Comité a examiné le projet de règlement proposé par les IRSC, qu'il tient à féliciter de leurs efforts dans ce domaine. Nous appuyons pleinement l'intention de ce document. Comme nous l'avons mentionné dans notre quatorzième rapport daté du 14 décembre 2001<sup>158</sup>, le Comité croit que ce texte devrait faire l'objet d'une étude sérieuse. Par conséquent, il recommande :

**Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.**

Une deuxième initiative parallèle a été entreprise par un Groupe de travail sur la protection de la vie privée composé de représentants de l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des soins de santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des consommateurs du Canada. Le groupe de travail s'est occupé des besoins d'accès aux renseignements médicaux personnels à des fins de gestion des soins de santé. Dans un rapport présenté à Santé Canada, il énonce les principes suivants<sup>159</sup> :

- Le caractère confidentiel de l'information, dans le domaine de la prestation des soins de santé, revêt une grande importance pour les Canadiens. La crainte que des renseignements médicaux personnels soient divulgués à d'autres peut nuire à la confiance qui est essentielle dans les relations entre patients et fournisseurs et amener donc les patients à hésiter à obtenir des soins ou à donner des renseignements que les fournisseurs ont besoin de connaître pour administrer un traitement approprié.
- Même si le droit individuel à la protection des renseignements médicaux personnels est d'une grande importance, il n'est pas absolu. Ce droit doit s'exercer dans des limites raisonnables, prescrites par la loi, de façon à réaliser l'équilibre entre le droit à la vie privée et les besoins sociaux dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.
- Toute personne a droit à la protection de ses renseignements médicaux personnels, peut décider des conditions dans lesquelles ces renseignements sont recueillis, utilisés ou divulgués, a le droit de connaître l'existence de ses

---

<sup>158</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Quatorzième rapport*, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session, 14 décembre 2001.

<sup>159</sup> Groupe de travail sur la protection de la vie privée, *Principes de protection des renseignements personnels en matière de santé au Canada*, rapport présenté à Santé Canada, décembre 2000.

dossiers médicaux, d'y avoir accès et d'en vérifier l'exactitude, et doit avoir des recours quand elle soupçonne une violation de sa vie privée.

- En contrepartie, les fournisseurs et les organisations de soins de santé ont l'obligation de considérer les renseignements médicaux personnels comme confidentiels; de prendre des mesures de sécurité adéquates pour préserver la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels; de n'utiliser des renseignements identifiables qu'avec le consentement de la personne en cause, sauf si la loi impose le contraire ou, dans des conditions strictes, s'il existe des preuves concluantes que le bien public l'exige; de limiter la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements médicaux personnels à l'information non identifiable, sauf s'il est possible de démontrer la nécessité de renseignements identifiables; et de mettre en œuvre les politiques, procédures et pratiques nécessaires pour assurer la protection des renseignements personnels.

Lorsque le Comité s'est réuni en décembre 2001 pour examiner les progrès réalisés au sujet de l'application de la LPRPDE aux soins de santé, il a appris qu'en dépit du fait que les membres du Groupe de travail sur la protection de la vie privée s'entendaient sur de nombreuses questions, ils n'étaient pas encore parvenus à une position finale commune. Le Groupe de travail était d'avis que la formation d'un consensus nécessiterait la participation active et le leadership du gouvernement fédéral. Pour sa part, le gouvernement fédéral estimait que les préoccupations des membres du Groupe de travail devaient être réglées entre eux-mêmes et le commissaire à la protection de la vie privée.

Le Comité croit que d'autres conseils et lignes directrices sont nécessaires pour guider la prestation, la gestion, l'évaluation et l'assurance de la qualité des services de santé. À cette fin, *toutes* les parties en cause doivent participer à un effort collectif constructif pour résoudre les problèmes qui se posent, et le gouvernement devrait donner l'exemple. Comme il l'a mentionné dans son quatorzième rapport, le Comité recommande :

**Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée et les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.**

Comme beaucoup d'autres Canadiens, les membres du Comité accordent une très grande importance à la protection des renseignements médicaux personnels. Ils reconnaissent en même temps l'étendue du risque couru si l'accès à ces renseignements est sommairement refusé par suite de menaces perçues pour la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels. Au

***le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès.***

lieu d'accorder une valeur absolue au droit à la vie privée, le Comité croit que les Canadiens doivent procéder à un examen soigneux et réfléchi des raisons pour lesquelles l'accès à des renseignements personnels est nécessaire aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins, des avantages sociaux dont profitent les Canadiens en conséquence, à titre individuel et collectif, et des conditions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir cet accès. Par suite de ses responsabilités de longue date dans le financement des soins et de la recherche en santé, le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de premier plan pour sensibiliser le public et favoriser un débat élargi sur ces questions.

Le projet d'*Études de cas sur l'utilisation secondaire des renseignements personnels dans la recherche en santé* (décembre 2001) des IRSC constitue un excellent modèle pour encourager la discussion et favoriser une meilleure compréhension grâce à des exemples très concrets de projets réels de recherche en santé faisant une utilisation secondaire de renseignements personnels. Des efforts parallèles déployés par d'autres pour présenter des études de cas semblables illustrant pourquoi et comment des renseignements personnels sont utilisés à des fins de gestion des soins de santé seraient extrêmement précieux. Compte tenu de ce qui précède, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :**

- **de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;**
- **du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.**

Cela étant dit, le Comité croit que si les Canadiens autorisaient une utilisation limitée des renseignements médicaux personnels dans des fonctions essentielles, comme la recherche en santé et la gestion des soins, il serait impératif de protéger adéquatement ces renseignements. Nous tenons à insister sur l'importance de veiller, en même temps, à ce que les Canadiens soient persuadés du respect du caractère privé de leurs renseignements médicaux personnels. Une fois de plus, nous considérons que le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer à cet égard pour susciter une pleine discussion des questions éthiques qui se posent et une étude des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que l'utilisation secondaire de renseignements personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins se fait d'une manière ouverte, transparente et responsable. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de**



**concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :**

- **une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;**
- **une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.**

### **5.7.5 La confidentialité de l'information génétique**

Nous avons examiné, dans la section précédente, le caractère confidentiel des renseignements médicaux personnels tirés de bases de données faisant partie du système actuel de soins de santé. Le Comité reconnaît que les nouvelles technologies d'analyse des gènes introduisent de nouveaux aspects dans la gestion des renseignements médicaux personnels. La capacité en pleine expansion d'établir des liens entre des séquences d'ADN et certaines maladies promet d'améliorer considérablement les soins qu'il sera possible de donner, mais augmente les possibilités d'atteinte à la vie privée de l'individu et de ses proches. De plus, les technologies permettent de prédire des maladies dont les symptômes ne sont pas encore évidents. Toutefois, la majorité de ces prédictions représentent surtout une probabilité accrue d'incidence de la maladie, le test étant souvent de nature plus statistique (révélant, par exemple, deux ou trois fois plus de chances de contracter la maladie par rapport à l'ensemble de la population) qu'absolue (comme dans le cas de la maladie de Huntington).

L'application des nouvelles techniques génétiques à la santé humaine en est encore à ses premiers balbutiements, mais certains de leurs avantages et inconvénients possibles sont déjà évidents. On peut craindre, par exemple, que l'accès à l'information génétique d'une personne ne puisse influencer sur ses chances d'obtenir un emploi ou de l'assurance.

Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.

***Le Comité a été heureux d'apprendre que des discussions interministérielles portant sur une vaste gamme de sujets sont en cours au sein du gouvernement fédéral. Il encourage la poursuite de ces discussions en vue d'aboutir à des conseils et des lignes directrices sur les moyens de régler ces questions complexes au mieux des intérêts des Canadiens.***

### 5.7.6 Les situations possibles de conflit d'intérêts

Dans le domaine de la santé humaine, les progrès réalisés dépendent souvent de la participation de chercheurs du monde universitaire, du gouvernement et du secteur privé. Les limites entre ces groupes s'estompent de plus en plus, tandis qu'augmentent la confiance mutuelle et la collaboration entre eux. Par exemple :

- En grande majorité, la recherche en santé dont les résultats sont publiés au Canada est l'œuvre de chercheurs d'établissements universitaires qui obtiennent du financement du gouvernement, de sources philanthropiques et du secteur privé.
- Les chercheurs du milieu universitaire sont, de plus en plus souvent, animés de l'esprit d'entreprise. Ils fondent souvent de nouvelles sociétés qui assurent une croissance économique rapide dans la révolution biologique.
- Les sociétés privées tirent de la recherche universitaire beaucoup de leurs idées commerciales, y compris de nouvelles interventions en santé. Elles commencent à créer des centres de recherche en milieu universitaire en contrepartie d'un droit de premier refus sur la propriété intellectuelle des résultats obtenus.
- Le gouvernement réglemente les interventions en santé, tout en contribuant à la création de nouvelles connaissances grâce à ses recherches internes. Les règlements dépendent de recherches effectuées par le secteur privé, souvent dans des établissements universitaires, qui sont évaluées par les scientifiques du gouvernement, parfois avec l'aide et les conseils de scientifiques du milieu universitaire.

Les possibilités de conflit d'intérêts sont évidentes. On peut craindre en outre que le souci de protéger la propriété intellectuelle et les intérêts commerciaux dans le secteur privé ne nuise à l'exécution ou à la publication de la recherche effectuée dans des établissements publics ou à l'aide de fonds publics. Les médias ont à juste titre concentré leur attention sur des cas où ces craintes s'étaient concrétisées.

Le Comité reconnaît que la recherche industrielle est un élément essentiel de la recherche en santé et des soins de santé. En fait, notre capacité croissante de favoriser la santé et de prévenir, diagnostiquer ou traiter les maladies est, pour une grande part, attribuable au secteur privé. De plus, malgré un certain nombre de cas de conflit d'intérêts qui

***Le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.***

ont fait les manchettes, le Comité est d'avis que la majorité des travaux du secteur privé reflètent des normes élevées d'éthique et répondent pleinement aux attentes des Canadiens à cet égard. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les entreprises ne peuvent pas espérer survivre dans le monde actuel en faisant fi des aspirations de la société.

Le Comité comprend cependant que le rôle de plus en plus important assumé par le secteur privé dans la recherche canadienne en santé, surtout sur le plan des essais cliniques, suscite des préoccupations. Cela ressort d'un récent éditorial de l'International Committee of Medical Journal Editors, qui exposait les règles de base à observer pour éviter les conflits d'intérêts dans les publications<sup>160</sup>. Il est nécessaire, en particulier, de trouver un équilibre approprié entre la recherche clinique effectuée en milieu universitaire, la possibilité de comparer différents traitements de la même maladie, l'importance accordée dans la recherche aux maladies assurant les bénéfices les plus importants (par exemple les maladies des pays riches, par opposition à celles des pays pauvres), la publication de résultats négatifs (nécessité d'établir un registre de tous les essais cliniques) et d'autres domaines connexes.

Le Comité se réjouit du travail accompli par les IRSC en vue de resserrer la collaboration entre le monde universitaire et le secteur privé dans le domaine de la recherche en santé grâce au Programme Université-industrie et au Programme Rx&D<sup>161</sup>. Nous comprenons qu'il est important d'encourager les partenariats des IRSC avec l'industrie. Nous nous rendons compte en même temps qu'il faut déterminer s'il convient d'établir des lignes directrices explicites, qui contribueraient à l'examen des aspects des relations des IRSC avec l'industrie pouvant poser des problèmes d'éthique. Par conséquent, le Comité recommande :

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants, continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.**

---

<sup>160</sup> Voir *Journal de l'Association médicale canadienne*, 18 septembre 2001, vol. 165, p. 786-788.

<sup>161</sup> Partenariat entre les IRSC et les sociétés pharmaceutiques canadiennes axées sur la recherche.



## CHAPITRE SIX

### PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ

---

Dans ses rapports antérieurs, le Comité a parlé de l'importance de bien comprendre les nombreuses questions complexes liées aux ressources humaines dans le secteur des soins de santé. Il a suggéré, dans le volume quatre, qu'il s'agit d'un des secteurs où l'on peut légitimement parler de crise. Tous les faits et témoignages recueillis par la suite, que ce soit auprès de témoins représentant toute la gamme des professionnels de la santé ou dans des études universitaires ou des rapports récents, ont confirmé cette constatation. Dans le présent chapitre, nous examinons ces témoignages et présentons nos recommandations regroupées sous deux titres principaux : l'élaboration d'une stratégie nationale pour faire face à la crise qui secoue les ressources humaines de la santé, et la réforme de la prestation des soins primaires en ce qui concerne les ressources humaines<sup>162</sup>.

#### **6.1 Une stratégie nationale pour réaliser l'autosuffisance en matière de ressources humaines de la santé**

D'après un sondage réalisé par l'ICIS au début de 2001 auprès de décideurs, de gestionnaires et d'organismes cliniques, les ressources humaines sont la priorité pour les deux à cinq prochaines années<sup>163</sup>. La principale manifestation des difficultés vécues dans ce domaine est le manque de professionnels qualifiés. Jusqu'au grand public qui s'inquiète des pénuries de ressources humaines, si l'on en juge d'après les résultats de récentes consultations menées par le gouvernement de l'Ontario. L'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières dans le système est vu comme la priorité absolue en matière de soins de santé par 35 % des 400 000 et quelques foyers sondés, soit le plus important pourcentage accordé à une question<sup>164</sup>.

##### **6.1.1 Pénuries de professionnels de la santé**

Le D John Ruedy, de la Capital District Health Authority (Autorité sanitaire régionale de la capitale, ou ASRC) à Halifax, a brossé un tableau d'ensemble des pénuries touchant tous les aspects de la prestation des soins de santé. Il a informé le Comité que :

*L'ASRC a en effet dû réduire dernièrement ses services aux hospitalisés et ses services de chirurgie à cause d'une pénurie de personnel infirmier qualifié. Il y a actuellement 175 postes à pourvoir en soins infirmiers à l'ASRC, et il semble peu probable que nous arrivions à les combler malgré nos efforts de recrutement auprès des nouveaux diplômés, le rehaussement du poste d'infirmière auxiliaire autorisée et les autres stratégies adoptées pour accroître notre bassin d'infirmières. Il nous a également fallu interrompre récemment notre programme de greffe du foie, qui pourtant fonctionnait bien, à cause du manque de*

---

<sup>162</sup> Pour un examen plus systématique des données et des chiffres concernant les ressources humaines de la santé, nous invitons le lecteur à consulter les volumes deux et quatre de l'étude courante du Comité.

<sup>163</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 99.

<sup>164</sup> The Strategic Counsel, *Dialogue public sur la santé : Résumé*, janvier 2002, p. 20.

*chirurgiens transplantologues. De graves pénuries frappent aussi d'autres disciplines, notamment la pharmacie, les techniques de laboratoire et la radiothérapie*<sup>165</sup>.

Le Comité constate qu'aucune région du Canada et aucune discipline des soins de santé ne semble avoir été épargnée par cette pénurie de personnel. Par exemple, une étude réalisée pour le rapport Mazankowski, publié en janvier 2002, montre que l'Alberta a besoin dès maintenant de 333 médecins équivalents temps plein et que, d'ici 2004-2005, il lui faudra 1329 médecins de plus, soit une augmentation de 29 %<sup>166</sup>. L'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador a informé le Comité que «le nombre de diplômés ne permet pas de répondre à la demande *actuelle*<sup>167</sup> » et que « l'actuel nombre de diplômés est inférieur de 40 % à ce qu'il était au début des années 1990, époque à laquelle » le nombre de places subventionnées dans les programmes de soins infirmiers « était plus élevé (180 comparativement à 273) »<sup>168</sup>.

***Le Comité constate qu'aucune région du pays et aucune discipline des soins de santé ne semble avoir été épargnée par cette pénurie de personnel.***

La pénurie de personnel infirmier touche non seulement les infirmières autorisées mais aussi les infirmières auxiliaires et les aides infirmières. M. Paul Moist, président du Syndicat canadien de la fonction publique au Manitoba, a souligné qu'il manque 600 infirmières auxiliaires autorisées à Winnipeg, sans parler du reste de la province<sup>169</sup>. Le même phénomène s'observe dans les professions paramédicales. Selon M Ron Elliott, président de l'Association des pharmaciens du Canada :

*Comme pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, il y a une pénurie de pharmaciens. Selon nos estimations, il manque 1500 pharmaciens à plein temps au Canada. Le problème est particulièrement grave dans les hôpitaux et en milieu rural*<sup>170</sup>.

Dans son témoignage devant le Comité, Elisabeth Ballerman, présidente de la Health Sciences Association of Alberta, a souligné que plus d'une vingtaine de disciplines connaissent de graves lacunes, dont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, les techniciens en radiographie ou de laboratoire médical et les inspecteurs de la santé publique<sup>171</sup>.

Le D<sup>r</sup> Ruedy souligne que la crise sévit aussi ailleurs, par exemple en Irlande :

*Dans un des hôpitaux, ils comptaient sur 200 infirmières d'Indonésie pour prodiguer des soins infirmiers adéquats. Tout le personnel affecté au nettoyage venait de Lettonie et*

<sup>165</sup> Mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 1-2.

<sup>166</sup> *A Framework for Reform. Context Papers: Do We Have a Shortage of Health Care Professionals*, Conseil consultatif du Premier ministre sur la santé, décembre 2001, p. 4.

<sup>167</sup> Mémoire présenté au Comité le 5 novembre 2001, p. 5.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>169</sup> 30:87.

<sup>170</sup> 38:62.

<sup>171</sup> 32:62 et mémoire présenté au Comité le 17 octobre 2001, p. 1-2.

*ne parlait pas anglais. C'est donc un problème universel, mondial, et il va en s'empirant*<sup>172</sup>.

Le vieillissement des travailleurs de la santé est un des facteurs qui exacerbera la pénurie. L'ICIS a signalé qu'entre 1994 et 2000, l'âge moyen des Canadiens travaillant dans le domaine de la santé avait augmenté de presque deux ans, passant de 39,1 à 40,8 ans<sup>173</sup>. Cette tendance est la même chez pratiquement tous les fournisseurs de soins de santé. Le Comité avait souligné dans son rapport précédent que l'âge moyen des médecins était passé de 46,4 à 47,5 ans entre 1996 et 2000, tandis que l'ICIS a remarqué que l'âge moyen des infirmières était de 43 ans en 2000, alors qu'il n'était que de 41 ans en 1994<sup>174</sup>. Le vieillissement de l'effectif signifie qu'il faudra encore accroître le nombre de diplômés pour remplacer les professionnels de la santé qui prendront leur retraite à un rythme accéléré.

### **6.1.2 Vers l'autonomie en ressources humaines de la santé**

Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale de ressources humaines de la santé, c'est qu'elle force les pays à déterminer comment ils peuvent réaliser l'autosuffisance à cet égard. Ce constat s'impose particulièrement au Canada, parmi tous les pays industrialisés. Ainsi, comme le Comité l'a fait observer dans ses rapports antérieurs, de tous les pays industrialisés, le Canada est celui où les jeunes ont le moins de chance de pouvoir faire des études de médecine.

***Le Comité croit fermement que l'une des principales conséquences de la pénurie mondiale de ressources humaines de la santé, c'est qu'elle force les pays à déterminer comment ils peuvent réaliser l'autosuffisance à cet égard.***

D'après l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Canada est presque en dernière place, parmi les pays de l'OCDE, pour ce qui du rapport entre le nombre de médecins et la population. Cela s'explique principalement par la diminution des inscriptions dans les écoles de médecine par suite de la mise en œuvre de certaines recommandations contenues dans le rapport Barer-Stoddart, publié en 1991.

Dans le passé, le Canada a compté sur les diplômés en médecine internationaux pour combler les lacunes. Or, le D<sup>r</sup> John A. Cairns, doyen de la médecine à l'Université de la Colombie-Britannique, a expliqué au Comité que le Canada ne peut plus recourir à cette pratique. Il a souligné que la majorité des étudiants en médecine internationaux :

*[...] provenaient traditionnellement du Royaume-Uni, mais les débouchés dans la profession au Royaume-Uni et au Canada ne sont plus en faveur du Canada. Nous avons des gens qui retournent au Royaume-Uni et nous avons de grandes difficultés à recruter là actuellement. Nous avons considéré l'Afrique du Sud. La moralité de cela est hautement suspecte*<sup>175</sup>.

L'AFMC est même allée plus loin récemment :

---

<sup>172</sup> 42:83.

<sup>173</sup> ICIS, *op.cit.*, p. 13.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>175</sup> 33:76.

*Il convient de douter sérieusement de la moralité du fait de recruter des médecins dans des pays défavorisés sur le plan économique. Le Canada est un pays riche, et il est convenit mal de laisser des pays plus pauvres engager les lourdes dépenses nécessaires pour former des médecins et les voir ensuite recrutés avec insistance par un pays plus riche, qui n'est pas prêt à investir lui-même dans l'enseignement de la médecine<sup>176</sup>.*

Le fait que les pays industrialisés recrutent des médecins et d'autres professionnels de la santé dans les pays en développement cause d'énormes inquiétudes à des États comme l'Afrique du Sud. Le Comité a appris que ce problème est tellement sérieux qu'à au moins deux occasions en 2001, de hauts fonctionnaires, dont le haut commissaire d'Afrique du Sud, ont rencontré des représentants du Collège des médecins et chirurgiens du Canada pour les alerter au nombre alarmant de médecins, de chirurgiens et d'infirmières de leurs pays qui émigrent vers d'autres pays, comme le Canada.

Le Comité estime aussi qu'il est inacceptable que le Canada fasse du maraudage pour recruter l'élite parmi les diplômés des pays en développement. Il est donc convaincu que, dans un tel contexte, la seule autre solution consiste à viser l'autonomie. Pour ce faire, il faudra notamment fixer des chiffres cibles pour les divers types de fournisseurs de soins de santé nécessaires, tâche qui est loin d'être facile.

**[...] il est clair pour le Comité qu'il faut poursuivre les récents efforts visant à accroître le nombre de diplômés des écoles de médecine du Canada.**

Malgré ces difficultés, il est clair pour le Comité qu'il faut poursuivre les récents efforts visant à accroître le nombre de diplômés des écoles de médecine du Canada, surtout que la main-d'œuvre médicale doit faire face à de nombreux changements. Beaucoup de nouveaux diplômés cherchent un meilleur équilibre entre la vie familiale et professionnelle et ne sont plus disposés à travailler de trop longues heures. Il faudra donc accroître le nombre de diplômés. En outre, le Comité estime qu'il faudra aussi augmenter le nombre de places dans les programmes d'études supérieures, lequel est actuellement fixé à un par étudiant diplômé. Comme il l'a signalé dans ses rapports antérieurs, le financement d'un plus grand nombre de ces postes permettra d'intégrer plus rapidement les diplômés en médecine internationaux souhaitant se faire accréditer au Canada, et donnera aussi aux médecins plus de souplesse dans la planification de leur carrière.

**Il est donc clair aux yeux du Comité qu'il faut augmenter considérablement le nombre de diplômés en sciences infirmières et dans d'autres domaines paramédicaux, et que le gouvernement fédéral doit favoriser cette augmentation.**

Divers témoins ont également constaté une baisse du nombre de diplômés dans d'autres disciplines. La Saskatchewan Registered Nurses' Association a souligné qu'au Canada, au début des années 90, les programmes de soins infirmiers produisaient 10 000 diplômés, alors que

<sup>176</sup> Association des facultés de médecine du Canada, *Strategic Planning for a Sustainable System of Health Care in Canada*, octobre 2001, p. 13.



le nombre est tombé à 4 000 de nos jours; de plus, pendant la même période, la Saskatchewan a perdu 300 places subventionnées, ce qui a entraîné des listes d'attente plus longues pour les candidats compétents<sup>177</sup>.

Selon la Health Sciences Association of Alberta (HSAA) :

*Les inscriptions à de nombreux programmes ont diminué en raison de compressions appliquées tant dans les soins de santé que dans les programmes d'études supérieures. Ainsi, les écoles de technologie de laboratoire médical en Alberta ont ramené les inscriptions de 40 à 20<sup>178</sup>.*

De plus :

*Si l'on remonte plus loin, on constate que les inscriptions dans les collèges et universités non seulement n'ont pas suivi l'augmentation de la demande en soins de santé, mais ont même diminué dans de nombreux cas. Selon Développement des ressources humaines Canada (dans son programme Emploi-avenir 2000), il y a diminution du nombre de diplômés dans les disciplines paramédicales. Selon DRHC, on dénombrait en 1997, à l'échelle du Canada, 530 diplômés en technologie de laboratoire médical, soit une diminution de 42 % par rapport à 1987. L'imagerie diagnostique a connu une baisse de 15 % de ses diplômés pendant la même période. Ce sont des chiffres étonnants quand on sait que la demande d'employés techniques et professionnels augmente, poussée tant par les nouvelles technologies que par la croissance démographique<sup>179</sup>.*

À la baisse du nombre de diplômés s'ajoute ce que l'on pourrait appeler une « progression insidieuse des compétences », c'est-à-dire l'augmentation graduelle du niveau d'études nécessaire pour occuper un emploi dans un domaine donné, souvent attribuable à la complexité croissante des tâches à exécuter. La HSAA donne l'exemple de l'Institut Michener en Ontario, dont le programme de deux ans en technologie de la radiation médicale et en médecine nucléaire dure maintenant cinq ans, et celui de la proposition en Alberta voulant que l'on exige des études de niveau de maîtrise pour les physiothérapeutes en pratique clinique<sup>180</sup>.

Cette « progression insidieuse des compétences » a pour effet d'allonger la durée de formation des nouveaux diplômés, lesquels doivent dorénavant consacrer plus de temps et d'argent à l'obtention d'un diplôme et s'attendent par conséquent à des salaires proportionnels à leur niveau d'instruction. De plus, la prolifération de nouveaux appareils fait qu'il faut prévoir une formation continue, processus qui exerce encore plus de pressions sur des ressources financières et humaines limitées. Il est inutile d'investir dans des appareils coûteux s'il n'y a pas suffisamment de personnel pour les utiliser comme il se doit.

Il est donc clair aux yeux du Comité qu'il faut augmenter considérablement le nombre de diplômés en sciences infirmières et dans d'autres domaines paramédicaux, et que le gouvernement fédéral doit favoriser cette augmentation. Le Comité recommande donc :

---

<sup>177</sup> Mémoire présenté au Comité le 16 octobre 2001, p. 7.

<sup>178</sup> Mémoire présenté au Comité le 17 octobre 2001, p. 4.

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

<sup>180</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 5-6.

### **Que le gouvernement fédéral :**

- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.**
- **Envisage des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.**
- **Examine les programmes de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité, particulièrement en médecine, ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.**
- **Fournisse une aide particulière aux étudiants en soins infirmiers au titre des frais de scolarité, quitte à abolir complètement ces frais pour une période limitée.**
- **Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.**

#### **6.1.3 Accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé autochtones**

Dans ses rapports précédents, le Comité a signalé un grave manque de fournisseurs de soins de santé d'origine autochtone. Nombre de témoins ont abordé cette question, particulièrement la formation de médecins autochtones. Le D<sup>r</sup> Henry Haddad, président de l'AMC, a souligné qu'à sa connaissance, le pays ne compte qu'une cinquantaine de médecins d'origine autochtone<sup>181</sup>, soit moins d'un dixième de un pour cent des 57 000 et quelques médecins exerçant au Canada en 2000<sup>182</sup>.

La D<sup>e</sup> Joanna Bates, doyenne associée des admissions à l'Université de la Colombie-Britannique, a fait part au Comité de certaines mesures prises par l'Université pour encourager un plus grand nombre d'étudiants autochtones à choisir une carrière dans le domaine de la santé. Il faut, tout d'abord, cerner un certain nombre d'obstacles qui s'élèvent avant même que les élèves autochtones ne terminent l'école secondaire :

---

<sup>181</sup> 42:102.

<sup>182</sup> ICIS, 2001.

*[...] nous devons identifier un certain nombre de barrières importantes à l'acceptation et à la participation des Autochtones et des étudiants admis dans les facultés, non seulement en médecine mais aussi dans d'autres carrières en santé. Il faut en particulier se pencher sur les premiers niveaux d'études que doivent réussir les Autochtones afin d'atteindre le niveau d'éducation requis pour être admis dans des facultés professionnelles. Le décrochage et l'abandon avant la fin des études secondaires empêchent de nombreux élèves autochtones d'atteindre le niveau d'instruction voulu pour même envisager une carrière professionnelle en soins de santé<sup>183</sup>.*

D'autres obstacles liés aux différences culturelles constituent des embûches lors du processus d'entrée, notamment les modalités d'admission conçues pour les non-Autochtones :

*[...] celles-ci ne tiennent pas compte des processus de communication des Autochtones élevés dans les réserves. Par exemple, nous privilégions dans nos rapports les contacts visuels, ce qui ne se fait pas dans la culture autochtone<sup>184</sup>.*

La D<sup>re</sup> Bates a bien expliqué qu'il ne s'agit pas d'appliquer des normes différentes aux étudiants selon leurs antécédents, mais bien d'être pleinement conscients de toute l'incidence que peuvent avoir les comportements et les sensibilités conditionnés par le vécu culturel. Comme elle l'a dit :

*[...] nous ne voulons absolument pas dire des normes inférieures d'admission. On nous pose souvent cette question. Nous avons des normes d'admission similaires pour tous les candidats, mais nous estimons que nous n'avons pas identifié correctement l'excellence et la performance dans certains groupes, y compris [chez] les étudiants autochtones<sup>185</sup>.*

Le Comité appuie ce genre d'initiative. Il est également heureux de constater l'aide financière fournie aux étudiants autochtones par certains organismes comme l'AMC. À cet égard, des témoins ont signalé que les augmentations des frais de scolarité compliquent le problème du recrutement d'étudiants autochtones et d'autres minorités dans les professions de la santé. Comme l'a expliqué par exemple le D<sup>r</sup> John Ruedy, de l'Autorité sanitaire régionale de la capitale à Halifax :

*Nous avons eu, dans cette province, une difficulté incroyable à attirer nos Autochtones, nos Micmacs et nos Noirs à l'école de médecine. C'est attribuable en partie au fait que les divers milieux, que ce soit l'école secondaire, la maison ou les pairs, donnent l'impression que c'est hors de portée pour ces personnes en raison du coût. Ils ont l'intelligence, c'est purement économique. Les très importantes augmentations des frais de scolarité des cinq dernières années n'ont pas aidé du tout<sup>186</sup>.*

Le Comité recommande par conséquent :

---

<sup>183</sup> 33:58.

<sup>184</sup> 33:59

<sup>185</sup> 33:59

<sup>186</sup> 42:93

**Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.**

#### **6.1.4 Faire face à l'exode des cerveaux**

Dans ses rapports antérieurs, le Comité a souligné que, dans le cas des médecins comme des infirmières – soit les deux groupes de professionnels de la santé les plus touchés par l'émigration –, c'est le sentiment de ne pas pouvoir pratiquer dans toute la mesure de la formation reçue qui les pousse à quitter le pays. Ce constat contredit l'impression qu'ont certaines personnes que les allègements fiscaux suffiraient à eux seuls à convaincre les professionnels de la santé de rentrer au pays.

Selon Ross Finnie, de l'Université Queen's, qui s'est penché récemment sur cet exode des cerveaux, un réinvestissement général dans le système de soins de santé aurait pour effet de créer une sorte de cercle vertueux dans les orientations. En réaffirmant que l'amélioration des soins de santé constitue en soi un objectif louable, on aiderait à créer les conditions nécessaires au ralentissement de la fuite des cerveaux. Le bassin de professionnels de la santé s'en trouverait enrichi, ce qui accroîtrait la capacité du système de fournir le genre de soins pour lesquels ces professionnels ont été formés.<sup>187</sup>

Il convient de souligner que les recruteurs à l'étranger sont très sensibles à la volonté des professionnels canadiens d'exercer leur métier dans toute la mesure de la formation reçue. C'est ce qu'illustre un article de *La Presse* en citant un recruteur de Lausanne, en Suisse, qui a sollicité des infirmières du Québec pendant plus de 25 ans. Selon lui, «les deux tiers des Québécois qui débarquent chez nous disent dans leurs lettres de motivation qu'ils veulent pouvoir répondre réellement à la politique en soins pour laquelle ils ont été formés<sup>188</sup>». Ce recruteur a si bien réussi au fil des ans que son hôpital compte 249 infirmières originaires du Québec, et que les Québécois composent 15 % de son effectif total.

Il n'y a pas de solution miracle pour améliorer suffisamment les conditions de travail dans les hôpitaux du Canada pour qu'il soit possible de recruter et de conserver les diplômés en soins de la santé. Le Comité a présenté dans le quatrième volume de son rapport toute la gamme des facteurs à corriger afin d'atténuer la crise des soins infirmiers :

- le lieu de travail doit lui-même être sain et sûr;
- les instruments de travail doivent être disponibles;
- le travail à faire doit être assez intéressant et agréable pour apporter une satisfaction intrinsèque à celle qui l'exécute, tout en étant bien récompensé, valorisé et respecté à l'extérieur de la profession;

---

<sup>187</sup> Ross, Finnie, « The Brain Drain: Myth and Reality — What It Is and What Should be Done », dans *Choices*, vol. 7, n° 6, novembre 2001, p. 18.

<sup>188</sup> Gilles Toupin, « La Suisse maraude les infirmières québécoises », *La Presse*, 21 juillet 2001.

- les heures de travail doivent faciliter la juxtaposition de la vie familiale et de la vie professionnelle, surtout dans un domaine dont l'effectif est majoritairement féminin.

Le Comité estime par ailleurs qu'il faut envisager des mesures visant précisément à corriger le problème de l'exode des professionnels de la santé. Étant donné qu'il faudra des années avant de pouvoir former un nombre suffisant de nouveaux diplômés, il est tout à fait logique de chercher à rapatrier les Canadiens ayant déjà la formation, l'expérience et les compétences requises.

**Le Comité estime par ailleurs qu'il faut envisager des mesures visant précisément à corriger le problème de l'exode des professionnels de la santé.**

D'après le Comité, ce projet doit comporter deux volets. D'une part, les différents ordres de gouvernement et les diverses associations professionnelles doivent travailler ensemble pour faire connaître aux Canadiens qui vivent à l'étranger les changements apportés au système de soins de santé et les nouvelles possibilités qui en découlent pour l'exercice de la profession. Le Comité constate que la Nouvelle-Écosse a lancé récemment une campagne de ce genre d'une durée de six semaines pour courtiser les infirmières qui ont déménagé aux États-Unis<sup>189</sup>.

Par ailleurs, il faut aussi envisager des incitatifs à court terme qui puissent rendre plus attrayant le retour au pays et couvrir certains des frais liés à la remise sur pied d'un cabinet. Dans un récent article intitulé « Why do highly skilled Canadians stay in Canada? », les auteurs soulignent que :

*À la fin des années 1960, après 10 années d'exode des cerveaux vers les États-Unis, le Canada a réussi à rappeler les universitaires canadiens dans son giron grâce à une combinaison de perspectives professionnelles intéressantes et de trois années de remises d'impôt fédéral<sup>190</sup>.*

Le Dr Peter Barrett, président de l'AMC, a proposé de recourir à ce précédent historique pour concevoir un type d'allègement fiscal à court terme ciblant les médecins. Le Comité estime que de telles mesures pourraient aussi être envisagées à l'égard des infirmières et d'autres professionnels de la santé en situation de pénurie, quand il est clair qu'ils ont quitté le pays en grand nombre pour aller travailler à l'étranger. Le Comité recommande par conséquent :

**Que, pour faciliter le retour au Canada de professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.**

<sup>189</sup> Steve Proctor, « N.S. works to rehire nurses who went south », *Halifax Herald*, 29 novembre 2001.

<sup>190</sup> Cité dans Peter Barrett « Who Let the Docs Out? », dans *Choices*, vol. 7, n° 6, novembre 2001, p. 43. L'article original de DeVoretz et Iturralde a paru dans *Policy Options*, vol. 22, n° 2, mars 2001.

### **6.1.5 La nécessité d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines de la santé**

Tout au long des audiences du Comité, les témoins ont insisté sur la nécessité d'une stratégie nationale à l'égard des ressources humaines de la santé, proposition que le Comité appuie dans le principe quatorze énoncé au chapitre deux du présent rapport. Il reste cependant à déterminer qui doit assumer l'élaboration d'une telle stratégie et comment elle doit être mise en œuvre. Les recommandations déjà formulées dans le présent chapitre expliquent pourquoi une telle stratégie est nécessaire. Ainsi, le Comité voit mal comment il serait possible de réaliser l'autonomie en matière de ressources humaines de la santé à moins d'une coopération et d'une coordination à long terme entre tous les intervenants, c'est-à-dire le gouvernement, les associations professionnelles et les éducateurs dans le domaine des soins de santé.

***Ainsi, le Comité voit mal comment il serait possible de réaliser l'autonomie en matière de ressources humaines de la santé à moins d'une coopération et d'une coordination à long terme entre tous les intervenants, c'est-à-dire le gouvernement, les associations professionnelles et les éducateurs dans le domaine des soins de santé.***

Il est clair par ailleurs que la nécessité d'une telle stratégie est admise depuis longtemps. On peut donc se demander pourquoi il a été si difficile de la formuler. Dans son mémoire au Comité, la British Columbia Medical Association a déclaré :

*En réalité, nous avons besoin d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé, même si l'élaboration d'une telle stratégie s'est avérée pratiquement impossible au cours des derniers trente ans<sup>191</sup>.*

De l'avis du Comité, il faut, pour aller de l'avant dans ce dossier, reconnaître qu'une telle stratégie ne saurait être « fédérale », ni être principalement ou entièrement façonnée par les instances supérieures du gouvernement; sa formulation doit plutôt mettre à contribution tous les intervenants, bien que l'on reconnaisse que la formation des professionnels des soins de santé incombe aux provinces.

D'autres facteurs militent en faveur d'une stratégie nationale. En effet, Mme June Blau, présidente de la Saskatchewan Registered Nurses' Association, a expliqué au Comité non seulement que sa province ne forme pas suffisamment d'infirmières pour combler ses propres besoins, mais en outre que d'autres provinces comptent depuis toujours sur les infirmières formées ailleurs pour répondre à leurs exigences :

*En Saskatchewan, nous sommes actuellement limités à 260 places. Il nous en faut au moins 400. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique a toujours formé 50 % ou moins des infirmières dont elle a besoin parce qu'elle mise sur le recrutement dans d'autres provinces. Par conséquent, nous formons des infirmières, et cette province les utilise. La même philosophie s'applique depuis que je suis devenue infirmière<sup>192</sup>.*

<sup>191</sup> Mémoire présenté au Comité le 10 octobre 2001, p. 5.

<sup>192</sup> 31:7.

De l'avis du Comité, les problèmes causés par la concurrence interprovinciale pour obtenir les diplômés dans les divers domaines de la santé ne font qu'accentuer la nécessité d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines de la santé. La concurrence que se font les administrations, se disputant de maigres ressources humaines, risque de créer de graves disparités dans la capacité des diverses régions de dispenser des services de soins de santé.

**De l'avis du Comité, les problèmes causés par la concurrence interprovinciale pour obtenir les diplômés dans les divers domaines de la santé ne font qu'accentuer la nécessité d'élaborer une stratégie nationale des ressources humaines de la santé.**

Par ailleurs, il est également vrai que les provinces et les régions offrent chacune des attraits divers aux professionnels de la santé. L'honorable Jamie Ballem, ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, a expliqué au Comité ce qui suit :

*Nous avons parfois l'impression que les soins de santé sont fonction des sommes dépensées, du nombre de médecins disponibles, du nombre d'infirmières [...]. Toutefois, quand vous cherchez à obtenir davantage de médecins, vous vous rendez compte qu'il n'y en a pas. L'argent n'est pas le problème. Il faut davantage d'infirmières et d'infirmiers. Actuellement, il y a plus de 40 postes vacants dans notre structure de soins infirmiers. Chaque année, je fais des prévisions budgétaires pour un nombre supérieur, pour tous ces postes vacants, et [pourtant] nous verserons davantage en temps supplémentaire. Le problème n'est pas de créer plus de postes, c'est simplement d'obtenir plus de personnel.*

*Nous cherchons donc la façon d'utiliser les professionnels de la santé que nous avons : quelle sera la composition et qui fera quoi. Nous tentons de mettre au point des programmes attrayants de recrutement et de maintien en emploi. Nous cherchons à faire en sorte que le milieu de travail soit attirant afin de garder les gens chez nous. Au plan monétaire, nous ne pouvons concurrencer. Si tout n'était qu'une question de dollars et de cents, tous les praticiens seraient en Alberta. Nous cherchons à créer dans la province un contexte qui fournit à chacun une occasion attrayante de venir exercer [sa] profession<sup>193</sup>.*

Il est également clair qu'il se livre une lutte féroce pour obtenir des professionnels de la santé dans de nombreuses catégories, lutte qui oppose non seulement les diverses régions du pays, mais aussi les fournisseurs publics et privés. La Health Sciences Association of Alberta a donné au Comité les exemples suivants :

*Le secteur privé en Alberta offre des salaires comparables au secteur public en radiologie, mais les conditions et les heures de travail sont meilleures (c.-à-d. moins de quarts de travail, de fin de semaine et de rappels). Par conséquent, nous observons un exode des techniciens en imagerie diagnostique vers le secteur privé. Toutefois, les attentes à l'égard des services publics n'ont pas diminué, de sorte que les travailleurs qui restent dans le secteur public sont surchargés.*

---

<sup>193</sup> 43:55.

*Les services de pharmacie offrent un autre exemple de l'effet de la concurrence entre le secteur privé et le secteur public. À cause de la pénurie internationale de pharmaciens, le secteur privé verse des honoraires beaucoup plus élevés que le secteur public. À ces salaires s'ajoutent la participation aux bénéfices et d'autres indemnités qui peuvent signifier pour les pharmaciens dans le secteur privé un supplément de 20 000 \$ à 30 000 \$ par année <sup>194</sup>.*

Enfin, il existe le problème apparemment insoluble de la mauvaise répartition géographique des médecins. Dans ses rapports précédents, le Comité a maintes fois souligné que, depuis longtemps, les régions rurales et isolées ont du mal à s'approvisionner en professionnels de la santé. Au chapitre des stratégies pour accroître le nombre de médecins dans les régions rurales, le Comité a souvent entendu dire qu'en étant exposés comme étudiants à la réalité de l'exercice de la profession en milieu rural, beaucoup choisiraient de s'établir dans ces régions. Des témoins ont d'ailleurs affirmé que ce type de stratégie fonctionne. M. John Malcolm, directeur général du Cape Breton Regional Health Care Complex (Service régional des soins de santé du Cap-Breton), a présenté au Comité le point de vue suivant :

*Vous devez tenir compte des besoins du Canada rural. Lorsque le Dr Ruedy était doyen, son département nous a pressenti pour mettre sur pied un programme de médecine familiale en milieu rural. Nous avons saisi l'occasion - à tel point que nous finançons tous les coûts locaux du programme. L'université pour sa part finance ceux pour les résidents. [...]*

*Nous n'avons aucun poste vacant dans les collectivités de la Piste Cabot et, en fait, nous avons une collectivité où il semble qu'un médecin veuille venir plus souvent que nous en avons besoin l'année prochaine. Si vous exposez les gens à la possibilité d'exercer en milieu rural, ils choisiront la pratique en milieu rural tout comme j'ai décidé de vivre au Canada rural et de ne pas revenir au Canada urbain<sup>195</sup>.*

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a récemment avancé qu'il y a trois principaux problèmes à résoudre si l'on veut en arriver à une meilleure répartition géographique :

- La concentration dans les grands centres urbains — les médecins ont tendance à se regrouper dans les régions à plus forte densité de population, c'est-à-dire celles qui offrent pour la famille un plus large éventail de possibilités sur le plan scolaire, religieux, culturel et récréatif, et plus de perspectives d'emploi pour les conjoints.
- L'exercice de la profession en milieu rural; elle comporte des exigences particulières, notamment une grande disponibilité et le danger d'épuisement au travail.
- La multiplication des débouchés dans les centres urbains à mesure que s'accroît la pénurie de médecins dans les villes.

---

<sup>194</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 5.

<sup>195</sup> 42:85-86.



D'après l'AFMC, il faut également se pencher sur les questions suivantes : le recrutement d'étudiants dont les antécédents les rendent plus aptes à pratiquer dans les régions rurales ou éloignées, le soutien aux médecins dans les régions rurales ou éloignées (suppléants), une exploitation plus judicieuse de la télésanté et une plus grande exposition des stagiaires à l'exercice en région rurale et éloignée<sup>196</sup>. Le Comité est d'accord sur ces objectifs et estime aussi que les médecins qui signent des ententes contractuelles pour l'exercice de leur profession dans des régions rurales doivent le faire de leur propre gré. Il convient de décourager l'application de mesures coercitives obligeant les médecins à exercer en région rurale ou éloignée, comme l'a souligné le groupe de spécialistes sur les ressources humaines professionnelles de la santé, dans un rapport publié par le gouvernement de l'Ontario en janvier 2001. Parmi les principes fondamentaux proposés figuraient des stratégies visant à améliorer la répartition des professionnels de la santé, lesquelles stratégies seraient conçues pour attirer et encourager les médecins à exercer là où l'on a besoin d'eux, plutôt que pour les punir s'ils ne le font pas<sup>197</sup>.

Le Comité veut également souligner l'énorme contribution faite par des dizaines de milliers de Canadiens qui, à titre bénévole, consacrent des millions d'heures de travail au secteur des soins de santé. Sans eux, l'impact des pénuries de ressources humaines et matérielles se ferait sentir encore plus cruellement. L'ICIS constate que, d'après un récent sondage réalisé par Statistique Canada, les organismes de la santé ont bénéficié de 9 % des 1,05 milliard d'heures travaillées par des bénévoles en 2000<sup>198</sup>. À cet égard, Mme Maude Peach, ancienne directrice des Ressources bénévoles à la Health Care Corporation de St. John's, a affirmé qu'à Terre-Neuve « les bénévoles donnent chaque année des millions d'heures de travail pour aider les personnes malades, âgées, handicapées, défavorisées ou analphabètes<sup>199</sup> ». Le Comité encourage les Canadiens à continuer de contribuer comme bénévoles au secteur des soins de santé.

Un certain nombre de mesures ont déjà été prises afin de mieux coordonner la planification des ressources humaines. Une récente étude publiée lors de la conférence des premiers ministres à Victoria invitait les provinces et les territoires à envisager des solutions pour accroître le nombre de travailleurs de la santé dans leur secteur de compétence, sans recourir au recrutement dans d'autres parties du Canada<sup>200</sup>. M. William Tholl, directeur général de l'Association médicale canadienne (AMC), a expliqué au Comité que son association travaille avec d'autres organismes de fournisseurs de soins de santé à la préparation d'une étude pluridisciplinaire qui permettra d'évaluer les besoins en ressources humaines en fonction des maladies ou des patients<sup>201</sup>.

Le Comité accueille favorablement l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des

***Le Comité accueille favorablement l'annonce faite l'automne dernier par la ministre du Développement des ressources humaines du Canada (DRHC), l'honorable Jane Stewart, que son ministère lançait deux importantes études sectorielles afin de déterminer avec précision les besoins en médecins et en infirmières.***

<sup>196</sup> AFMC, *op. cit.*, p. 10.

<sup>197</sup> Cité dans le mémoire présenté au Comité par l'Association canadienne des internes et des résidents, p. 14.

<sup>198</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 13.

<sup>199</sup> 41:40.

<sup>200</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 75.

<sup>201</sup> 42:109.

ressources humaines du Canada (DRHC), l'honorable Jane Stewart, que son ministère lançait deux importantes études sectorielles afin de déterminer avec précision les besoins en médecins et en infirmières. Selon le Comité, ces études marquent un grand pas vers l'élaboration d'une approche nationale en matière de ressources humaines de la santé. Chacune des deux études analysera systématiquement le marché du travail et aboutira à une stratégie conçue pour offrir un approvisionnement suffisant en professionnels de la santé bien formés.

L'étude sur les médecins, qui comporte trois phases, durera environ trois ans :

- *Phase 1 (durée de 9 à 12 mois)* – Une analyse de situation portant sur les modèles de prestation de soins de santé, les facteurs qui influent sur l'effectif des médecins et le profil de ce groupe.
- *Phase 2 (durée de 12 à 18 mois)* – Une analyse exhaustive de l'effectif des médecins sur le plan des ressources humaines afin de recueillir et d'analyser de l'information sur les questions ayant une incidence sur l'offre et la demande de médecins.
- *Phase 3 (durée de 12 mois)* – L'élaboration d'une stratégie à l'égard des médecins en tant que ressources humaines, au moyen d'un mécanisme consultatif mettant à contribution toutes les parties intéressées.

L'étude sur les infirmières, pour sa part, comprendra deux phases et prendra deux ans :

- *Phase 1 (durée de 20 mois)* – Une analyse exhaustive de la main-d'œuvre infirmière portera notamment sur l'évolution des exigences en soins infirmiers, en fonction des divers modèles de prestation de services.
- *Phase 2 (durée de 5 mois)* – Un processus systématique d'établissement d'une stratégie sera élaboré d'après l'information obtenue au cours de la phase 1, et avec l'apport des intervenants du secteur infirmier, notamment les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le Comité est ravi de la participation de tous les principaux intervenants, dont les représentants provinciaux, à la réalisation de ces études. Ces études de DRHC sont certes importantes, mais il ne faut pas en rester là. Le Comité estime que l'examen des mesures et des initiatives qu'il recommande dans le présent chapitre ne saurait attendre le temps qui sera nécessaire à la réalisation de ces études. Il insiste sur l'importance d'agir rapidement dans ce domaine, tout en veillant à ce que la mise en œuvre des stratégies qui découleront de ces études s'inscrive dans une planification à plus long terme des ressources humaines de la santé.

***Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un plus grand rôle pour coordonner les efforts de lutte contre les pénuries de ressources humaines en santé.***

Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit dorénavant jouer un plus grand rôle pour coordonner les efforts de lutte contre les pénuries de ressources humaines en santé. Puisqu'il n'y a pas de solution miracle et qu'il faut tenir compte d'une foule

d'intérêts et de préoccupations dans la formulation de solutions à long terme, il semble souhaitable de créer un cadre permanent pour l'étude des questions touchant les ressources humaines. Le Comité recommande donc :

**Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un organisme national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :**

- **diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;**
- **coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif de l'autonomie en matière de ressources humaines;**
- **partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;**
- **recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, et dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;**
- **examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.**

## **6.2 Ressources humaines de la santé et réforme des soins primaires**

Comme le Comité l'a souligné dans son rapport *Questions et options* (volume quatre), le mode d'organisation de la prestation des soins primaires aura une grande incidence sur notre capacité d'utiliser au mieux les ressources humaines de la santé.

Les soins primaires constituent le premier contact avec le système de soins de santé et ils sont à l'heure actuelle dispensés principalement par les médecins de famille et les omnipraticiens travaillant seuls ou en petits groupes. Environ le tiers des médecins de soins primaires travaillent seuls et moins de 10 % font

***Comme le Comité l'a souligné dans son rapport Questions et options (volume quatre), le mode d'organisation de la prestation des soins primaires aura une grande incidence sur notre capacité d'utiliser au mieux les ressources humaines de la santé.***

partie de cabinets pluridisciplinaires. La grande majorité des cabinets de soins primaires relèvent de médecins qui sont propriétaires exploitants, et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte. Presque 90 % des médecins de famille interrogés par le Collège canadien des omnipraticiens en 2001 disent avoir reçu une proportion de leurs honoraires sous forme de rémunération à l'acte<sup>202</sup>, laquelle représente en moyenne 88 % de leurs revenus totaux<sup>203</sup>.

Or, aucune disposition législative n'exige que les médecins soient principalement rémunérés à l'acte. Le système canadien de soins de santé présente toutefois deux caractéristiques importantes qui ont contribué à façonner l'actuelle structure de la prestation des soins primaires. En premier lieu, l'entente originelle intervenue entre le gouvernement et les médecins prévoyant le paiement par l'État des actes médicaux privés a eu pour effet de placer les médecins au cœur du système de soins de santé et d'établir les honoraires à l'acte comme principal mode de rémunération<sup>204</sup>. En deuxième lieu, le fait que la *Loi canadienne sur la santé* applique la couverture intégrale médicalement nécessaire aux seuls services hospitaliers et médicaux a renforcé cette tendance.

Par conséquent, quand le Comité a abordé, dans le volume quatre de son étude, l'existence d'une « hiérarchie » perçue des professions de la santé, où les médecins spécialistes sont placés au sommet, il a mis en lumière cette tendance structurelle du système de soins de santé canadien. L'incidence de la *Loi canadienne sur la santé* sur cette structure explique en partie pourquoi il importe que le Comité étudie les questions des ressources humaines de la santé et de la réforme des soins primaires, même si l'établissement des grandes orientations incombe principalement aux gouvernements provinciaux et territoriaux.

### **6.2.1 Soutien de la réforme des soins primaires**

Au fil des ans, une foule de mesures ont été prises pour trouver diverses façons de fournir les soins primaires de manière à accroître la coopération et la coordination entre les fournisseurs de soins de santé. Mais comme le souligne une récente étude des soins primaires au Canada réalisée par Hutchison et collaborateurs :

*Malgré leur éventail et leur nombre, les innovations touchant l'organisation, le financement et la prestation de soins primaires au Canada sont restées en marge plutôt que d'en viser le cœur. Sauf au Québec, où 20 % des omnipraticiens et généralistes travaillent dans des CLSC<sup>205</sup> à temps plein ou à temps partiel, seule une infime minorité de médecins participe à des projets de réforme des soins primaires ou travaille selon des formules non conventionnelles. En Ontario, où existe un Programme des organisations de services de santé et des centres de santé communautaires et le plus important régime provincial de réforme des soins de santé du Canada, 5 % seulement des*

---

<sup>202</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les dispensateurs de soins au Canada*, 2001, p. 73.

<sup>203</sup> Hutchison, Brian et Julia Abelson et John Lavis, « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 117.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>205</sup> Les Centres locaux de services communautaires constituent au Québec un réseau de cliniques communautaires offrant un éventail de services liés à la santé.

*médecins participent à des modèles autres pour le financement et la prestation des soins primaires*<sup>206</sup>.

Le Comité a entendu à maintes reprises, au cours des audiences, que le peu de progrès marqué dans la réforme de la prestation des soins primaires n'est pas, à l'heure actuelle, attribuable principalement à la résistance de professionnels de la santé cherchant à protéger leur territoire. Les médecins partout au pays, qu'ils soient établis de longue date, résidents, internes ou représentants d'organismes professionnels ou d'établissements d'enseignement, se disent prêts à essayer d'autres formules pour structurer la prestation et la rémunération des soins de santé.

Dans la même veine, le D<sup>r</sup> Henry Haddad, président de l'Association médicale canadienne, a fait état d'un mythe répandu voulant que les médecins fassent obstacle aux changements, alors qu'au contraire, ils ont souvent été les catalyseurs de l'évolution du système de soins de santé. Les médecins canadiens sont prêts à travailler en équipe; l'AMC a élaboré une politique sur le « champ d'activité » qui appuie clairement une approche de collaboration et de coopération et, contrairement à la croyance populaire, les médecins sont très ouverts à d'autres formules de rémunération<sup>207</sup>.

Des témoins ont souligné que l'un des facteurs ayant contribué à l'épanouissement de cet esprit de collaboration est la réduction de l'écart entre les niveaux d'instruction des médecins et ceux des autres professionnels de santé. De plus, l'évolution démographique et les nouvelles tendances chez les médecins récemment diplômés ont aussi une incidence sur les attitudes à l'égard du changement. Selon l'Association canadienne des internes et des résidents :

*Les médecins résidents et les nouveaux médecins ont souvent un système de valeurs personnelles et professionnelles différent ainsi que des priorités et des attentes différentes en termes de travail, qui découlent en partie d'une détermination à mieux équilibrer carrière, vie familiale et bien-être personnel. Ces nouvelles valeurs jouent un rôle de plus en plus grand dans les décisions qu'ils prennent en matière de carrière et de rémunération. Il s'ensuit que les nouveaux médecins ont tendance à être plus ouverts à d'autres modes de rémunération et de prestation des soins de santé que les médecins traditionnels, attachés à la pratique solitaire et à la rémunération à l'acte*<sup>208</sup>.

Cependant, des représentants du corps médical, voyant que d'importantes questions restent sans réponse, préviennent que la réforme des soins primaires est peu susceptible de remédier à tous les maux du système de soins de santé. Comme l'a dit la D<sup>re</sup> Heidi Oetter, présidente de la British Columbia Medical Association :

*Bien qu'il soit permis de penser que les modèles essayés jusqu'ici améliorent la qualité des soins dans l'ensemble, rien ne prouve qu'ils ont réduit les coûts ou sont applicables à tout le système de soins de santé. La qualité doit être le premier but, mais il faudra*

---

<sup>206</sup> Hutchison, *op. cit.*, p. 122.

<sup>207</sup> Témoignage devant le Comité à Halifax, le 6 novembre 2001, p. 3 des notes d'allocation.

<sup>208</sup> *Le nouveau visage de la médecine : Pour maintenir et améliorer l'assurance-maladie*, mémoire présenté au Comité en novembre 2001, p. 4.

*vraisemblablement y mettre le prix. On dit que la prestation des soins peut se conformer à deux des trois caractéristiques de service bon, rapide et peu coûteux, mais pas aux trois en même temps. Les soins primaires ne sont pas différents*<sup>209</sup>.

Les témoins représentant des organismes d'infirmières autorisés ont été unanimes à dire que la réforme des soins primaires est essentielle pour conserver et améliorer l'état de santé des Canadiens et mieux utiliser le plein éventail des compétences dont disposent les divers fournisseurs de soins de santé. Ainsi, l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador soutient que « le meilleur moyen d'atteindre la coopération intersectorielle requise pour formuler et mettre en œuvre une stratégie nationale d'amélioration de la santé de la population consiste à épouser le modèle des soins primaires et du bien-être comme base de la prestation des services de santé dans ce pays<sup>210</sup> ». La Saskatchewan Registered Nurses' Association estime que l'équipe de soins primaires constitue l'unité fondamentale nécessaire à la viabilité d'un système de santé public<sup>211</sup>, tandis que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a prié instamment «le Comité permanent de recommander l'instauration d'une véritable réforme des soins de santé primaires, la prestation des soins étant effectuée, 24 heures par jour et sept jours par semaine, par des équipes pluridisciplinaires de professionnels des soins de la santé<sup>212</sup> ».

Les représentants d'autres catégories d'infirmières appuient aussi l'idée d'une réforme des soins primaires. Ainsi, Pat Fredrickson, présidente de la Canadian Practical Nurses Association, a expliqué au Comité que :

*L'emploi d'infirmières auxiliaires autorisées peut compenser de façon pratique et rentable la pénurie en infirmières et éviter une crise encore plus grave. Nous soutiendrions fortement l'abandon de la façon de penser en termes hiérarchiques au profit de votre hypothèse voulant que chaque profession a ses propres forces et que celles-ci doivent être correctement mises en valeur et utilisées*<sup>213</sup>.

Mme Fredrickson a aussi souligné qu'il y a eu accroissement des niveaux de formation dans l'ensemble de la profession infirmière et que «[e]xactement comme pour les infirmières accréditées, le programme de formation et le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées s'est élargi ces dernières années<sup>214</sup> ». Mais cela n'a pas donné lieu pour autant à une pleine utilisation des infirmières auxiliaires autorisées, et « [l]es cas où leurs connaissances et leurs compétences sont utilisées à fond dans le cadre de leurs fonctions sont rares dans ce pays<sup>215</sup> ».

Les tensions qui ont toujours existé entre infirmières et médecins concernant l'étendue du champ d'activité se font également sentir entre les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées, les secondes étant considérées par les premières coupables de vouloir protéger leurs prérogatives. Ainsi Mme Fredrickson a expliqué au Comité que :

---

<sup>209</sup> Mémoire présenté au Comité le 19 octobre 2001, p. 8.

<sup>210</sup> Mémoire présenté au Comité le 5 novembre 2001, p. 4.

<sup>211</sup> Mémoire présenté au Comité le 16 octobre 2001, p. 4.

<sup>212</sup> Mémoire présenté au Comité le 30 octobre 2001, p. 19.

<sup>213</sup> 32:56.

<sup>214</sup> *Ibid.*

<sup>215</sup> 32:57.

*L'exemple le plus frappant de sous-utilisation est lorsqu'il existe une énorme pénurie d'infirmières accréditées. Le plus gros obstacle rencontré par les infirmières auxiliaires autorisées se trouve dans les établissements eux-mêmes, où les syndicats protègent les intérêts des infirmières accréditées par l'intermédiaire de conventions collectives restrictives.*

Par ailleurs, des représentantes de l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador ont expliqué qu'elles appuient la mise en œuvre de pratiques qui permettraient *tant aux infirmières autorisées qu'aux infirmières auxiliaires autorisées d'exploiter toute l'étendue de leurs compétences* et de travailler à la hauteur de celles-ci<sup>216</sup>.

Enfin, des représentants de certaines professions paramédicales se sont aussi dits en faveur d'une réforme des soins primaires. Ainsi, la Ontario Association of Optometrists a déclaré qu'en tant que fournisseurs de soins primaires pour les yeux, les optométristes sont prêts à participer à titre de membres de l'équipe pluridisciplinaire essentielle aux objectifs de réforme des soins primaires<sup>217</sup>. M. Ron Elliott, président de l'Association des pharmaciens du Canada, a déclaré que l'Association « appuie énergiquement la nécessité d'une réforme de la hiérarchie actuelle des professionnels de la santé » et qu'il « faut modifier le champ de leur profession de façon à améliorer l'efficacité<sup>218</sup> ».

D'autres témoins ont aussi insisté sur l'importance de revoir les champs d'activité professionnels afin d'éliminer le plus possible les obstacles à une collaboration fructueuse entre fournisseurs de soins de santé. M. Gerry Fahey, directeur administratif du Health Professions Council de la Colombie-Britannique, a expliqué au Comité les raisons qui sous-tendent les recommandations contenues dans un important examen réalisé dans cette province. Il a souligné que dans l'ancien système, connu sous le vocable « système de champs d'activité exclusif », on accordait à « chaque profession un énoncé décrivant son champ d'exercice, qui est, généralement, très large, et dans les limites de cet énoncé, ils ont le droit exclusif d'exercer<sup>219</sup> ». Le nouveau système proposé par l'organisme est fondé sur un bon système établi en Ontario qui s'appelle « axe réservé » ou « modèle d'axes contrôlés ». Comme l'a expliqué M. Fahey :

*Le fondement de ce système est d'augmenter le choix parmi les professionnels de soins de santé à l'intérieur de paramètres sécuritaires. Autrement dit, si les gens sont formés et éduqués pour exécuter certaines tâches, on devrait leur permettre de les exécuter<sup>220</sup>.*

Il a ajouté que ce nouveau système permet de favoriser la substitution entre professionnels et, en particulier, que « le modèle d'axes réservés aidera à promouvoir les soins infirmiers spécialisés et les rôles primaires en soins infirmiers<sup>221</sup> ».

En outre, M. Fahey a précisé qu'il existe des obstacles à l'élargissement de la collaboration interdisciplinaire contenus dans la loi elle-même :

---

<sup>216</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 8. L'italique est dans le texte original.

<sup>217</sup> Mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 5.

<sup>218</sup> 38:61.

<sup>219</sup> 33:60.

<sup>220</sup> 33:61.

<sup>221</sup> *Ibid.*

*[...]enfouis au milieu de toutes ces législations auxiliaires, ces instruments réglementaires et ces règlements, il y a, même pour une profession, plusieurs règles qui créent des barrières pour d'autres professions. Par exemple, il y a des dispositions dans plusieurs lois qui empêchent un membre d'une profession de pratiquer avec celui d'une autre profession. Il y a des dispositions empêchant l'émission d'ordonnances. Il y a des dispositions au sujet de qui contrôle les installations de laboratoire. Nous les avons cernées non seulement comme obstacles pour le public, mais aussi comme barrières à des solutions venant du gouvernement sur la manière dont il souhaite employer le personnel de soins de santé<sup>222</sup>.*

Le Comité croit fermement qu'il faut accueillir favorablement la modification des champs d'activité et d'autres règles pouvant favoriser une plus grande souplesse et la collaboration entre professionnels des soins de santé. Il estime en outre, comme indiqué au principe douze du chapitre deux, que ces modifications doivent être élaborées de façon à permettre à tous les professionnels du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés. Il souhaite également que ces champs d'activité et ces règles soient uniformisées le plus possible à l'échelle du pays.

***Le Comité croit fermement qu'il faut accueillir favorablement la modification des champs d'activité et d'autres règles pouvant favoriser une plus grande souplesse et la collaboration entre professionnels des soins de santé.***

### **6.2.2 Études interdisciplinaires**

Soucieux de voir réussir la réforme des soins primaires, plusieurs témoins ont insisté sur l'importance de veiller à ce que les professionnels de la santé soient exposés aux avantages et aux exigences du travail d'équipe interdisciplinaire. Le D<sup>r</sup> John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique, a affirmé que « [s]i nous voulons sérieusement changer le «mode de pensée hiérarchisé» existant, je vous soumets que nous devrions faire très attention à la façon dont les professionnels de la santé sont formés ». À son avis, « une des raisons pour lesquelles nous n'utilisons pas nos professionnels de la santé, encore une fois, et je cite "à la plénitude de leur capacité", c'est que leurs programmes d'enseignement sont structurés de telle sorte qu'ils ne favorisent pas une compréhension des forces et des objectifs particuliers des pratiques respectives des intéressés<sup>223</sup> ». Il a conclu en disant que « [n]ous avons besoin d'un programme national d'enseignement de la santé avec des ressources permettant la mise au point et l'évaluation des programmes, au moins au même niveau que dans les instituts de sciences sociales des IRSC [Instituts de recherche en santé du Canada]<sup>224</sup> ».

Le D<sup>r</sup> John Ruedy, vice-président des affaires académiques de la Capital Health District Authority à Halifax, a exprimé un point de vue semblable :

---

<sup>222</sup> 33:61-62.

<sup>223</sup> 33:111.

<sup>224</sup> 33:112.



[...] l'apprentissage expérientiel des professionnels de la santé dépend de l'accès qu'ont les étudiants à des modèles d'équipes de soins de santé. Le cloisonnement professionnel que perpétuent les programmes d'études nuit aux rapports entre professions. Il nous faut élaborer des programmes d'études professionnelles de base se terminant à différents points selon les professions<sup>225</sup>.

L'Association canadienne des internes et des résidents (ACIR) a constaté que les études de médecine ont amorcé une nouvelle tendance et mettent davantage l'accent sur un enseignement pluridisciplinaire «afin que les médecins apprennent et travaillent avec d'autres membres de l'équipe médicale, notamment les infirmières, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les dentistes<sup>226</sup> ». Le D<sup>r</sup> Gilbert a informé le Comité que l'Université de la Colombie-Britannique est la première université au monde à avoir mis sur pied un collège des disciplines de la santé<sup>227</sup>, formé par affiliation de sept facultés qui ont accepté de collaborer pour promouvoir les études interdisciplinaires.

Néanmoins, l'ICIS a servi une mise en garde dans une récente étude intitulée *Les dispensateurs de soins au Canada* :

*Est-ce que les études interprofessionnelles permettent des améliorations? Dans l'affirmative, dans quelle mesure? Un examen systématique international réalisé en mai 2000 a porté sur les effets de telles études sur l'exercice de la profession et sur les résultats pour la santé. Les auteurs en viennent à la conclusion que la question est encore en délibéré<sup>228</sup>.*

### **6.2.3 Quel modèle adopter pour la réforme des soins primaires?**

De nombreux témoins qui ont comparu devant le Comité ont dit tenir à ce que toute réforme des soins primaires soit effectuée sur une base volontaire. Selon l'Association canadienne des internes et des résidents, «la transformation ne sera fructueuse que si les divers dispensateurs de soins participent de leur propre gré et de façon constructive. Si on se les aliène en leur imposant des mesures coercitives, il ne sera guère possible de compter sur leur bonne volonté, leur expertise, leur moral et leur collaboration<sup>229</sup> ».

**Le Comité est également convaincu que la réforme de la prestation des soins primaires est essentielle pour assurer la viabilité du régime de soins de santé du Canada.**

Une deuxième préoccupation exprimée par la British Columbia Medical Association concerne la structure de l'équipe pluridisciplinaire chargée de traiter le patient dans la plupart des scénarios de réforme. Il importe à leur avis que les médecins conservent un rôle de dirigeant dans ces groupes traitants :

<sup>225</sup> Mémoire présenté au Comité le 6 novembre 2001, p. 3.

<sup>226</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 9.

<sup>227</sup> 33:123.

<sup>228</sup> ICIS, *op. cit.*, p. 60.

<sup>229</sup> Mémoire présenté au Comité, p. 6-7.

*À notre avis, il est important pour les médecins et les patients que chaque équipe soit tenue de nommer un dirigeant qui sera responsable du patient. [...]*

*Lorsque les patients se présentent au bureau du médecin, ils ne connaissent pas leur état particulier, ils connaissent simplement leurs symptômes. Cette information asymétrique exige l'attention professionnelle du généraliste le mieux formé, l'omnipraticien, qui peut traiter ou faire le tri de toute la gamme des besoins du patient. L'omnipraticien au point d'entrée des soins représente la force fondamentale du système de santé canadien et est très apprécié du public. L'analogie selon laquelle vous n'avez pas besoin d'un électricien pour changer une ampoule est vraie, si vous savez que l'ampoule cause le problème. Si par ailleurs, vous rentrez à la maison et que les lumières ne s'allument pas, vous savez tous que vous êtes dans le noir. Le problème peut avoir plusieurs causes mais l'ampoule défectueuse n'en représente qu'une seule. Lorsque vous appelez quelqu'un pour la changer et que le problème n'est toujours pas résolu, que vous avez ensuite recours à un technicien pour les fusibles et enfin un électricien, non seulement vous avez mal utilisé les ressources, mais vous avez probablement aggravé la situation en attendant. Le fait est que les patients n'arrivent pas au bureau du médecin avec une étiquette; ils arrivent avec un ensemble complexe de symptômes et de plaintes qui exigent un diagnostic<sup>230</sup>.*

Selon d'autres témoins, il est clair que certains médecins hésitent à renoncer à leur rôle central, ce qui pourrait nuire à la réforme de la prestation des soins primaires. Selon June Blau, de la Saskatchewan Registered Nurses Association :

*Les médecins ont beaucoup de pouvoirs et ne souhaitent pas renoncer au système de rémunération à l'acte. Ils craignent de faire les frais de l'opération. Je ne pense pas que quiconque comprenne la quantité de travail que les médecins effectuent chaque semaine. J'ai une fille qui est médecin de famille, et je suis probablement plus sensible que quiconque à cette question. Quand on décidera de faire des médecins des salariés, le cas échéant, on devra alors leur laisser un salaire très conséquent.*

*Nous devons reconnaître les infirmières de la même façon. Nous devons nous débarrasser de la hiérarchie : les médecins ne sont pas supérieurs aux infirmières, les infirmières ne sont pas supérieures aux infirmières auxiliaires, et les infirmières auxiliaires ne sont pas supérieures aux aides. On a affaire non pas à une hiérarchie, mais bien plutôt à une équipe. Chacune des professions a des fonctions qui lui sont exclusives, d'autres qui recoupent celles d'autres groupes, et nous devons travailler dans le cadre d'une équipe qui tire le mieux possible avantage de toutes ces ressources et réaliser les gains d'efficience qui en découlent. Dans la situation actuelle, chacun travaille dans un silo, et on traite les maladies dans des silos, au lieu de tenir compte de l'ensemble des paramètres de la santé<sup>231</sup>.*

Dans l'ensemble, les témoins représentant toutes les professions de la santé estiment qu'il faut de nouvelles formes de rémunération et que le recours exclusif à la

---

<sup>230</sup> Prendre le virage : Les soins de santé en transition, mémoire présenté au Comité le 19 octobre 2001, p. 10-11.

<sup>231</sup> 31:21.

rémunération à l'acte est incompatible avec une vaste réforme de la prestation des soins primaires. Cependant, on s'entend aussi généralement pour dire qu'aucune formule ne pourra s'appliquer systématiquement dans toutes les circonstances.

Selon les témoins, chaque forme de rémunération comporte des avantages et des inconvénients. La rémunération à l'acte pénalise les médecins qui consacrent plus de temps aux patients ayant des symptômes complexes. S'il est vrai que la rémunération à l'acte incite les médecins à se faire les ardents porte-parole de leurs patients au sein du système, on craint par ailleurs que cette forme de rémunération contribue au phénomène de la multiplication des tests diagnostiques inutiles.

La capitation et l'inscription des clients, par contre, faciliteraient l'intégration des services de soins primaires et mettraient l'accent sur la qualité, ce qui comprend la médecine préventive, par opposition à la quantité, mais elles pourraient malheureusement inciter les fournisseurs de soins primaires à ne pas commander tous les tests nécessaires puisqu'il leur faudra couvrir une partie ou la totalité des coûts de ces tests à même un budget fixe établi selon le nombre de patients.

Plusieurs témoins ont parlé de l'étude réalisée par Hutchison et collaborateurs, qui ne révèle la supériorité absolue d'aucun modèle ou élément de modèle pour organiser, financer et dispenser des soins primaires, y compris la médecine de groupe, les unités soignantes pluridisciplinaires et les modes de rémunération<sup>232</sup>. Les conclusions détaillées des auteurs de cette étude valent la peine d'être soulignées :

*L'évaluation de l'information sur les modes de paiement des médecins de soins primaires, tirée des études les plus pertinentes et les plus étayées que nous ayons pu cerner, nous portent aux conclusions suivantes :*

- 1. L'information semble indiquer que les patients évaluent plus favorablement leur niveau de satisfaction et l'accès ou la disponibilité des services quand les honoraires sont versés à l'acte plutôt que lorsqu'il y a rémunération salariale ou par capitation.*
- 2. L'information est minime ou contradictoire en ce qui concerne l'évaluation par les patients de la continuité, de l'intégralité, de la coordination, de la qualité technique et des aspects interpersonnels des soins.*
- 3. L'information est minime concernant les modalités d'exercice (par exemple la fréquence des visites à domicile et la durée des visites en cabinet).*
- 4. L'information semble indiquer que le paiement par capitation entraîne des taux plus élevés de renvoi à des spécialistes.*
- 5. L'information est minime ou contradictoire concernant la qualité, l'utilisation et le coût des soins.*

---

<sup>232</sup> Hutchison et collaborateurs, *op. cit.*, p. 125.

6. *L'information est minime concernant les différences d'utilisation de fournisseurs autres que des médecins lorsqu'il y a rémunération à l'acte par opposition au paiement par capitation.*
7. *L'information semble indiquer que les médecins salariés ou rémunérés par capitation ont un meilleur rendement en matière de soins préventifs que les médecins rémunérés à l'acte.*

*Il reste à déterminer les effets de l'éventail et du mélange des fournisseurs de soins, des relations de travail et de la répartition des tâches dans les équipes pluridisciplinaires sur l'état de santé, la satisfaction du patient et du fournisseur et la rentabilité chez les diverses populations de patients<sup>233</sup>.*

Même en l'absence d'un consensus concernant la forme exacte que doit prendre la réforme des soins primaires, le Comité estime qu'il est possible de dégager un certain nombre d'éléments clés qui doivent s'inscrire dans tout projet de réforme. Comme il l'indique au chapitre deux (principes dix et onze), le Comité estime que les soins primaires doivent relever d'une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et que les omnipraticiens ne doivent plus être rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres incitatifs et récompenses. La rémunération mixte incite les omnipraticiens à accroître leur charge de travail et à soigner un plus grand nombre de patients (grâce à la rémunération à l'acte) et à insister davantage sur la prévention et la santé publique (grâce à la rémunération par capitation).

***Même en l'absence d'un consensus concernant la forme exacte que doit prendre la réforme des soins primaires, le Comité estime qu'il est possible de dégager un certain nombre d'éléments clés qui doivent s'inscrire dans tout projet de réforme.***

Le Comité est convaincu qu'une réforme des soins primaires est essentielle pour assurer la viabilité du système de soins de santé du Canada. Comme il l'explique au chapitre deux (principe treize), le Comité juge en outre que cette réforme est nécessaire afin que les équipes de soins primaires puissent éventuellement acheter, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

Par conséquent, reconnaissant que :

- la prestation de soins primaires à l'ensemble de la population relève des provinces;
- aux yeux de plusieurs, il faut effectuer une importante réforme des soins primaires;
- qu'aucun modèle de restructuration ne sera applicable universellement;

---

<sup>233</sup> *Ibid.*, p. 125-26.

- la discussion et la coopération entre tous les intervenants sont essentielles si l'on veut concevoir et mettre en œuvre une réforme réussie des soins primaires;
- il est préférable que tant les fournisseurs que les consommateurs adhèrent volontairement au nouveau modèle de prestation des soins primaires,

Le Comité recommande :

**Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent au projet de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :**

- visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;
- utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;
- adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;
- cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;
- s'organisent de façon à pouvoir faire l'acquisition de services auprès d'hôpitaux et d'autres fournisseurs institutionnels au nom de leurs patients;
- assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population qu'ils servent.



## CHAPITRE SEPT

### VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

---

Comme le Comité l'a souligné dans le rapport de la phase un de son étude, il est clair que l'état du système de soins de santé influe sur notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments visant à réduire l'hypertension de même que la chirurgie cardiaque améliorent la santé et contribuent au bien-être. En fait, selon les estimations de l'Institut canadien de recherches avancées, la santé d'une population dépend dans une proportion de 25 % du seul système de soins de santé<sup>234</sup>. Il importe donc que les gouvernements veillent à ce que le secteur des soins de santé s'efforce de toujours offrir des services de qualité et ce, en temps opportun.

On estime que la santé de la population canadienne tient, dans la proportion restante de 75 % à une multiplicité de facteurs, notamment la biologie et le patrimoine génétique; le revenu et le soutien social; l'éducation; l'emploi et les conditions de travail; l'environnement physique; les habitudes personnelles en matière d'hygiène de vie et les capacités d'adaptation; le développement au cours de la petite enfance; le sexe et les facteurs culturels. Le Comité s'est fait dire à maintes reprises que pour maintenir et améliorer l'état de santé de leur population, les gouvernements devraient, en plus d'assurer le maintien d'un bon système de soins de santé, élaborer des stratégies d'amélioration de la santé de la population. Ces stratégies englobent une vaste gamme d'activités allant de la promotion de la santé et du mieux-être à la prévention de la maladie et des blessures, en passant par des politiques et des programmes plus généraux qui exercent une influence sur la répartition du revenu, l'accès à l'éducation, le logement, la qualité de l'eau potable, la sécurité au travail, etc.

Il existe de plus en plus de preuves que l'investissement de ressources humaines et financières accrues dans la promotion de la santé, la prévention et la santé publique peut améliorer les résultats des soins de santé pour une population donnée. En bout de ligne, un tel investissement peut contribuer à réduire la demande de services de santé et les pressions exercées sur le système public de soins de santé.

En effet, les blessures et les maladies coûtent très cher au système de soins de santé. Au cours de la phase deux de son étude, le Comité a appris que le coût total de la maladie et des blessures était estimé à 156,4 milliards de dollars en 1998. Les coûts directs (tels que les soins hospitaliers, les services médicaux fournis par les médecins et la recherche en santé) s'élevaient à 81,8 milliards de dollars, tandis que les coûts indirects (comme la productivité perdue et la baisse de la qualité de vie) représentaient 74,6 milliards de dollars. Les catégories de diagnostic dont les coûts sont les plus élevés sont les maladies cardiovasculaires, les maladies squeletto-musculaires, le cancer, les blessures, les maladies respiratoires, les maladies du système nerveux et les troubles mentaux<sup>235</sup>. Selon certains témoins, bon nombre de maladies et la plupart des blessures pourraient être évitées. À leur avis, la seule façon de renverser les tendances actuelles à ce chapitre consiste à réduire le fardeau économique de la maladie en investissant

---

<sup>234</sup> Volume un, p. 88

<sup>235</sup> Volume deux, p. 51.

davantage dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique.

De façon générale, l'investissement dans la promotion de la santé et le mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique est profitable sur le plan financier. La vérificatrice générale du Canada elle-même le dit dans son rapport de 2001 : «les activités préventives en matière de santé sont de 6 à 45 fois plus efficaces que les interventions visant, après coup, à régler les problèmes de santé »<sup>236</sup>.

Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système.

Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système. Nous souscrivons sans réserve au rapport Mazankowski, qui dit ceci : « Cela peut paraître simpliste, mais la meilleure façon de soutenir à long terme le système de soins de santé de l'Alberta consiste à prendre des mesures pour fournir à la population et aux collectivités les moyens pour rester en santé »<sup>237</sup>.

***Le Comité croit qu'un plus grand investissement dans la promotion de la santé et du mieux-être, la prévention de la maladie et la santé publique peut être extrêmement profitable, surtout du point de vue de l'amélioration des résultats des soins de santé pour les Canadiens, mais aussi du point de vue des répercussions financières sur le système.***

Dans le présent chapitre, le Comité énonce une série de principes établis à partir d'une façon d'aborder la santé de la population, lesquels devraient selon lui guider les décisions stratégiques. Ces principes s'inspirent des témoignages et des documents présentés au Comité et visent à préparer le terrain en vue d'un futur rapport thématique dans lequel le Comité formulera des recommandations précises sur leur mise en œuvre.

En plus d'énoncer les raisons qui sous-tendent ces principes, le présent chapitre traite aussi de l'importance d'une approche axée sur la santé de la population si nous voulons améliorer l'état de santé des populations autochtones du Canada. Le Comité tient à préciser qu'il compte publier un rapport distinct sur le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne la santé des Autochtones canadiens et que l'inclusion dans le présent chapitre d'un principe affirmant la nécessité d'une approche axée sur la santé de la population dans ce domaine ne doit pas être considérée comme étant son dernier mot sur ce sujet crucial.

<sup>236</sup> Vérificatrice générale du Canada, *Rapport 2001*, chapitre 9.

<sup>237</sup> Rapport Mazankowski, p. 14.



### Les gens prennent eux-mêmes leur santé en main.

En 1974, le ministre de la Santé de l'époque, l'honorable Marc Lalonde, a publié un document de travail qui a fait date. Intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, ce rapport reconnaît l'incidence des comportements individuels sur l'efficacité des soins de santé et insiste sur la nécessité pour les Canadiens de prendre davantage leur santé en main. Il fait aussi état des déterminants plus généraux (comme l'environnement ou les facteurs socioéconomiques) qui influent sur les résultats des soins de santé.

Le rapport Lalonde parle des « dangers pour la santé qui tirent leurs origines [du] [...] comportement humain » et des « risques auxquels l'individu s'expose délibérément », qui vont de pair avec « la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues et enfin, les habitudes alimentaires qui de nos jours sont axées davantage sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain »<sup>238</sup>. Le rapport fait aussi ressortir la réalité suivante :

*Alors qu'il est relativement facile de convaincre un malade souffrant de consulter un médecin, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'amener un bien-portant à se corriger de mauvaises habitudes qui peuvent causer des torts éventuels à sa santé. [...] L'expression selon laquelle les individus sont « maîtres de leur propre sort » semble devoir se confirmer dans les faits*<sup>239</sup>.

Il ne fait aucun doute que les choix individuels quant aux habitudes de vie ont un impact important sur la santé. Un volumineux rapport préparé par la commission Mazankowski montre que les changements dans les habitudes de vie peuvent réduire de façon significative l'incidence et la gravité d'un certain nombre des principales maladies et causes de décès et d'incapacité, en particulier les maladies cardiaques, les accidents cérébro-vasculaires, l'hypertension, le diabète et certains types de cancer. De plus, le rapport souligne que bon nombre de personnes savent déjà ce qu'il faudrait qu'elles fassent — faire des choix alimentaires plus sains, faire plus d'exercice, éviter ce qui est dangereux pour la santé et arrêter de fumer. Il est toutefois difficile de savoir pourquoi elles ne passent pas toujours aux actes<sup>240</sup>.

Le rapport Mazankowski conclut que, dans le contexte de la prestation des soins de santé, il faudra peut-être trouver de meilleurs moyens pour inciter les gens à rester en santé.

*Un certain nombre d'idées ont été lancées pour inciter les gens à prendre davantage leur santé en main. Certains ont proposé de lier les primes d'assurance-santé aux mesures prises pour rester en santé, d'accorder des crédits d'impôt ou d'autres encouragements fiscaux ou de recourir à des comptes d'épargne-santé ou à quelque autre forme de partage*

<sup>238</sup> Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail*, Santé et Bien-être social Canada, avril 1974, p. 5-6.

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>240</sup> Rapport Mazankowski, p. 14-15.

*des coûts pour que les citoyens puissent exercer un plus grand contrôle sur leurs propres dépenses au titre des soins de santé. D'autres ont même proposé de mettre à l'amende les personnes qui ne prennent pas soin de leur santé<sup>241</sup>.*

Le Comité convient que les individus devraient assumer la responsabilité de leur propre santé et que des mesures doivent être prises pour les encourager à le faire. Nous reconnaissons aussi qu'il faut investir dans des politiques et des programmes pour habilitier les Canadiens à prendre de meilleures décisions concernant leur santé. C'est là une étape importante, si le Canada veut soutenir à long terme le système public de soins de santé.

## **P** *incipe 7.2*

**Les programmes gouvernementaux visant à habilitier les gens à prendre davantage leur santé en main et, en particulier, les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, figurent au premier rang des priorités.**

Bon nombre de témoins ont insisté sur le fait que, même si les Canadiens sont responsables de leur propre santé, le gouvernement peut jouer un rôle important en leur fournissant de l'information sur la façon de rester en santé. Le D<sup>r</sup> Serge Boucher, de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Québec, a très bien résumé ce point de vue :

*La santé relève de l'individu. C'est lui qui décide s'il est obèse. C'est lui qui décide s'il fume. C'est lui qui décide s'il doit faire de l'exercice. Est-ce que l'État doit intervenir? Est-ce que l'État doit forcer l'individu? Il est très important de bien cibler ce que l'État doit faire ou peut faire, à savoir s'occuper d'abord de la maladie. Quant à la santé, on peut donner de l'information<sup>242</sup>.*

Il est clair pour le Comité que les programmes gouvernementaux qui habilitent les gens à prendre leur santé en main doivent figurer au premier rang des priorités. Déjà en 1974, le rapport Lalonde insistait sur ce point. Cet aspect a de nouveau été souligné en 1986 lorsque le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Jake Epp, a publié un rapport intitulé *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, qui met l'accent sur les grands déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Les rapports Lalonde et Epp voient la promotion de la santé et la prévention de la maladie comme un complément au système de soins de santé et un moyen de prévenir les blessures, les maladies et les états chroniques ainsi que d'accroître la capacité des gens de composer avec la maladie, l'incapacité et les problèmes de santé mentale.

Le Comité est d'avis que les programmes qui habilitent les gens à prendre leur santé en main doivent figurer au premier rang des priorités. Un Réseau canadien de la santé élargi, comme celui que nous proposons au chapitre quatre, est un outil important qui permettrait de fournir aux Canadiens des renseignements fiables reposant sur des données probantes au sujet de la santé, des blessures et des maladies. À l'heure actuelle, le Réseau

<sup>241</sup> Rapport Mazankowski, p. 17.

<sup>242</sup> Dr Serge Boucher (39:32).

canadien de la santé, qui renseigne les Canadiens sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, est considéré par beaucoup comme l'un des meilleurs au monde. Le Comité croit que nous devrions tirer parti de ce succès et créer un portail national destiné au public canadien, qui fournirait des renseignements détaillés et fiables sur la santé de nature à appuyer la prise de décisions concernant les soins personnels. Ce portail serait stratégiquement relié aux sites Web provinciaux et territoriaux afin d'assurer l'uniformité des renseignements sur la santé d'un bout à l'autre du Canada.

Conscient que les renseignements sur la santé diffusés sur Internet ne sont accessibles qu'à ceux qui ont des ordinateurs, le Comité croit que le gouvernement devrait aussi mener des campagnes de sensibilisation pour renseigner le public sur un vaste éventail de sujets comme l'importance de consommer des aliments sains, de faire régulièrement de l'exercice, de ne pas fumer et d'adopter des pratiques sexuelles sûres. Ce sont tous là des messages importants qu'il faut constamment répéter. Nous sommes d'accord avec les témoins qui estiment que le rôle du gouvernement n'est pas d'imposer un « bon comportement », mais plutôt de créer un contexte qui amène les gens à faire eux-mêmes les bons choix.

Le fait de fournir la « bonne information » en matière de santé et de maladie et de mener une campagne de sensibilisation constante auprès du public peut sensiblement contribuer à prévenir bon nombre de maladies et la plupart des blessures, et améliorer par le fait même l'état de santé général de la population. À propos du cancer, par exemple, la D<sup>re</sup> Barbara Whyllie, directrice de la Politique de contrôle du cancer à la Société canadienne du cancer, a souligné que :

*[...] les recherches indiquent, et nous permettent d'estimer que jusqu'à 70 % des cas de cancer peuvent être évités lorsque les gens évitent les facteurs de risque connus, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité, l'exposition prolongée aux rayons du soleil et les substances cancérigènes en milieu de travail et dans l'environnement<sup>243</sup>.*

En ce qui a trait aux blessures, le D<sup>r</sup> Robert Conn, président-directeur général de SAUVE-QUI-PENSE, a mentionné ce qui suit au Comité :

*Du point de vue de la prévention, ce qui est saisissant, c'est que plus de 90 % des blessures dont souffrent les gens qui arrivent à l'hôpital auraient pu être évitées. Ce sont des blessures prévisibles et évitables<sup>244</sup>.*

Des témoins ont souligné que les mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ne doivent pas être perçues comme des éléments pouvant se substituer aux activités du système de soins de santé en général ou comme des interventions entièrement extérieures au traitement des maladies et à la prestation de soins. Au contraire, elles doivent être intégrées à la prestation des services de santé.

Des témoins ont cité l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire comme exemple d'un programme possédant les caractéristiques d'intégration nécessaires. Cette initiative est une stratégie à niveaux multiples qui permet de relier entre eux les services nationaux,

---

<sup>243</sup> D<sup>re</sup> Barbara Whyllie (37:135).

<sup>244</sup> D<sup>r</sup> Robert Conn (37:138).

provinciaux et locaux de santé. L'Initiative se fonde sur une approche à plusieurs facettes — qui tient compte des principaux facteurs de risque pouvant être prévenus ou contrôlés. Elle allie la recherche à la mise en œuvre de programmes communautaires de santé cardiaque visant principalement à modifier l'environnement de façon à favoriser l'adoption par la population d'habitudes « saines pour le cœur ».

Enfin, le Comité s'est fait dire que les efforts de promotion de la santé et de prévention de la maladie ne devaient pas venir uniquement du gouvernement. Les employeurs ont tout à gagner en investissant eux aussi dans la prévention en milieu de travail. Edward Buffett, président-directeur général de Buffett Taylor & Associates Ltd., société d'experts-conseils en avantages sociaux et en mieux-être au travail, a donné un exemple de la façon dont les programmes en milieu de travail peuvent avoir un effet positif sur la santé et le mieux-être :

*Il existe actuellement beaucoup de données américaines qui montrent clairement que non seulement il y a des économies, mais que ces économies sont très importantes. Des entreprises, IBM par exemple, disent que chaque dollar investi dans la prévention de la maladie au travail donne un rendement de 6 \$.*

*Le meilleur exemple que je connaisse au Canada est celui de Husky Injection Molding Systems Ltd. Le taux d'absentéisme moyen dans l'industrie à laquelle cette société appartient est de 9,7 %. La société, entité mondiale établie au Canada, compte maintenant plus de 2 000 employés canadiens, surtout à son installation de Bolton, et son taux d'absentéisme est de 1,2 %. Les économies sont phénoménales. Husky Injection Systems fournit sur place des services de naturopathie. Deux médecins font la visite de l'usine régulièrement. Il y a une garderie. À vrai dire, grâce à ses initiatives éclairées, cette société est maintenant en mesure de livrer concurrence à l'échelle mondiale. C'est sa récompense<sup>245</sup>.*

Le Comité est convaincu qu'un investissement de la part des organismes publics et privés dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie est essentiel pour maintenir et améliorer la santé et le mieux-être des Canadiens, et que cet investissement contribuera aussi de façon significative à la viabilité de notre système public de soins de santé.

**Le Comité est convaincu qu'un investissement de la part des organismes publics et privés dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie est essentiel pour maintenir et améliorer la santé et le mieux-être des Canadiens, et que cet investissement contribuera aussi de façon significative à la viabilité de notre système public de soins de santé.**

De même, à propos des blessures, le D<sup>r</sup> Robert Conn, de SAUVE-QUI-PENSE, a signalé au Comité qu'il en coûte 8,7 milliards de dollars au système pour traiter les personnes gravement blessées<sup>246</sup>. Le Comité croit qu'il faut faire davantage pour prévenir les blessures et

<sup>245</sup> Edward Buffett (37:34-35).

<sup>246</sup> D<sup>r</sup> Robert Conn (37:138).

convient avec le D<sup>r</sup> Conn qu'il faudrait sérieusement envisager d'adopter une stratégie nationale qui allierait études et programmes fondés sur des données probantes pour aider à prévenir les blessures<sup>247</sup>.

## Principe 7.3

**On élabore des stratégies générales d'amélioration de la santé de la population qui ont une portée nationale à long terme et se fondent sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence.**

Comme le Comité l'a fait remarquer dans ses rapports antérieurs<sup>248</sup>, le concept de santé de la population n'est pas nouveau et a été largement avalisé par les décideurs à tous les niveaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil gouvernemental. La formulation d'une politique privilégiant une approche axée sur la santé de la population repose essentiellement sur la reconnaissance du fait qu'un large éventail de facteurs contribuent à l'efficacité des soins de santé et à l'état de santé général des collectivités et des individus. Au cours des plus récentes audiences du Comité, des témoins ont donné de nombreux exemples éloquentes pour illustrer l'importance des grands déterminants de la santé. Ainsi, Gary O'Connor, directeur général de l'Association des centres de santé de l'Ontario, a dit ceci du Comité :

**Comme le Comité l'a fait remarquer dans ses rapports antérieurs, le concept de santé de la population n'est pas nouveau et a été largement avalisé par les décideurs à tous les niveaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil gouvernemental.**

*Depuis un siècle, l'amélioration la plus marquée du point de vue de la santé et du mieux-être est attribuable à des sources autres que la thérapeutique. Les facteurs en cause sont les suivants : une eau potable, des logements salubres, le soutien du revenu et le port de la ceinture de sécurité en voiture, pour n'en nommer que quelques-uns<sup>249</sup>.*

Dans le même ordre d'idées, le D<sup>r</sup> Robin Tamblyn, professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université McGill, a déclaré ce qui suit :

*Nous commençons tout juste à comprendre quels sont les facteurs qui déterminent la santé [...]. Dans mon esprit, il faut chercher à appréhender les nombreux facteurs qui influent sur la santé de la population. [...] Si vous voulez remonter en fait à la source pour juger de la santé de la population, il vous faudra alors vous intéresser effectivement à tous ces autres facteurs qui influent sur la santé<sup>250</sup>.*

<sup>247</sup> Fondation SAUVE-QUI-PENSE, mémoire présenté au Comité le 29 octobre 2001, p. 10-11.

<sup>248</sup> Voir le volume un (chapitre 5), le volume deux (chapitre 4) et le volume quatre (chapitre 12).

<sup>249</sup> Gary O'Connor (37:115-116).

<sup>250</sup> D<sup>r</sup> Robyn Tamblyn (40:82).

Tout au long de ses audiences, le Comité s'est fait rappeler à maintes reprises les nombreux avantages à long terme que peuvent procurer des stratégies visant à améliorer la santé de la population. Nous avons toutefois appris que la conception et la mise en œuvre de programmes et de politiques découlant d'une approche axée sur la santé de la population posent un certain nombre de difficultés. L'une d'elles réside dans le fait que les avantages des stratégies axées sur la santé de la population mettent souvent du temps à se matérialiser. Cela a d'importantes conséquences dans un système politisé où il n'est pas toujours possible de se concentrer sur le long terme en raison des incessantes pressions à court terme de la vie politique.

La difficulté de coordonner l'activité gouvernementale dans un contexte où les décisions prises par les différents ministères ont toutes un impact sur l'efficacité des soins de santé est un autre des grands défis que pose l'élaboration d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population. Par conséquent, la responsabilité de la santé de la population ne peut incomber exclusivement au ministre de la Santé. Le problème s'accroît lorsqu'il faut tenir compte des différents ordres de gouvernement.

Malgré les nombreuses difficultés que cela pose, les témoins reconnaissent la nécessité d'adopter une approche pluriministérielle et plurisectorielle pour améliorer la santé et le mieux-être de la population canadienne. Par exemple, voici ce qu'a soutenu Gary O'Connor, directeur général de l'Association des centres de santé de l'Ontario :

*Une approche véritablement fondée de la santé reposerait sur l'intégration des éléments qui feraient appel à des partenariats conclus avec d'autres ministères à l'intérieur du gouvernement ainsi qu'avec d'autres gouvernements<sup>251</sup>.*

Des efforts pluriministériels permettraient de faire converger les politiques adoptées par les différents ministères vers les mêmes buts, alors qu'à l'heure actuelle les politiques peuvent avoir des effets divergents sur l'efficacité des soins de santé. Le Dr Tamblyn a cité à cet égard l'exemple suivant :

*Quoi qu'il en soit, nous savons que l'exercice influe sur le métabolisme du glucose. Ainsi, la prolifération des cas de diabète et d'obésité chez les jeunes enfants est liée au manque d'exercice. Parallèlement, le ministère de l'Éducation réduit les budgets consacrés à l'enseignement et les enseignants refusent de prendre part à des activités en dehors des cours. Que faisons-nous? Nous ratons l'occasion de promouvoir et d'enseigner l'éducation physique. Cela aura des conséquences préjudiciables en aval sur la santé. Nous choisissons de nous en désintéresser et préférons procéder immédiatement à des compressions budgétaires dans le secteur de l'éducation, ce qui ne nous permet pas d'atteindre l'objectif qui détermine en fin de compte l'état de santé de notre population<sup>252</sup>.*

Le Comité a appris que, dans au moins une province, de sérieux efforts sont faits pour trouver des façons de mettre en œuvre une approche multidisciplinaire et pluriministérielle à l'égard de la santé de la population. Robert C. Thompson, sous-ministre de la Santé et des Services communautaires du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, a parlé au Comité du Plan social stratégique qui a été élaboré dans cette province :

---

<sup>251</sup> Gary O'Connor (37:116).

<sup>252</sup> Dr Robin Tamblyn (40:83).

*La province de Terre-Neuve et du Labrador possède déjà l'infrastructure institutionnelle voulue dans le cadre de son Plan social stratégique. Le PSS a été lancé en 1998. Il fait participer les ministères et organismes à vocation économique et sociale à une stratégie globale visant à promouvoir la santé, l'éducation, l'autonomie et la prospérité dans le contexte de collectivités dynamiques et de régions viables.*

*Le PSS a entraîné la création de comités multidisciplinaires dans sept régions. Ces comités identifient les objectifs sociaux qui peuvent être atteints grâce aux activités complémentaires de nombreux ministères et organismes. Il fournit également un soutien institutionnel pour la planification et l'élaboration des politiques au niveau interministériel<sup>253</sup>.*

Citant l'exemple de sa propre province, le D<sup>r</sup> Roy West, président du Conseil d'administration de l'Institut national du cancer du Canada de St. John, a affirmé ce qui suit au Comité :

*Il faut adopter un plan social stratégique national — ce que nous avons; Terre-Neuve est la première province à se doter d'un tel plan. Terre-Neuve éprouve actuellement certaines difficultés à mettre ce plan en œuvre à cause du manque de ressources, mais elle se dirige dans la bonne direction, pour essayer de donner plus de pouvoirs aux collectivités afin de les rendre plus en santé et plus économiquement viables<sup>254</sup>.*

Le Comité croit qu'il peut être extrêmement profitable d'adopter des stratégies privilégiant une approche axée sur la santé de la population. Il estime donc important de tenter de surmonter les difficultés qui se posent à leur élaboration et à leur mise en œuvre. Comme point de départ, le Comité est d'avis qu'il est important d'examiner attentivement l'expérience des provinces qui ont tenté de mettre en œuvre des stratégies axées sur la santé de la population et, en particulier, de voir comment le gouvernement fédéral peut contribuer à faire en sorte qu'elles disposent de ressources suffisantes à cette fin.

---

<sup>253</sup> Robert C. Thompson (41:7-8).

<sup>254</sup> D<sup>r</sup> Roy West (41:48-49).

## Principe 7.4

### **Le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé de la population et consacre davantage de ressources aux stratégies d'amélioration de la santé de la population.**

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur le fait que le gouvernement fédéral a été reconnu comme un leader mondial dans l'élaboration du concept de santé de la population, et bon nombre d'entre eux estiment essentiel qu'il joue encore une fois un rôle de premier plan dans la mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour tous les Canadiens. La D<sup>re</sup> Catherine Donovan, médecin hygiéniste aux Services de santé et services communautaires de la région Est de Terre-Neuve, a fait savoir qu'à moins que le gouvernement fédéral déploie suffisamment d'efforts et de ressources, bon nombre des bonnes idées qui ont été mises à l'essai au Canada en ce qui a trait aux stratégies axées sur la santé de la population resteront lettre morte :

***Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur le fait que le gouvernement fédéral a été reconnu comme un leader mondial dans l'élaboration du concept de santé de la population, et bon nombre d'entre eux estiment essentiel qu'il joue encore une fois un rôle de premier plan dans la mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population pour tous les Canadiens.***

*[Le Canada] a besoin de ressources adéquates pour appuyer le type de programmes de protection et de promotion de la santé innovateurs qui auront un impact à long terme sur la santé [...]. Le Canada a toujours excellé dans l'élaboration de théories et d'approches en matière de promotion de la santé de la population, mais nous avons fait relativement peu pour suivre la voie qui nous mérite une reconnaissance internationale<sup>255</sup>.*

Le Comité croit qu'en raison de leur importance, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies axées sur la santé de la population doivent faire l'objet d'un examen attentif de la part du gouvernement fédéral, qui doit leur consacrer

***Le gouvernement fédéral doit faire œuvre de pionnier en matière de santé de la population en éliminant entre les ministères les cloisonnements qui compartimentent la responsabilité en matière de santé et en coordonnant les activités des différents ministères dont les politiques et les programmes ont une incidence sur la santé (santé, environnement, finances, etc.).***

d'avantage d'attention, d'efforts et de ressources. Le gouvernement fédéral doit faire œuvre de pionnier en matière de santé de la population en éliminant entre les ministères les

<sup>255</sup> D<sup>re</sup> Catherine Donovan (41:66).



cloisonnements qui compartimentent la responsabilité en matière de santé et en coordonnant les activités des différents ministères dont les politiques et les programmes ont une incidence sur la santé (santé, environnement, finances, etc.).

## Principe 7.5

### **On examine les politiques gouvernementales pour évaluer leurs répercussions sur la santé et l'efficacité des soins de santé.**

De façon générale, la reconnaissance de la multiplicité des déterminants de la santé rend nécessaire la conception d'une forme quelconque de mécanisme qui permettrait aux Canadiens d'évaluer les répercussions de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité des soins de santé. Comme l'a proposé le Comité dans son rapport précédent<sup>256</sup>, l'une des façons de procéder consisterait à confier à un commissaire à la santé la responsabilité de faire rapport au Parlement des effets sur la santé de toutes les politiques gouvernementales.

***De façon générale, la reconnaissance de la multiplicité des déterminants de la santé rend nécessaire la conception d'une forme quelconque de mécanisme qui permettrait aux Canadiens d'évaluer les répercussions de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité des soins de santé.***

Un certain nombre de témoins ont réagi favorablement à cette proposition du Comité. Par exemple, Jeff Wilbee, directeur exécutif de l'Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes, a affirmé que « le Canada devrait faire preuve de leadership mondial, par l'entremise d'un commissaire à la santé, et tenter de mesurer et d'améliorer l'état de santé de notre population »<sup>257</sup>. De même, Madeline Boscoe, coordonnatrice du parrainage à la Women's Health Clinic de Winnipeg, a affirmé ce qui suit :

*Nous avons beaucoup apprécié vos observations concernant la promotion de la santé et la santé de la population. Nous croyons que c'est là un élément d'une importance capitale, et nous nous réjouissons de voir proposer l'idée d'un commissaire aux études d'impact sur la santé. Nous espérons que les notions en question seront inscrites dans une loi fédérale. C'est d'ailleurs la blague qui circule chez nous : nous faisons bien des études d'impact pour l'environnement pourquoi ne pas en faire pour les gens<sup>258</sup>?*

Le Comité croit fermement que le suivi des résultats attendus du système de soins de santé doit être à l'avant-plan de la politique gouvernementale. Le seizième principe énoncé au chapitre deux décrit la façon dont, à notre avis, ce suivi devrait être effectué en ce qui a trait à la prestation des soins de santé. Toujours selon ce principe, nous préconisons, au

<sup>256</sup> Volume quatre, p.127.

<sup>257</sup> Jeff Wilbee (37:131).

<sup>258</sup> Madeline Boscoe (30:59).

chapitre quatre, la création d'un mécanisme national, indépendant du gouvernement, qui serait responsable du suivi de la politique en matière de soins de santé et de l'évaluation de l'impact de cette politique sur l'état de santé des Canadiens. Le Comité est convaincu de l'utilité d'un mécanisme semblable, qui serait complémentaire au premier, pour examiner et évaluer l'impact de toutes les politiques gouvernementales sur l'efficacité du système de soins de santé.

Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral pourrait donner un exemple précieux en finançant la mise en place d'un mécanisme permanent pour rendre compte au public canadien des effets de ses politiques sur la santé. Quelle que soit la nature du bureau chargé de cette tâche, l'important est de concevoir un mécanisme lui permettant d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population. On pourrait ainsi faire une analyse continue des résultats de ces politiques sur le plan de la

***Le Comité est convaincu que le gouvernement fédéral pourrait donner un exemple précieux en finançant la mise en place d'un mécanisme permanent pour rendre compte au public canadien des effets de ses politiques sur la santé. [...] l'important est de concevoir un mécanisme qui permettra d'examiner attentivement toutes les politiques gouvernementales sous l'angle de la santé de la population.***

santé et créer une certaine obligation générale de rendre des comptes au public. Un rapport annuel d'un tel bureau qui centrerait son attention sur les principaux déterminants de la santé pourrait inclure des prescriptions sur la façon de veiller à ce que toutes les politiques gouvernementales aient l'effet le plus favorable possible sur la santé des Canadiens.

## ***Principe 7.6***

**Les stratégies d'amélioration de la santé de la population sont adaptées aux conditions locales, et les collectivités concernées participent à leur conception et à leur mise en œuvre.**

Les témoignages révèlent que l'ensemble des stratégies relatives à la santé de la population devraient être soigneusement pensées afin de tenir compte des réalités propres aux diverses collectivités. Par exemple, les gens seront probablement moins enclins à faire de la bicyclette ou du jogging si les rues ne sont pas sûres. Cela signifie que des programmes rigides appliqués d'une manière uniforme et hautement centralisée mèneraient probablement à l'échec. Pour être efficaces, les programmes communautaires doivent allier une compréhension de la communauté, la participation du public et la collaboration des organismes communautaires. Une coordination des efforts et une mise en œuvre décentralisée s'imposent donc.

***Pour être efficaces, les programmes communautaires doivent allier une compréhension de la communauté, la participation du public et la collaboration des organismes communautaires. Une coordination des efforts et une mise en œuvre décentralisée s'imposent donc.***

En donnant des exemples tirés de leur propre expérience, des témoins ont fait valoir l'importance d'adapter les efforts aux conditions locales. Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres à l'Association des services de soins de santé communautaires de Saskatoon a dit ceci au Comité :

*En ce qui concerne la West Side Clinic, nous avons principalement affaire à une clientèle d'Autochtones vivant en milieu urbain, et les problèmes auxquels nous faisons face sont des déterminants sociaux de la santé. Là, nos infirmières effectuent du travail d'approche et de développement communautaires. Elles savent très bien que les problèmes auxquels la communauté fait face ne se résument pas qu'à des problèmes de santé physique. Nous nous intéressons alors aux questions touchant le logement, la nutrition et tous les enjeux connexes qui ont un impact considérable sur le mieux-être des gens. Le moment venu d'assurer des services à ce segment de la population, on doit aller au-delà de la santé. On aura affaire à certains problèmes très complexes, qui doivent tous être abordés<sup>259</sup>.*

Le Comité est conscient que les effets des déterminants de la santé sur les diverses collectivités peuvent être très différents de l'une à l'autre. Nous croyons que, pour pouvoir de réagir à la configuration particulière des déterminants de la

**Le Comité est conscient que les effets des déterminants de la santé sur les diverses collectivités peuvent être très différents de l'une à l'autre. Nous croyons que, pour pouvoir réagir à la configuration particulière des déterminants de la santé propre à chaque collectivité, il est essentiel que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient le mieux possible adaptées aux conditions locales.**

santé propre à chaque collectivité, il est essentiel que les stratégies d'amélioration de la santé de la population soient le mieux possible adaptées aux conditions locales.

## **Principe 7.7**

**Étant donné ses responsabilités fiduciaires et constitutionnelles, le gouvernement fédéral élabore une stratégie axée sur la santé de la population pour les Canadiens autochtones.**

Dans le volume quatre de son étude, le Comité affirme de façon catégorique qu'à son avis, l'état de santé des Canadiens autochtones est une honte nationale et que le gouvernement fédéral doit prendre les devants pour remédier sans délai à cette situation<sup>260</sup>.

Dans le volume deux, le Comité donne un aperçu de certains des facteurs qui contribuent aux piètres résultats du système de soins de santé chez les peuples autochtones du Canada. Il note à cet égard l'existence d'importantes disparités socioéconomiques entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Les Autochtones sont moins présents dans la population active et ils affichent des taux de chômage supérieurs à ceux de la population en

<sup>259</sup> Ingrid Larson (31:37).

<sup>260</sup> Volume quatre, p. 140.

général. En 1995, le revenu moyen tiré d'un emploi pour un Autochtone était de 17 382 \$, alors que la moyenne nationale était de 26 474 \$. Le Comité signale aussi que les Canadiens autochtones semblent être le sous-groupe le plus nombreux pour lequel les risques de devenir sans-abri au Canada sont les plus élevés, et qu'un grand nombre d'Autochtones (43 %) vivent dans des logements insalubres<sup>261</sup>.

Même si le Comité n'a pas entendu beaucoup de représentants autochtones lors de ses plus récentes audiences, les témoignages recueillis soulignent encore une fois les nombreuses façons dont une approche axée sur la santé de la population pourrait convenir à l'élaboration de stratégies capables de remédier aux problèmes de santé multidimensionnels auxquels sont confrontés les collectivités autochtones. Par exemple, l'honorable Edward Picco, ministre de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, a rappelé dans quelle mesure les problèmes liés à leur piètre situation socioéconomique affligent les collectivités autochtones :

*Le taux de chômage au Nunavut dépasse les 20 %, comparativement au taux annuel canadien de 8 %. Le revenu annuel moyen de 85 % de notre population se situe bien en deçà de la moyenne canadienne. Cela nous ramène encore [...] aux facteurs socioéconomiques et aux déterminants de la santé<sup>262</sup>.*

Le Ministre a ensuite expliqué de quelle façon ce genre de problèmes se répercute négativement sur l'état de santé des Inuits du Nunavut :

*Monsieur le président, je crois qu'il est aussi important de souligner le surpeuplement du Nunavut causé par notre situation du logement. Je suis également le ministre responsable du phénomène des sans-abri. Au Nunavut, lorsqu'on parle de sans-abri, on utilise deux termes, soit « absence de logements relative » et « absence de logements absolue ».*

*L'absence de logements absolue fait référence aux gens qui arpentent les rues de vos grandes villes. L'absence de logements relative illustre plutôt ce qui se passe au Nunavut lorsque 22 personnes habitant une maison de deux chambres doivent dormir dans un placard, sur le plancher ou chacun leur tour, sur un matelas de mousse.*

*Si vous vivez dans un tel milieu, monsieur le président, que vous avez le rhume, la grippe ou une pneumonie et que vous ne mangez pas à votre faim, il est bien évident que votre état de santé se détériore. C'est ce qui se produit actuellement au Canada<sup>263</sup>.*

Des témoignages comme celui-ci confirment l'opinion du Comité selon laquelle il est essentiel de travailler à l'élaboration d'un « plan exhaustif qui répondrait

**Le Comité croit qu'il est essentiel de travailler à l'élaboration d'un « plan exhaustif qui répondrait aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé ».**

<sup>261</sup> Volume deux, p. 61-62.

<sup>262</sup> Edward Picco (32:23).

<sup>263</sup> Edward Picco (32:23).

aux besoins de tous les Autochtones du Canada en matière de santé »<sup>264</sup>.

Le Comité a aussi indiqué précédemment que la participation de différents secteurs de compétence à la prestation des services de santé aux collectivités autochtones constitue un autre obstacle à la coordination des efforts visant à améliorer l'efficacité des soins de santé offerts aux Autochtones. Nous avons souligné dans le volume deux que les conflits de compétence touchant la prestation de services de santé aux peuples autochtones sont de deux ordres<sup>265</sup>. Le premier vient du partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et peut faire en sorte que certains services ne soient pas également accessibles à toutes les collectivités. Ce problème a été mis en évidence par le ministre Picco lorsqu'il a déclaré ce qui suit à propos des Inuits du Canada :

*Monsieur le président, j'ai aussi mentionné que les Inuits s'attendent à recevoir des soins de santé comparables à ceux que reçoivent les autres Canadiens. Pour leur offrir ce niveau de soins, nous avons besoin de ressources du gouvernement du Canada. Nous suggérons fortement que le gouvernement du Canada accepte et s'acquitte de sa responsabilité auprès des 85 % de la population du Nunavut qui est composée d'Inuits<sup>266</sup>.*

Parmi les autres conséquences découlant de l'intervention de deux compétences dans la prestation des services de santé, on note la fragmentation des programmes; certaines difficultés dans les mécanismes de rapport; des incohérences, des lacunes ou d'éventuels chevauchements de programmes et l'inaptitude à adopter une approche holistique en matière de santé et de mieux-être.

Des témoins ont également insisté sur l'importance d'adapter la prestation des soins de santé et les mesures de santé préventives aux réalités concrètes des collectivités autochtones. Mme Ruth Morin, présidente-directrice générale du Nechi Institute, a fait valoir ce point de vue :

*Par exemple, l'Alberta Cancer Board a remarqué que le taux de cancer du sein chez les femmes autochtones avait augmenté et que le taux de décès était également beaucoup plus élevé que chez les autres femmes canadiennes. On a constaté que les femmes autochtones ne se présentaient pas à leur rendez-vous pour subir une mammographie. Pourquoi? L'une des raisons est qu'elles doivent se déplacer, mais le taux d'abus sexuels est également plus élevé, en raison de toute cette histoire des écoles résidentielles. Beaucoup de femmes considéraient le fait d'aller subir une mammographie comme une énorme montagne à franchir et nombre d'entre elles n'étaient pas prêtes à faire cet effort qui leur paraissait insurmontable. Toutefois, lorsque l'on apportait un mammographe sur place et qu'elles déjeunaient, qu'elles se réunissaient entre femmes, et que les enfants étaient surveillés, alors les femmes autochtones se sentaient beaucoup plus disposées à participer. Elles appréciaient la sécurité de leur propre collectivité, entourées de leur peuple les*

---

<sup>264</sup> Volume quatre, p. 143.

<sup>265</sup> Volume deux, p. 72-73.

<sup>266</sup> Edward Picco (31:77).

*assistant. Les femmes sont donc venues, les mammographies ont donc pu être effectuées et tout le monde était beaucoup plus heureux*<sup>267</sup>.

La question de savoir comment parvenir à une intégration de toutes les activités liées à la santé de façon à satisfaire aux besoins des Autochtones et à permettre leur participation à toutes les étapes de la conception et de la mise en œuvre de ces programmes demeure toutefois non résolue. Cette question a été soulevée récemment dans le Rapport d'étape de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, où il est noté que l'intégration des services de santé pourrait être encouragée grâce à l'adoption de mesures permettant aux provinces et aux territoires d'assumer une plus grande part de responsabilité en la matière :

*Les Autochtones ont toujours eu une vision plus intégrée et plus globale de la santé que ne le prévoit le système actuel, dont la vision, plus étroite, est encore axée sur les services de santé dispensés par les médecins et les hôpitaux. Depuis quelques décennies, toutefois, les gouvernements provinciaux et territoriaux se dirigent vers une approche plus intégrée, donc plus fidèle à la perspective traditionnelle des Autochtones face aux soins de santé. On assiste donc à une intégration progressive des services de santé offerts aux Autochtones dans les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux ainsi qu'à la création de programmes réservés aux Autochtones*<sup>268</sup>.

Cette éventualité soulève la question de savoir si les provinces et les territoires pourraient profiter du fait qu'ils sont déjà responsables de la prestation des services de santé à la population en général pour faire en sorte que la prestation de services aux peuples autochtones soit, elle aussi, mieux coordonnée. Le Comité reconnaît qu'il existe bien des façons de réorganiser les responsabilités gouvernementales en matière de prestation de soins de santé aux

**Le Comité réitère donc son engagement à l'égard de « l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé ». L'une des solutions à envisager dans ce contexte consisterait pour le gouvernement fédéral à financer des programmes de soins de santé qui seraient offerts par les provinces, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.**

Autochtones pour en arriver à une plus grande intégration, et que d'autres consultations et réflexions seront nécessaires avant qu'il ne soit en mesure de formuler des recommandations à cet égard. De plus, il est clair pour le Comité que, quelles que soient les ententes jugées les plus convenables, le gouvernement fédéral conserve ses responsabilités constitutionnelles et fiduciaires à l'égard des peuples autochtones du Canada. Le Comité réitère donc son engagement à l'égard de « l'articulation d'un plan d'action national pour la santé autochtone afin d'améliorer la coordination interjuridictionnelle au niveau de la prestation des services de santé »<sup>269</sup>. L'une des solutions à envisager dans ce contexte consisterait pour le gouvernement fédéral à financer des programmes de soins de santé qui seraient offerts par les provinces, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.

<sup>267</sup> Ruth Morin (32:27).

<sup>268</sup> Rapport d'étape de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, p. 41.

<sup>269</sup> Volume quatre, p. 143.

En raison de l'importance de la question de l'état de santé des peuples autochtones du Canada, le Comité propose de publier un rapport distinct dans lequel il fera part de ses recommandations au gouvernement fédéral.





### **LISTE DES PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE**

#### **CHAPITRE DEUX**

#### **PRINCIPES DEVANT GUIDER LA RESTRUCTURATION ET LE FINANCEMENT DU SYSTÈME CANADIEN DE SOINS DE SANTÉ**

##### **Principe Un**

Les services hospitaliers et les services dispensés par un médecin couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont financés (assurés) exclusivement par le gouvernement, directement ou par l'intermédiaire d'un organisme indépendant.

##### **Principe Deux**

Le montant des fonds publics consacrés à l'assurance des soins de santé publics est stable et prévisible.

##### **Principe Trois**

Le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans le maintien d'un système national d'assurance-santé.

##### **Principe Quatre**

La détermination des services couverts par l'assurance-santé publique se fait d'une façon ouverte et transparente. Les services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* sont assurés par l'État. Les autres services de santé continuent d'être financés à partir de sources publiques et privées, comme c'est déjà le cas.

##### **Principe Cinq**

Le gouvernement fédéral contribue en permanence au financement des technologies de la santé.

##### **Principe Six**

Le gouvernement fédéral consacre davantage d'argent aux éléments du secteur de la santé et des soins de santé vis-à-vis desquels il assume d'importantes responsabilités.

##### **Principe Sept**

Les conséquences des modifications du niveau ou du montant des fonds publics consacrés aux services hospitaliers et aux services dispensés par un médecin sont bien pesées par le gouvernement et expliquées en détail à la population au moment où ces changements sont effectués et annoncés.

**Principe Huit**

La méthode de rémunération des hôpitaux est modifiée durant la première phase de la réforme des soins de santé : le financement par budget annuel global est remplacé par un financement fondé sur les services dispensés.

**Principe Neuf**

Les régies régionales de la santé sont chargées de l'achat des services hospitaliers auprès des établissements de leur région.

**Principe Dix**

La réforme des soins primaires aboutira à une médecine de groupe organisée en cliniques ouvertes 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

**Principe Onze**

Pour faciliter la réforme des soins primaires, les omnipraticiens ne sont plus rémunérés exclusivement à l'acte, mais au moyen d'une formule mixte qui combine la rémunération par capitation, la rémunération à l'acte et d'autres formes de rémunération.

**Principe Douze**

De nouvelles règles concernant les champs d'activité et d'autres dispositions sont élaborées pour permettre à tous les professionnels de la santé du secteur des soins primaires d'offrir l'éventail complet des services pour lesquels ils sont formés.

**Principe Treize**

Durant la seconde étape de la réforme des soins de santé, un « marché interne » devrait probablement être constitué où les équipes de soins primaires achèteraient, pour le compte de leurs clients, des services de santé auprès des hôpitaux et des autres établissements de santé.

**Principe Quatorze**

Une stratégie nationale (et pas exclusivement fédérale) permet de garantir une offre suffisante de fournisseurs de soins de santé et une exploitation optimale de leurs services.

**Principe Quinze**

Les impératifs de la responsabilisation et de la transparence à l'égard du financement et de la prestation des soins de santé exigent le déploiement d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de saisir de l'information sur le rendement du système de soins de santé et ses résultats.

**Principe Seize**

La saisie des résultats des traitements et du rendement du système de soins de santé fait partie intégrante du système d'information sur la santé. Ces activités de contrôle et d'évaluation sont réalisées par un organisme national (et non fédéral) indépendant et sont financées par l'État.

**Principe Dix-sept**

Le système public de soins de santé du Canada est axé sur le patient.

**Principe Dix-huit**

Des mécanismes sont institués pour encourager les patients à faire un usage aussi efficace que possible des services hospitaliers et des services des médecins. Ces mécanismes excluent l'imposition de frais d'utilisation pour les services jugés médicalement nécessaires.

**Principe Dix-neuf**

On accorde la priorité aux programmes qui ont pour but de responsabiliser les personnes à l'égard de leur santé. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard.

**Principe Vingt**

Un délai d'attente maximum devrait être fixé et rendu public pour chaque type d'intervention ou de traitement majeur. Une fois ce délai expiré, l'assureur (le gouvernement) engage les dépenses nécessaires pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement en question ailleurs au Canada ou, au besoin, à l'étranger.

**CHAPITRE TROIS****FINANCEMENT ET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ**

Que le gouvernement fédéral mette sur pied un programme à long terme destiné à aider les provinces et les territoires à se procurer et à exploiter les technologies de la santé, et que ce programme soit assorti de mécanismes par lesquels les provinces et les territoires bénéficiaires rendront compte de l'utilisation des fonds fédéraux réservés à cette fin.

Que le gouvernement fédéral accroisse le montant des fonds destinés à l'OCCETS et aux autres organismes d'évaluation des technologies de la santé.

Que ces fonds additionnels servent à accroître l'ETS au Canada et à améliorer la diffusion et la promotion des résultats de l'ETS auprès des fournisseurs et des administrateurs des soins de santé.

Que le gouvernement fédéral accorde des sommes additionnelles aux Instituts de recherche en santé du Canada et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé pour soutenir la recherche sur les répercussions potentielles des technologies de la santé sur les coûts du système de soins de santé.

**CHAPITRE QUATRE****CREATION D'UNE INFOSTRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE**

Que, au terme de la période de trois à cinq ans, le gouvernement fédéral accorde du financement additionnel à Inforoute Santé du Canada Inc. pour permettre à cette entreprise de créer, de concert avec les provinces et les territoires, un système national de dossiers de santé électroniques.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec toutes les parties impliquées dans l'informatisation des dossiers de santé, établisse des normes et des règles applicables à la collecte, au stockage et à l'utilisation des renseignements.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, entreprenne la mise sur pied d'un système national d'évaluation de l'efficacité et des résultats du système de soins de santé. Ce système devra : 1) s'appuyer sur les compétences et les organismes actuels; 2) être indépendant des gouvernements; 3) bénéficier d'un financement public approprié. Le gouvernement fédéral devra accorder un financement substantiel à cette initiative fort importante.

Que le gouvernement fédéral maintienne les efforts qu'il déploie en matière de santé rurale et qu'il investisse dans des applications de la télésanté qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé dans les régions rurales ou éloignées.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et les parties intéressées, établisse un portail national d'information sur la santé en s'appuyant sur le succès du Réseau canadien de la santé et en réalisant l'intégration des portails provinciaux et territoriaux.

- En priorité, il faudrait que les investissements dans le portail national visent d'abord les milieux où l'infrastructure technique de base est inadéquate, en particulier les collectivités autochtones, rurales et éloignées. Cela permettrait d'améliorer considérablement l'accès pour tous les Canadiens à de l'information objective sur la santé.

## **CHAPITRE CINQ**

### **FAVORISER L'EXCELLENCE DANS LA RECHERCHE CANADIENNE EN SANTÉ**

Que le gouvernement fédéral établisse, sur une base régulière et en collaboration avec tous les intervenants, des objectifs et des priorités nationaux pour la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral favorise la collaboration entre différents intervenants lorsqu'il exécute, finance et utilise des recherches en santé. On pourrait ainsi disposer des meilleures ressources possibles, tout en réduisant au minimum le chevauchement et le double emploi.

Que le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, dans l'élaboration d'une stratégie visant à encourager l'échange de chercheurs entre le gouvernement, le milieu universitaire et le secteur privé, y compris les organisations bénévoles nationales.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise aussi bien de Santé Canada que des Instituts de recherche en santé du Canada, assure la coordination et fournisse les ressources nécessaires pour que le Canada contribue à la révolution scientifique et en bénéficie, de façon à en maximiser les avantages économiques, sanitaires et sociaux pour les Canadiens.

Que le gouvernement fédéral :

- augmente, dans un laps de temps raisonnable, sa contribution financière à la recherche extérieure en santé, de façon à atteindre un niveau de 1 % des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada;

- établit des plans à long terme clairs pour le financement de la recherche en santé, et s'y conforme, particulièrement par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada. Plus précisément, le gouvernement fédéral devrait adopter un horizon de planification de cinq ans pour le budget des IRSC;
- fasse un investissement prévisible et suffisant dans la recherche interne en santé.

Que Santé Canada :

- dispose des ressources financières et humaines de recherche en santé qu'il lui faut pour s'acquitter de son mandat et de ses obligations;
- entreprenne activement d'établir des liens et des partenariats avec d'autres intervenants du domaine de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, de Santé Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, consacre des fonds supplémentaires à la recherche sur les services de santé et à la recherche clinique, et qu'il collabore avec les provinces et les territoires pour que les résultats de ces recherches soient largement diffusés parmi les fournisseurs, les gestionnaires et les décideurs du domaine des soins de santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada, affecte davantage de fonds à la recherche portant sur la santé de segments particulièrement vulnérables de la société canadienne.

Que le gouvernement fédéral affecte des fonds supplémentaires à l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC, afin d'intensifier la participation des chercheurs canadiens en santé, et notamment des Autochtones eux-mêmes, aux recherches visant à améliorer la santé des Autochtones canadiens.

Que Santé Canada reçoive des ressources supplémentaires pour étendre sa capacité de recherche et renforcer sa capacité d'intégration des résultats de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.

Que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources à l'Initiative de recherche en santé mondiale.

Que le gouvernement fédéral exige de tous les bénéficiaires de subventions fédérales à la recherche en santé l'engagement explicite d'obtenir le maximum d'avantages pour le Canada quand les résultats de la recherche subventionnée sont utilisés à des fins lucratives.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, sans faire abstraction de la valeur sociale de la recherche en santé n'ayant pas de résultats commerciaux lucratifs, cherchent à favoriser les retombées économiques au Canada découlant de leurs investissements dans la recherche canadienne en santé, quand les résultats de cette recherche sont utilisés à des fins lucratives. Ce faisant, les IRSC devraient élaborer une stratégie d'innovation visant à accélérer et à faciliter la commercialisation des résultats de la recherche en santé.

Que le gouvernement fédéral investisse des ressources supplémentaires, dans le cadre de la stratégie d'innovation des IRSC, pour valoriser la production des chercheurs canadiens en santé et renforcer la capacité de commercialisation des résultats de la recherche en santé financée par des fonds fédéraux. Le nouveau financement devrait s'ajouter aux investissements actuels dans la recherche en santé. Il faudrait en particulier rendre permanent le financement des coûts indirects de la recherche par les organismes subventionnaires du Canada. Les responsables de la recherche en santé devraient rendre compte de l'utilisation des fonds de commercialisation.

Que Santé Canada prenne l'initiative, en collaboration avec les intervenants, de l'élaboration d'un système commun de gouvernance de la recherche en santé effectuée sur des sujets humains s'appliquant à toute la recherche que le gouvernement fédéral exécute, finance et utilise dans ses activités de réglementation.

Que, dans l'élaboration de ce système de gouvernance de l'éthique, Santé Canada considère les éléments suivants comme essentiels au progrès :

- travailler en premier sur toute la recherche (en santé) que le gouvernement fédéral exécute, finance ou utilise dans ses activités de réglementation, afin d'élaborer un système efficace et efficient de gouvernance qui sera adopté comme norme partout au Canada;
- accorder une grande importance, dans le système de gouvernance, à des mécanismes efficaces d'éducation et de formation, destinés à tous ceux qui s'occupent de recherche et d'éthique de la recherche et dotés d'un processus d'agrément correspondant aux responsabilités des différents participants;
- élaborer des normes, fondées sur l'*Énoncé de politique des trois Conseils*, les lignes directrices de la Conférence internationale d'harmonisation relatives aux essais cliniques sur des sujets humains et d'autres normes pertinentes canadiennes et étrangères, pouvant servir de base à l'autorisation ou à l'agrément des fonctions ou des comités d'éthique de la recherche à un niveau correspondant aux attentes des Canadiens et aux normes d'autres pays;
- veiller à l'actualisation de l'*Énoncé de politique des trois Conseils* et à son maintien à l'avant-garde des politiques internationales régissant l'éthique ou la recherche sur des sujets humains;
- faire disparaître les incohérences entre les différentes politiques qui régissent actuellement la recherche sur des sujets humains et faire concorder les normes canadiennes avec celles d'autres pays qui influent sur la recherche canadienne;
- établir un processus d'autorisation ou d'agrément des fonctions d'éthique de la recherche, qui soit indépendant du gouvernement, mais qui soit clairement tenu de lui rendre compte de son activité;
- élaborer le système de gouvernance dans le cadre de consultations de fond ouvertes et transparentes avec les intervenants.

Que tous les ministères et organismes fédéraux imposent le respect des normes du Conseil canadien de protection des animaux dans :

- toute la recherche effectuée dans des installations fédérales;
- toute la recherche financée par des ministères et organismes fédéraux, mais effectuée en dehors des installations fédérales;
- toute la recherche effectuée sans financement fédéral en dehors des installations fédérales, mais dont les résultats sont présentés au gouvernement fédéral ou sont utilisés par lui dans l'exercice de fonctions prévues par voie législative.

Que des règlements comme celui que proposent les Instituts de recherche en santé du Canada fassent l'objet de l'étude la plus complète et la plus équitable possible dans le cadre des discussions qui se tiendront sur les moyens de clarifier et de préciser la loi, afin d'en atteindre les objectifs sans entraver d'importantes recherches destinées à améliorer la santé des Canadiens et à leur assurer de meilleurs services de santé.

Que des discussions se poursuivent entre les intervenants, le commissaire à la protection de la vie privée *et* les ministères fédéraux et provinciaux qui s'occupent de la prestation, de la gestion, de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des services de santé.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, élabore et mette en œuvre un programme de sensibilisation du public destiné à assurer une meilleure compréhension :

- de la nature et de la raison d'être des grandes bases de données contenant des renseignements médicaux personnels, qui doivent être tenues pour assurer le fonctionnement d'un système public de soins de santé;
- du besoin essentiel de faire une utilisation secondaire de telles bases de données aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada et de concert avec d'autres intervenants intéressés, se charge de favoriser :

- une discussion et un examen réfléchis des questions éthiques, concernant notamment le consentement éclairé, que pose l'utilisation secondaire des renseignements médicaux personnels aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins;
- une étude approfondie des mécanismes de contrôle et d'examen nécessaires pour s'assurer que les bases de données contenant des renseignements médicaux personnels sont efficacement créées, tenues et protégées et que leur utilisation aux fins de la recherche en santé et de la gestion des soins est faite d'une manière ouverte, transparente et responsable.

Que les Instituts de recherche en santé du Canada, en partenariat avec le secteur privé et d'autres intervenants, continuent d'étudier les aspects éthiques des relations entre les secteurs afin de veiller à ce que la collaboration et les partenariats jouent dans l'intérêt de tous les Canadiens.

## **CHAPITRE SIX**

### **PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES SOINS DE SANTÉ**

Que le gouvernement fédéral :

- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que toutes les écoles de médecine et de sciences infirmières reçoivent les augmentations de financement nécessaires pour leur permettre d'accroître le nombre d'inscriptions.
- Envisage des mécanismes permettant un financement fédéral direct afin de soutenir un plus grand nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, et assure la stabilité du financement en vue de la formation de professionnels paramédicaux.
- Examine les programmes de prêts étudiants offerts aux professionnels de la santé et y apporte les modifications nécessaires afin que les augmentations inévitables de frais de scolarité, particulièrement en médecine, ne nuisent pas aux étudiants défavorisés sur le plan socioéconomique.
- Fournisse une aide particulière aux étudiants en soins infirmiers au titre des frais de scolarité, quitte à abolir complètement ces frais pour une période limitée.
- Travaille avec les gouvernements provinciaux pour faire en sorte que la rémunération des différentes catégories de professionnels de la santé tienne compte du niveau de formation réel exigé d'eux.

Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les facultés de médecine et de sciences infirmières afin de financer des places à l'intention des étudiants d'origine autochtone, en plus des places offertes à la population générale.

Que, pour faciliter le retour au Canada de professionnels de la santé canadiens travaillant à l'étranger, le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les associations professionnelles afin d'informer ces professionnels des nouvelles perspectives d'emploi au Canada, et qu'il étudie la possibilité d'adopter des incitatifs fiscaux à court terme pour ceux qui sont prêts à rentrer au Canada.

Que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres parties intéressées afin de créer un organisme national permanent de coordination des ressources humaines de la santé, composé de représentants des principaux intervenants et des différents ordres de gouvernement. Son mandat serait le suivant :

- diffuser des renseignements à jour sur les besoins en ressources humaines;
- coordonner des projets visant à assurer un nombre suffisant de diplômés pour réaliser l'objectif de l'autonomie en matière de ressources humaines;



- partager et promouvoir les pratiques exemplaires quant aux stratégies servant à retenir des professionnels de la santé compétents, et coordonner les efforts de rapatriement des professionnels de la santé canadiens qui ont émigré;
- recommander des stratégies pour accroître le nombre de professionnels de la santé provenant de groupes sous-représentés, comme les peuples autochtones, et dans les régions mal desservies, particulièrement les régions rurales et éloignées;
- examiner les possibilités en vue d'une meilleure coordination, entre les divers ordres de gouvernement, des exigences en matière d'accréditation et d'immigration.

Que le gouvernement fédéral continue de travailler avec les provinces et les territoires à la réforme de la prestation des soins primaires et qu'il assure un soutien financier permanent au projet de réforme entraînant la création d'équipes de soins de santé primaires pluridisciplinaires qui :

- visent à offrir une large gamme de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept;
- veillent à faire en sorte que les services soient dispensés par les professionnels de la santé compétents qui conviennent le mieux;
- utilisent à leur pleine mesure les capacités et les compétences d'un éventail de professionnels de la santé;
- adoptent d'autres modes de rémunération que les honoraires à l'acte, par exemple la capitation, soit exclusivement, soit dans le cadre d'une formule de financement mixte;
- cherchent à intégrer des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans leur travail quotidien;
- s'organisent de façon à pouvoir faire l'acquisition de services auprès d'hôpitaux et d'autres fournisseurs institutionnels au nom de leurs patients;
- assument progressivement une plus grande part de responsabilité à l'égard des besoins en santé et en bien-être de la population qu'ils servent.

## **CHAPITRE SEPT**

### **VERS UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION**

#### **Principe 7.1**

Les gens prennent eux-mêmes leur santé en main.

#### **Principe 7.2**

Les programmes gouvernementaux visant à habiliter les gens à prendre davantage leur santé en main et, en particulier, les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, figurent au premier rang des priorités.

**Principe 7.3**

On élabore des stratégies générales d'amélioration de la santé de la population qui ont une portée nationale à long terme et se fondent sur des efforts multisectoriels de la part de tous les secteurs de compétence.

**Principe 7.4**

Le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé de la population et consacre davantage de ressources aux stratégies d'amélioration de la santé de la population.

**Principe 7.5**

On examine les politiques gouvernementales pour évaluer leurs répercussions sur la santé et l'efficacité des soins de santé.

**Principe 7.6**

Les stratégies d'amélioration de la santé de la population sont adaptées aux conditions locales, et les collectivités concernées participent à leur conception et à leur mise en œuvre.

**Principe 7.7**

Étant donné ses responsabilités fiduciaires et constitutionnelles, le gouvernement fédéral élabore une stratégie axée sur la santé de la population pour les Canadiens autochtones.

## ANNEXE B

### LISTE DES TÉMOINS

---

#### **Lundi 15 octobre 2001**

*Université du Manitoba*

Linda West, professeure, Asper School of Business

*Frontier Centre for Public Policy:*

Peter Holle, président

*Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:*

Henry Friesen, chef d'équipe

John Foerster

Audrey Tingle

Chuck Laflèche

*Offices régionaux de la santé du Manitoba:*

Bill Bryant, président, Conseil des présidents

Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs

Randy Lock, directeur général

*Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba:*

Noralou Roos

*Women's Health Clinic:*

Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage

*Hospice and Palliative Care Manitoba:*

Paul Henteleff, président, Comité de parrainage

John Bond, membre, Comité de parrainage

Margaret Clarke, directrice générale

*Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):*

Paul Moist, président

Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé

*Société franco-manitobaine:*

Daniel Boucher, président-directeur général

#### **Mardi 16 octobre 2001**

*Saskatchewan Registered Nurses' Association:*

June Blau, présidente

*Infirmières de l'Ordre de Victoria:*

Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouverne mentales (région de l'Ouest)

Lois Clark, directrice générale, IOV du centre-nord de la Saskatchewan

Brenda Smith, membre du conseil d'administration national (Saskatchewan)

*L'Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon):*

Kathleen Storrie, vice-présidente

Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres

*À titre personnel:*  
Dr John Bury

*Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan:*  
Tom Graham, président, SCFP Saskatchewan  
Stephen Foley, président, Conseil de la santé  
John Welden, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé

*Chambre de commerce de Saskatoon:*  
Dave Du ctchak, président  
Kent Smith-Windsor, directeur général  
Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations

*Société d'arthrite de la Saskatchewan:*  
Sherry McKinnon, directrice exécutive  
Joy Tappin, membre du conseil d'administration

*Association canadienne des loisirs/parcs:*  
Randy Goulden, directeur exécutif, Tourisme Yorkton

*Ralliement national des Métis:*  
Gerald Morin, président  
Don Fidler, directeur, Soins de santé

### **Mercredi 17 octobre 2001**

*Premier's Advisory Council on Health (Alberta):*  
Le très honorable Don Mazankowski, C.P., président  
Peggy Garritty

*Ministère de la Santé et des Services sociaux (Nunavut):*  
L'honorable Edward Picco, ministre

*Calgary Health Region:*  
Jack Davis, président-directeur général

*Capital Health Authority:*  
Sheila Weatherhill, présidente-directrice générale

*Canadian Practical Nurses Association:*  
Pat Fredrickson, présidente

*Université de l'Alberta - Faculté des soins infirmiers:*  
Dre Donna Wilson

*Health Sciences Association of Alberta:*  
Elisabeth Ballerman, présidente

*Alberta Association of Registered Nurses:*  
Sharon Richardson, présidente

*United Nurses of Alberta:*  
Heather Smith, présidente

*Friends of Medicare:*  
Christine Burdett, présidente provinciale

Tammy Horne, membre

*À titre personnel:*

Kevin Taft, député, Assemblée législative de l'Alberta

*Western Canada Waiting List Project:*

John McGurran, directeur de projets

*Primary Care Initiative:*

Dre June Bergman

*Alberta Consumers Association:*

Wendy Armstrong

*Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:*

George Arès, président

*Conseil consultatif national sur le troisième âge:*

Pat Raymaker, présidente

*Alberta Council on Aging:*

Neil Reimer, secrétaire-trésorier

*Nechi Institute:*

Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé

Ruth Morin, présidente-directrice générale

*Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada - Health Advisory Committee:*

Louise Rogers

Kent Harold

Don Junk

### **Jeudi 18 octobre 2001**

*Saskatchewan Committee on Medicare:*

Ken Fyke, président sortant

*Tommy Douglas Research Institute:*

Dave Barrett, président

Marc Eliesen, coprésident

*Market-Media International Corporation:*

Joan Gadsby, présidente

*Université de la Colombie-Britannique – Médecine familiale, Programme de résidence:*

Dr J. Galt Wilson, directeur des programmes - Site Prince George

*Université de la Colombie-Britannique:*

Dr John A. Cairns, doyen de la médecine

Dre Joanna Bates, doyenne associée, Admissions

*Conseil des professions de la santé:*

Dianne Tingey, membre

Gerry Fahey, directeur exécutif

*Cambie Surgery Centre:*

Dr Brian Day, fondateur

*À titre personnel:*

Cynthia Ramsay, économiste de la santé

*Health Association of British Columbia:*

Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration

Lisa Kallstrom, directrice générale

*Université de la Colombie-Britannique:*

Professeur John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé

*Université de la Colombie-Britannique - Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:*

Professeur Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation

*Université de la Colombie-Britannique - Centre for Health Services and Policy Research:*

Professeure Barbara Mintzes

*Professional Association of Residents of British Columbia:*

Dre Kristina Sharma

### **Vendredi 19 octobre 2001**

*Association médicale canadienne:*

Dr Peter Barrett, président sortant

Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de l'économie de la santé

*Association médicale de la Colombie-Britannique:*

Dre Heidi Oetter, présidente

Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économie et de la politique

*Université de la Colombie-Britannique - Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:*

Dr Peter D. McLean, professeur et directeur

*Maples Surgical Centre (Manitoba):*

Dr Mark Godley

### **Lundi 29 octobre 2001**

*Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr Thomas McGowan, président et directeur médical

*Fédération des contribuables canadiens:*

Walter Robinson, directeur fédéral

*Conseil canadien des Églises:*

Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix et coprésident de la Commission oecuménique sur les soins de la santé

*Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts-conseil en avantages sociaux et en mieux-être au travail:*

Edward Buffet, président-directeur général

*À titre personnel:*

Dr Michael M. Rachlis

*Medical Reform Group:*

Dr Joel Lexchin

*At Work Health Solutions Inc.:*  
Dr Arif Bhimji, président  
Gery Barry, président et directeur général de Liberté Santé

*Association des consommateurs du Canada:*  
Jean Jones, présidente du Comité sur la santé  
Mel Fruitman, président

*Ontario Association of Optometrists:*  
Dr Joseph Chan, président

*Instruments Médicaux du Canada (MEDEC):*  
Peter Goodhand, président

*AstraZeneca:*  
Gerry McDole, président-directeur général

*Comcare services de santé:*  
Mary Jo Dunlop, président

*Hôpital St-Michael:*  
Jeffrey Lozon, président-directeur général

*Association des centres de santé de l'Ontario:*  
Gary O'Connor, directeur général

*Association médicale de l'Ontario:*  
Dr. Kenneth Sky, président

*Société d'Arthrite:*  
Denis Morrice, président et directeur général

*SAUVE-QUI-PENSE:*  
Dr Robert Conn, président et directeur général

*Société canadienne du cancer:*  
Dr Barbara Whyllie, directrice, Politique de contrôle  
Mme Cheryl Mayer, directrice, Programmes de lutte contre le cancer

*Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes:*  
Jeff Wilbee, directeur général

### **Mardi 30 octobre 2001**

*Institut canadien d'information sur la santé:*  
Michael Decter, président, Conseil d'administration

*Association des hôpitaux de l'Ontario:*  
David MacKinnon, président directeur général

*Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario:*  
Doris Grinspun, directrice exécutive

*Université McMaster, Département d'économie:*  
Jeremiah Hurley, professeur

*Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique:*  
Dr. Cameron Mustard, professeur

*Université de Toronto:*  
Colleen Flood, professeur

*Drug Trading Company Limited:*  
Larry Latowsky, président directeur général  
Jane Farnharm, vice-présidente, Pharmacie

*Association des pharmaciens du Canada:*  
Ron Elliott, président

*GlaxoSmithKline:*  
Geoffrey Mitchinson, vice-président, Relations publiques

*Medtronic:*  
Donald A. Hurley, président

*Association canadienne des personnes retraitées:*  
Lillian Morgenthau, présidente et co-fondatrice  
Dr. Bill Gleberzon, directeur exécutif associé

*Association canadienne pour l'intégration communautaire:*  
Cheryl Gulliver, présidente  
Connie Laurin-Bowie  
Margot Easton

*Institut Roehrer:*  
Cameron Crawford, président

*À titre individuel:*  
Clement Edwin Babb  
Robert S. W. Campbell

### **Mercredi 31 octobre 2001**

*À titre personnel:*  
L'honorable Claude Forget  
L'honorable Claude Castonguay  
André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal

*Hôpital Hôtel-Dieu de Québec:*  
Dr Serge Boucher

*Conseil du patronat du Québec:*  
M. Gilles Taillon, président

*Chambre de commerce du Canada:*  
Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale  
M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politiques

*À titre personnel:*  
M. Jean-Luc Migué  
M. Lee Soderstrom, professeur, Département d'économie, Université McGill



*Institut économique de Montréal:*

M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif

Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine, Université McGill, et ex-président de l'Association médicale du Québec

*Fondation Frosst pour les soins de santé:*

Dr Monique Camerlain, présidente du conseil d'administration

Mme Janet Castonguay, directrice exécutive

### **Jeudi 1 novembre 2001**

*Association des optométristes du Québec:*

Langis Michaud, président

Marie-Josée Crête, directrice générale adjointe

Clairmont Girard, conseiller

*Collège des médecins du Québec:*

Dr Yves Lamontagne, président

Dr André Garon, secrétaire général délégué

*À titre individuel:*

Robert Dorion

*Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes:*

Mark Daniels, président

Greg Traversy, vice-président-directeur général

Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec)

Frank Fotia, vice-président, Assurance collective

*À titre individuel:*

Dr Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill

Robyn Tamblyn, professeur agrégé, Département d'économie, Université McGill

*Merck Frosst Canada Ltée:*

Kevin Skilton, directeur, Politique et planification

Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé

*Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, conseillère sur la santé

Yolande Richer, vice-présidente, Communications

Myroslaw Smereka, directeur général

### **Lundi 5 novembre 2001**

*Ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve:*

Robert C. Thompson, sous-ministre

Beverly Clarke, sous-ministre adjointe

Catherine Donovan

*Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:*

Mme Patricia Pilgrim, présidente, Région de St. John's

Mme Bernice Blake Dibblee, directrice exécutive, Région de St. John's

*Association des infirmières et infirmiers diplômés de Terre-Neuve et du Labrador:*

Mme Sharon Smith, présidente

*Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve:*  
M. Wayne Lucas, président

*À titre personnel:*  
Mme Maud Peach

*Institut national du cancer du Canada:*  
M. Roy West, président

*Weight Watchers:*  
Mme Marlene Bayers, directrice régionale

*Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer:*  
Mme Bertha H. Paulse, présidente-directrice générale

*À titre personnel:*  
Mme Karen McGrath, directrice générale, ministère de la Santé et des services communautaires, Région de St. John's (Terre-Neuve)

### **Mardi 6 novembre 2001**

*Travailleurs canadiens de l'automobile:*  
Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council

*Nova Scotia Association of Health Organizations:*  
Robert Cook, président-directeur général

*Bureau d'assurance du Canada:*  
George Anderson, président-directeur général  
Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef

*Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance:*  
Mary Lou O'Reilly, directrice générale

*Atlantic Institute for Market Studies:*  
Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de santé

*Université Dalhousie:*  
Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique  
Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, département de psychiatrie  
Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé  
Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé  
Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie  
Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie  
Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique

*Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*  
Maxine Barrett

*Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Université Dalhousie:*  
Sharon Batt, présidente

*Feminists for Just and Equitable Public Policy:*  
Georgia MacNeil, présidente

*Cape Breton Regional Health Care Complex:*  
John Malcolm, chef de la direction  
Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton

*Capital District Health Authority:*  
Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques

*Association médicale canadienne:*  
Le Dr Henry Haddad, médecin, président  
Bill Tholl, secrétaire général  
Le Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia  
La Dre. Dana W. Hanson, président élu

*Conseil santé communautaire de Cobequid:*  
Ryan Sommers

*Santé Canada:*  
Anne-Marie Léger, analyste des politiques

### **Mercredi 7 novembre 2001**

*Ministère des Sciences et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:*  
L'honorable Jamie Ballem, M.A.L., ministre

*P.E.I. Seniors Advisory Council:*  
Heather Henry-MacDonald, présidente

*Syndicat canadien de la fonction publique, Division de l'Î.-P.-É.:*  
Bill A. McKinnon, représentant national  
Donalda MacDonald, présidente  
Raymond Léger, responsable de la recherche

*Ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard:*  
Mary Hughes-Power, directrice, Soins intensifs et de longue durée  
Deborah Bradley, gestionnaire, Politique de santé publique  
Dr Don Ling, directeur, Services médicaux  
Rory Francis, sous-ministre  
Bill Harper, sous-ministre adjoint  
Jean Doherty, coordinatrice, Communications  
Susan Maynard, planificatrice principale, Services de santé  
Kathleen Flanagan-Rochon, coordonnatrice, Services communautaires

*Collège des médecins de famille du Canada:*  
Dr Peter MacKean, président du conseil d'administration

*Queen Elizabeth Hospital:*  
Iain Smith, coordonnateur, Utilisation des médicaments

*Prince Edward Island Pharmacy Board:*  
Mme Neila Auld, directrice exécutive

*Queen's Regional Health Authority:*  
Sylvia Poirier, présidente

*West Prince Regional Health Authority:*  
Ken Ezeard, directeur général

*Southern King's Health Authority:*  
Betty Fraser, directrice générale

*Centre de santé communautaire Évangéline:*  
Elise Arsenault, coordinatrice

*East Prince Regional Health Authority:*  
David Riley, directeur général

*Université Dalhousie:*  
Dr Stan Kutcher, chef, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie/psychiatrie

### **Jeudi 8 novembre 2001**

*Faculté des sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick:*  
Dre Margaret Dykeman

*Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick:*  
M. Robert Simpson, président-directeur général

*Association canadienne des chaînes de pharmacies:*  
Sherry Porter, représentante pour les Maritimes  
Sandra Aylward, vice-présidente, Services pharmaceutiques

*À titre personnel:*  
Dr Russell King, ancien ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick  
William Morrissey, ancien sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick

*Applied Management:*  
Bryan Ferguson, associé

*Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick:*  
Daniel Thériault, directeur général

*Association canadienne des Snowbirds:*  
Bob Jackson, président

*Fédération des citoyens âgés du Nouveau-Brunswick Inc.:*  
Helen Ladouceur, membre  
Eileen Malone, membre

*Association catholique canadienne de la santé:*  
Mme Sandra Keon, secrétaire-trésorière et vice-présidente des programmes cliniques de l'hôpital de Pembroke

*Forces policières de Miramichi:*  
Caporal M. Michael Gallagher, Division des drogues  
*Syndicat canadien de la fonction publique, Nouveau-Brunswick:*  
Raymond Léger, représentant de la recherche

*Association nationale des retraités fédéraux:*  
Rex G. Guy, président national  
Roger Heath, agent de recherche et des communications

*Union des Indiens du Nouveau-Brunswick:*  
Nelson Solomon, directeur de la santé  
Wanda Paul Rose, coordonnatrice  
Norville Getty, expert-conseil

*Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick:*  
Roxanne Tarjan, directrice générale

**Jeudi 21 février 2002**

*La Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers:*  
Kathleen Connors, présidente

*Coalition canadienne de la santé:*  
Dr. Arnold Relman, ancien rédacteur en chef, *New England Journal of Medicine*  
Michael McBane, coordonnateur national

*Association nationale des retraités fédéraux:*  
Rex G. Guy, président national  
Roger Heath, agent de recherche et de communications

**Jeudi 7 mars 2002**

*Association canadienne des soins de santé :*  
Sharon Sholzberg-Gray présidente directrice générale  
Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques

*Congrès du travail du Canada :*  
Kenneth V. Georgetti, président  
Cindy Wiggins, chercheuse principale, Direction des politiques sociales et économiques



**AUTRES MÉMOIRES REÇUS :**

Abell Medical Clinic  
Alberta Centre for Injury Control and Research  
Amgen Canada Inc.  
Association canadienne des Fabricants de Produits Pharmaceutiques  
Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)  
Association canadienne des médecins résidents  
B.C. Better Care Pharmacare Coalition  
Bruce Bigham  
Brain Injury Association of Nova Scotia  
Canada West Foundation  
Chemical Sensitivities Information Exchange Network Manitoba (CSIENM)  
Coalition canadienne des aidants et aidants naturels  
Comité exécutif de l'Association de comté du Nouveau parti démocratique de Ancaster-Dundas-Flamborough-Aldershot  
Conestoga College (Pat Bower, moniteur de cours)  
Faith Partners (Ottawa)  
Federation of Medical Women in Canada  
Fondation canadienne du rein  
Dr. Michael Gordon, Baycrest Centre for Geriatric Care  
Serena Grant  
Home-based Spiritual Care  
Kids First Parent Association of Canada  
Dr. Lee Kurisko  
Caterine Lindman  
Jim Ludwig  
Dr. Keith Martin

Dr. Ross McElroy  
Dr. Malcom S. McPhee  
Verna Milligan  
Moose Jaw-Thunder Creek District Health Board  
Dr. Earl B. Morris  
Fran Morrison  
John Neilson  
Ontario Psychological Association  
Roy L. Piepenburg (Liberation Consulting)  
Red Deer Network in Support of Medicare  
Réseau et centre Cochrane canadien  
Dr. Robert S. Russell  
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada  
Stratégie nationale de lutte contre le cancer  
Christa Streicher  
Elaine Tostevin





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5