



Mémoire

présenté par le

**Syndicat canadien de la fonction publique
(SCFP)**

au

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

**Examen des progrès accomplis dans la mise en œuvre du
Plan décennal 2004-2010 pour consolider les soins de santé**

**Syndicat canadien de la fonction publique
Le 8 novembre 2011**

Résumé

Les Canadiens sont profondément préoccupés par leur santé et par la santé de leurs familles et de leur entourage. Le régime canadien d'assurance-maladie est l'expression la plus profonde de la manière dont nous prenons soin les uns les autres, l'une des pierres angulaires de la société canadienne. Quatre-vingt-sept pour cent des Canadiens sont favorables à des solutions publiques pour renforcer le régime d'assurance-maladie¹, et un récent sondage montre que les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral prenne les commandes de la réforme des soins de santé².

Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) représente 600 000 travailleurs, dont plus de 190 000 membres dans le secteur des soins de santé. Les membres du SCFP sont sur la ligne de front et prodiguent des soins directs aux patients dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, à domicile et dans les milieux communautaires. Les membres du SCFP font des repas et les livrent aux patients, assurent leur transport en toute sécurité et favorisent leurs rapports sociaux sur une base quotidienne. Nous veillons à ce que les établissements de soins de santé soient propres, sûrs et bien entretenus. Les membres du SCFP, piliers organisationnels des hôpitaux, sont responsables de l'admission des patients et de la tenue des dossiers médicaux. Nous sommes les premiers intervenants dans nos communautés et c'est à titre d'infirmières et de préposés que nous prenons soin des personnes âgées et des malades dans les établissements de soins de longue durée et à domicile. Nous nous acquittons de ces tâches et nous assumons de nombreuses autres responsabilités essentielles. Nos membres sont inquiets des soins de santé en tant que travailleurs et en tant que membres de famille et de communauté qui dépendent de notre système public de soins de santé.

Le présent document fait suite au mémoire du SCFP sur le Plan décennal de 2008 (Accord sur la santé)³. Il met en lumière les aspects du plan qui sont encore une source d'inquiétudes et fait des recommandations visant à renforcer le régime d'assurance-maladie. Nos recommandations portent sur les dernières années du Plan décennal et sur le renouvellement de l'Accord sur la santé.

Le Plan décennal a stabilisé le système de soins de santé à la suite des importantes compressions des années 1990, qui ont gravement compromis l'accès aux soins et la qualité des soins. Le Plan garantissait un financement à long terme, avec des augmentations constantes, enchâssées dans un cadre législatif. Il réaffirmait la *Loi canadienne sur la santé* et établissait un certain nombre d'objectifs louables. Malheureusement, les objectifs n'étaient pas reliés au financement et ne répondaient pas toujours aux besoins. Dans le présent mémoire, nous soulignerons les principales lacunes que le SCFP a relevées dans le Plan décennal, soulèverons les questions qui n'ont aucunement évolué, voire même qui ont perdu du terrain, et nous ferons des recommandations pour le prochain accord sur la santé.

Responsabilité et financement

Le gouvernement fédéral n'est pas en mesure de rendre compte correctement de ses dépenses en vertu du Plan décennal, une situation en partie attribuable à la faiblesse du financement et aux lacunes dans la production des rapports en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, mais plus important encore, en raison du refus de la part du gouvernement d'exercer son leadership dans la défense et l'amélioration du régime d'assurance-maladie. En fait, le gouvernement fédéral ferme les yeux sur les violations de la *Loi canadienne sur la santé*, signalant du coup aux provinces qu'elles sont encouragées à faire appel aux services de santé du secteur privé. Les conseillers et au moins un député du parti conservateur laissent même entendre que le gouvernement fédéral entend supprimer complètement le financement des soins de santé, et d'autres importants transferts fédéraux sont également remis en question.

Le gouvernement fédéral n'a été l'hôte d'aucune rencontre des premiers ministres sur la santé depuis l'élection du premier ministre Harper, en 2006, et une telle rencontre n'est pas prévue à son programme, même si le Plan décennal arrive à échéance sous peu. Le SCFP, d'autres syndicats de la santé, le Congrès du travail du Canada et la Coalition canadienne de la santé, principal groupe de défense du régime d'assurance-maladie, sont autant d'organismes qui ont été exclus de ces audiences du Sénat. Cela n'augure rien de bon, tant pour l'avancement du Plan décennal que pour les consultations sur le prochain Accord sur la santé.

L'Accord sur la santé a permis l'engagement d'un fonds décennal à progression constante pour les soins de santé, après les importantes coupures des années 1990. Il est essentiel que le gouvernement fédéral poursuive cette politique et que la somme prévue dans le Transfert canadien en matière de santé au cours du deuxième accord décennal soit majorée chaque année d'au moins 6 %.

Recommandation 1 : Que le gouvernement fédéral négocie un nouveau Plan décennal (Accord sur la santé) avec les provinces et les territoires et qu'il prévoit un financement stable et approprié, avec une augmentation progressive d'au moins 6 %. Bien que le gouvernement du Québec soit autorisé à conclure une entente séparée, les modalités de l'Accord doivent être appliquées uniformément à l'échelle du Canada.

Recommandation 2 : Que le financement de l'Accord sur la santé ne soit pas effectué au détriment du Transfert canadien ou du financement de la péréquation.

Recommandation 3 : Que le gouvernement fédéral corrige les lacunes en ce qui a trait à la surveillance, la reddition de comptes et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Recommandation 4 : Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie invite les syndicats de la santé, la Coalition canadienne de la santé et d'autres organismes importants de la société civile à témoigner lors de cet examen du Plan décennal.

Privatisation

La privatisation des soins de santé a augmenté depuis 2008 à tous les niveaux : la rémunération, l'administration, l'infrastructure et l'exécution des mandats. Le nombre et la taille des cliniques privées à but lucratif ont augmenté ; les frais modérateurs et la surfacturation sont en hausse ; la sous-traitance des services de soutien et des services infirmiers se poursuit et les partenariats public-privé se sont étendus aux soins de santé de longue durée. Des améliorations du côté du temps d'attente ont été réalisées grâce à la présence du secteur privé, mais certains gouvernements utilisent les « garanties de temps d'attente » afin de promouvoir la privatisation. Ces tendances contredisent carrément les données recueillies selon lesquelles la privatisation offre moins et coûte plus cher.

Le gouvernement fédéral fait fi des violations de la *Loi canadienne sur la santé*, encourage la prestation de services de santé à but lucratif et négocie une entente commerciale qui remet fondamentalement en question les programmes actuels et futurs de soins de santé publics.

Recommandation 5 : Que le gouvernement fédéral adopte un règlement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* selon lequel les provinces et les territoires seraient tenus de divulguer annuellement le nombre d'établissements privés à but lucratif, le nombre de services offerts et les montants d'argent reçus; que cette information soit présentée dans un rapport annuel au Parlement, et que le gouvernement fédéral adopte un règlement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* afin que les transferts fédéraux ne soient utilisés que pour les services de santé sans but lucratif.

Recommandation 6 : Que le gouvernement fédéral demande au vérificateur général du Canada d'enquêter immédiatement sur la hausse des coûts pour les contribuables et sur l'érosion de la qualité des services associée aux partenariats public-privé.

Recommandation 7 : Que le gouvernement fédéral crée un fonds d'infrastructure pour la construction et la réfection des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée assorti d'une disposition selon laquelle la propriété, le contrôle, la gestion et l'exploitation des établissements, de l'équipement et des services seront publics et sans but lucratif.

Recommandation 8 : Que le gouvernement fédéral encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à adopter des solutions du secteur public afin de réduire le temps d'attente qui, entre autres choses permettraient de :

- fusionner les listes et de mieux les gérer ;
- faire un meilleur usage des salles d'opération dans les hôpitaux ;
- développer le travail d'équipe et la gestion de cas ;
- développer les soins de santé primaire et les soins continus ;
- résoudre les problèmes de recrutement et de rétention.

Recommandation 9 : Que le gouvernement fédéral négocie une nouvelle exemption modelée sur l'exemption culturelle des récentes ententes bilatérales canadiennes, selon lesquelles aucune disposition de l'accord économique et commercial global (AECG) qui touche les soins de santé ou le régime d'assurance-maladie public ne devra être interprétée comme s'appliquant à des mesures adoptées ou maintenues par un parti.

Infections associées aux soins de santé

La sécurité des patients est l'une des questions abordées dans le Plan décennal. Le Canada fait piètre figure en ce qui a trait aux infections associées aux soins de santé (IASS), une préoccupation prioritaire pour la sécurité des patients. Chaque année, plus de 220 000 cas d'infections nosocomiales sont responsables de 8 000 à 12 000 décès. Au moins 30 % de ces infections auraient pu être prévenues. La hausse des taux d'infection mène à des niveaux plus élevés de morbidité et de mortalité, à des séjours hospitaliers prolongés, à des coûts de soins de santé plus élevés, et enfin, à l'institutionnalisation. Le Canada occupe le deuxième rang parmi les pays à revenus élevés quant au taux de prévalence d'infections associées aux soins de santé, qui est de 11,6 % par rapport au taux regroupé de 7,6 %.

Le manque de personnel et le recours à la sous-traitance sont les principaux facteurs associés à notre taux élevé d'IASS. Le D^r Michael Schull, de l'Institut de recherche en services de santé, a précisé au comité que la mesure visant les coupures dans le personnel d'entretien dans les années 1990 était une erreur et qu'il fallait réinvestir dans ces services. Les taux d'occupation trop élevés aggravent considérablement le problème. La sous-traitance contribue aux IASS car elle entraîne des coupures dans le personnel, un taux de renouvellement du personnel plus élevé, moins de formation ainsi qu'une rupture des liens entre le personnel clinique et le personnel de soutien.

Les interventions timides et fragmentées du gouvernement fédéral en matière d'IASS contrastent avec les mesures réglementaires prises par le gouvernement du Royaume-Uni et ne répondent pas aux normes mondiales de gouvernance en santé. Même d'après les données pancanadiennes, les rapports sur les IASS et d'autres événements indésirables ne font pas bonne figure et nous n'avons pratiquement pas de données du fédéral sur le nettoyage des établissements de soins de santé.

Recommandation 10 : Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en œuvre une stratégie sur les infections associées aux soins de santé (IASS) dotée d'un financement substantiel et dédié visant à augmenter le nombre de services de nettoyage internes, à mettre en place des mesures strictes de contrôle des infections et des normes de nettoyage microbiologique, des taux maximums sécuritaires d'occupation dans les hôpitaux et la déclaration publique obligatoire des taux d'IASS et des décès attribuables aux IASS.

Soins continus

Le plan décennal représentait un certain progrès pour ce qui est des soins de courte durée et des soins palliatifs à domicile, mais les dispositions étaient trop modestes et venaient renforcer l'importance grandissante accordée aux soins médicaux au détriment de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Les soins de longue durée en établissement n'ont fait l'objet d'aucune mention malgré l'urgence d'apporter des améliorations dans ce secteur en ce qui a trait à l'accès et à la qualité.

Le domaine des soins continus au Canada se caractérise par des inégalités quant à l'accès ainsi que par des préoccupations relatives à la qualité découlant principalement de lacunes en matière de financement public et de réglementation, de la participation d'entités commerciales et de son exclusion des régimes d'assurance-maladie. Les soins sont souvent administrés à toute vitesse. L'accès est à deux volets. Qu'elle soit considérée sous l'angle du financement, de la propriété, de la gestion ou de la prestation, la privatisation accroît les problèmes relatifs à l'accès et à la qualité des soins.

Recommandation 11 : Que le gouvernement fédéral élargisse la couverture de l'assurance-maladie aux soins continus (soins à la maison ou dans la communauté et soins en résidence) à l'aide de normes réglementées et d'un financement dédié, pris à même le revenu général. Le cadre réglementaire devrait comprendre les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, auxquelles s'ajouteraient des normes minimales en ce qui a trait au personnel, et la prestation de service à but lucratif devrait être progressivement abandonnée.

Soins primaires

En 2011, le Canada n'a pas atteint l'objectif du Plan décennal qui visait à offrir à l'accès à des équipes multidisciplinaires à 50 % des Canadiens, et ce, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il prend en outre du retard sur d'autres pays développés, notamment en ce qui touche l'accès aux soins après les heures normales de bureau, les temps d'attente, la gestion des maladies chroniques, la santé mentale et les dossiers médicaux électroniques aux fins des soins primaires. Les Canadiens qui ont besoin de soins primaires sont confrontés à des barrières financières et nous ne nous classons guère mieux pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé. Les centres de santé communautaire sont notre meilleure solution de rechange à l'amélioration des soins de santé et à la lutte contre les iniquités sous-jacentes.

Recommandation 12 : Que le gouvernement fédéral établisse des normes et fournisse des ressources ciblées pour la réforme des soins de santé primaires, y compris l'accès étendu aux centres de soins de santé communautaires et la priorité accordée aux personnes, familles et communautés ayant les plus grands besoins.

Santé autochtone

Le gouvernement fédéral n'a pas réussi à améliorer la santé des peuples Autochtones, ainsi que le prévoyait le Plan décennal, et le gouvernement conservateur de Stephen Harper a reporté l'Accord de Kelowna. Les disparités sur le plan économique, social et de la santé entre les peuples Autochtones et non Autochtones sont énormes, et dans certains cas elles prennent de l'ampleur. L'approvisionnement en eau potable, important déterminant de la santé, est hors de portée de biens des communautés Autochtones et le déficit lié à l'infrastructure hydraulique approche les 6,6 milliards de dollars. Les services de santé non assurés sont sous-financés, aggravant du coup la difficulté d'accès des membres des Premières Nations aux services de soins de santé.

Recommandation 13 : Que le gouvernement fédéral implique les organisations Autochtones dans les négociations avec les premiers ministres sur le renouvellement de l'Accord sur la santé ; qu'il respecte les objectifs de l'Accord de Kelowna ; qu'il mette en œuvre les recommandations de l'Évaluation technique nationale ; qu'il adopte des normes plus élevées pour la qualité de l'eau dans les réserves ; qu'il fasse de nouveaux investissements dans le Programme des services de santé non assurés (SSNA).

Médicaments d'ordonnance

Le gouvernement fédéral n'a pas respecté son engagement à l'égard de la mise en place de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques énoncée dans son Plan décennal. Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership pour assurer l'accès universel, sûr et approprié aux médicaments d'ordonnance, tout en garantissant l'optimisation des ressources.

Huit millions de Canadiens n'ont pas d'assurance pour les médicaments d'ordonnance et ceux qui en bénéficient voient leurs primes monter et leurs avantages diminuer. L'utilisation non sécuritaire de médicaments d'ordonnance et pharmaceutiques fait du tort et dans bien des cas provoque le décès. Le coût des médicaments ne cesse de grimper en partie parce que le Canada paie 30 % de plus que la moyenne internationale pour ses médicaments. L'autoréglementation de l'industrie, la publicité directe au consommateur et la promotion de produits non autorisés favorisent les ordonnances inappropriées.

Le Canada pourrait épargner 10,7 milliards de dollars avec un régime d'assurance-médicament public universel. De nombreux pays comme la France, le Royaume-Uni, la Suède, l'Australie et la Nouvelle-Zélande se sont dotés de régimes d'assurance-médicament universels et leurs médicaments sont ainsi beaucoup moins chers qu'au Canada. Au lieu de cela, le gouvernement canadien négocie une entente commerciale avec l'Union européenne qui risque d'occasionner une hausse des coûts des médicaments d'ordonnance de l'ordre de 2,8 milliards de dollars par année.

Recommandation 14 : Que le gouvernement fédéral commence immédiatement à travailler avec les autres gouvernements du Canada à mettre en œuvre la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, comme convenu dans l'Accord sur la santé de 2004.

Recommandation 15 : Que le gouvernement fédéral mette en place un programme national d'assurance-médicament qui offre un accès égal à des médicaments sûrs et efficaces, tout en surveillant l'augmentation des coûts. Le programme devrait comprendre la couverture au premier dollar pour les médicaments essentiels selon un formulaire national, l'achat en gros, des normes de sécurité plus strictes, des médicaments d'ordonnance fondés sur des données probantes et un contrôle plus serré de la mise en marché par les sociétés pharmaceutiques.

Recommandation 16 : Que le gouvernement fédéral rejette la demande de l'Union européenne formulée lors des négociations de l'AECG qui vise à modifier les lois sur la propriété intellectuelle afin d'assurer une meilleure protection des brevets pour les médicaments de marque, puisqu'un tel changement aurait pour effet d'augmenter les coûts pour le système public de soins de santé au Canada et les obstacles financiers pour les millions de Canadiens qui ont besoin de ces médicaments.

Ressources humaines en santé

Certains progrès ont été réalisés dans le Plan décennal, au chapitre des ressources humaines en santé, mais le gouvernement fédéral n'a aucunement tenu compte des travailleurs et travailleuses qui ne sont ni des médecins ni des infirmières ni des professionnels paramédicaux. Par exemple, le gouvernement fédéral a soutenu la très nécessaire reconnaissance des titres professionnels et l'intégration des dispensateurs de services formés à l'étranger, mais en même temps, il a élargi le Programme des travailleurs étrangers temporaires qui exploite les travailleurs migrants embauchés pour prodiguer des soins quotidiens et assurer des services au plus bas de l'échelle salariale. L'écart des salaires et avantages divers entre le personnel affecté aux soins continus et le personnel hospitalier perdure et la situation est encore pire pour le personnel de soutien.

Recommandation 17 : Que le gouvernement fédéral élabore et mette en œuvre une stratégie pancanadienne de ressources humaines qui assure de meilleures conditions de travail, des programmes de formation et de recyclage et la parité salariale afin d'améliorer la rétention et le recrutement pour tout le secteur de la santé ; que cette stratégie fasse la promotion de l'égalité en emploi, y compris des stratégies de « main-d'œuvre représentative » Autochtone.

Recommandation 18 : Que le gouvernement fédéral adopte et encourage des politiques de recrutement qui respectent le *Code de pratique de l'Organisation mondiale de la santé pour le recrutement international des personnels de santé*; qu'il établisse une commission sur les travailleurs migrants qui agisse en tant qu'organisme de

réglementation indépendant doté de pouvoirs d'exécution et qu'il élabore un cadre politique national pour réglementer le travail des courtiers et les recruteurs.

1. Imputabilité et financement

Notre principale préoccupation lors de la mise en œuvre du Plan décennal a été de constater l'absence de reddition de comptes et le refus du gouvernement de défendre les normes du programme d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral a imposé quelques conditions aux transferts prévus dans le plan, mais il n'a exigé que très peu de reddition de compte en matière de financement, ce qui n'est guère surprenant.

En 2008, le SCFP a observé que « chaque année, le rapport annuel qui doit être présenté en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* est insuffisant et passe complètement sous silence la transformation graduelle de l'assurance-maladie en services à but lucratif dans certaines provinces, ou ne donne que de maigres détails sur les autres. »⁴ En outre, d'année en année, le gouvernement fédéral ne fait pour ainsi dire face aux frais modérateurs, à la surfacturation et à d'autres violations des droits en vertu du régime de l'assurance maladie. La situation s'est détériorée depuis avec l'accord tacite du gouvernement fédéral qui favorise la prestation accrue de services à but lucratif et qui fait preuve d'inertie face aux violations de la *Loi*.

Selon les rapports du vérificateur général du Canada, le ministère de la Santé est dans l'impossibilité de dire au Parlement la mesure dans laquelle chaque province et territoire se conforme aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*⁵. De plus, le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la gouvernance et la responsabilité a été dissous⁶. Les informations sur la manière dont les gouvernements dépensent certains fonds est fragmentaire, voire pas du tout disponible. Le Parlement devrait obliger le ministre de la Santé à rendre des comptes et ne pas approuver le transfert de fonds en soins de santé aux provinces qui ne se conforment pas aux dispositions de la *Loi*.

Un large consensus se dégage en ce qui a trait au rôle essentiel que doit jouer le gouvernement fédéral au chapitre de la coordination de la politique de la santé entre les provinces et territoires et de l'accès à des soins de qualité à l'échelle du système de soins de santé. Néanmoins, le gouvernement fédéral a refusé d'exercer son leadership pour défendre et améliorer le régime d'assurance-maladie. Le D^r Jack Kitts, président-directeur général du Conseil canadien de la santé a relevé ce problème dans un récent témoignage devant ce comité. En réponse au sénateur Braley qui lui a demandé s'il y avait un chef responsable de l'Accord sur la santé, le D^r Kitts ne put que répondre « nous n'avons pas de chef »⁷.

L'engagement du gouvernement fédéral envers le régime d'assurance-maladie est également remis en question à la suite des récentes propositions visant le démantèlement du Transfert canadien en matière de santé. Au moins un député conservateur et un ancien conseiller demandent publiquement que le gouvernement fédéral se retire complètement du financement des soins de santé – qu'il élimine les transferts et la péréquation et remette plutôt aux provinces les sommes perçues de la

taxe fédérale sur les produits et services⁸. Sans l'apport des transferts fédéraux en espèces, le gouvernement fédéral ne sera pas en mesure de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* ou apporter les améliorations nécessaires à l'accès aux services et à la qualité des services dans le système de soins de santé.

Nous craignons également pour la pérennité des transferts. Le gouvernement conservateur fédéral n'a pris aucun engagement concernant le Transfert social canadien (TSC), de la péréquation ou de la formule de financement des territoires⁹. L'éducation postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux ainsi que le développement de la petite enfance et l'éducation préscolaire et la garde d'enfants, autant de services qui relèvent du TSC, sont déjà sous-financés. Le gouvernement fédéral devrait investir dans les services publics plutôt que de réduire les impôts ; un milliard de dollars de fonds publics dans l'éducation et les soins de santé crée de deux à trois fois plus d'emplois que ce même montant dans les réductions d'impôt sur le revenu des particuliers. L'impulsion à l'économie (mesurée au rythme de l'augmentation du PIB) est également plus forte¹⁰.

Il est troublant de voir que ce comité ait choisi de refuser de donner à la majorité des travailleurs de la santé (par l'entremise de leurs organisations élues, de leurs syndicats) et à de nombreux défenseurs des intérêts publics l'occasion de s'exprimer en tant que témoins à cette étude du Sénat. Nos organisations représentent des centaines de milliers de Canadiens qui ont une expérience directe de la santé en tant que fournisseurs et bénéficiaires de soins. Vous risquez de perdre la possibilité de discuter avec des travailleurs de première ligne et des défenseurs des droits des patients et d'avoir une perspective unique du Plan décennal et des nouvelles voies à suivre.

Recommandation 1

Que le gouvernement fédéral négocie un nouveau Plan décennal (Accord sur la santé) avec les provinces et les territoires et qu'il prévoit un financement stable et approprié, y compris une augmentation progressive d'au moins 6 %. Bien que le gouvernement du Québec soit autorisé à conclure une entente séparée, les modalités de l'Accord doivent être appliquées uniformément à l'échelle du Canada.

Recommandation 2

Que le financement de l'Accord sur la santé ne soit pas effectué au détriment du Transfert social canadien ou du financement de la péréquation.

Recommandation 3

Que le gouvernement fédéral corrige les lacunes pour ce qui est de la surveillance, la reddition de comptes et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Recommandation 4

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie invite les syndicats de la santé, la Coalition canadienne de la santé et d'autres organismes importants de la société civile à témoigner à cet examen du Plan décennal.

2. Privatisation

La privatisation des soins de santé s'est accélérée depuis 2008 à tous les niveaux, y compris sur les plans de la rémunération, l'administration, l'infrastructure et la prestation de services. Le gouvernement fédéral fait fi des violations à la *Loi canadienne sur la santé*, encouragé la prestation de services à but lucratif (qu'il présente parfois sous l'euphémisme « diversification des modes de prestation de services »), et il négocie une entente commerciale qui met fondamentalement en cause les programmes de soins de santé actuels et à venir.

Cliniques à but lucratif

Depuis que nous avons dressé le portrait de la situation en 2008, les cliniques à but lucratif ont considérablement augmenté. Cette année-là, la Coalition de la santé de l'Ontario a relevé 42 cliniques privées d'imagerie par résonance magnétique et de tomographie, 72 hôpitaux chirurgicaux (cliniques) et 16 cliniques médicales privées qui offrent des soins de santé médicalement nécessaires¹¹.

Aucun processus fédéral n'a été mis en place pour la surveillance de la croissance dans la prestation de services de santé privés à but lucratif, en dépit des exigences de la *Loi canadienne sur la santé* à cet égard. Néanmoins, il est possible de dresser un tableau qui illustre l'importante croissance des cliniques privées dont la vaste majorité est à but lucratif :

- Un article récent dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* estime qu'il existe 300 cliniques privées au Québec et que leur taille augmente, se transformant en de mini-hôpitaux¹².
- Une récente étude de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sur les pratiques dangereuses dans une clinique d'endoscopie d'Ottawa a permis de constater qu'il existe 270 cliniques de chirurgie privées en Ontario¹³.
- En mars 2011, les services de santé de l'Alberta (Alberta Health Services) ont passé des marchés pour 2 140 chirurgies de la cataracte. Mille quatre cents autres chirurgies ont été effectuées en mai 2011 et, de ce nombre, une centaine seulement ont été réalisées dans des hôpitaux publics¹⁴. L'Alberta figurait déjà comme chef de file de la sous-traitance des traitements hospitaliers.

- En Saskatchewan, la Regina Qu'Appelle Health Region a confié 570 chirurgies en sous-traitance au centre Omni Surgery entre le mois d'août 2010 et le mois de juillet 2011 ; la région de Saskatoon a confié 673 chirurgies en sous-traitance à une autre clinique, le Surgicentre, entre le mois d'octobre 2010 et le mois de juillet 2011.

Le financement fondé sur les activités (FFA), qui est en fait une forme de financement de la rémunération à l'acte, menace l'accélération du virage vers la prestation de services de soins de santé à but lucratif. Il n'existe pas de preuve flagrante que le financement fondé sur les activités améliore le rendement du système de soins de santé¹⁵, réduise le temps d'attente, ou permette de faire des économies¹⁶. En fait, il a été démontré qu'il peut avoir des conséquences négatives. D'après une recherche sur les chirurgies de la cataracte, le FFA favoriserait les traitements excessifs¹⁷. Les médecins du Royaume-Uni disent que le FFA tend à promouvoir « l'écémage » dans les cliniques à but lucratif, laissant aux hôpitaux financés publiquement les cas les plus complexes et les plus dispendieux¹⁸, et que cela se traduit par des coûts administratifs plus élevés et par la fragmentation et la déstabilisation du système des soins de santé¹⁹.

Frais modérateurs et surfacturation

Il est de plus en plus fréquent que les fournisseurs contreviennent à la *Loi canadienne sur la santé* et aux lois provinciales sur l'assurance-maladie et le gouvernement fédéral fait très peu pour résoudre le problème, et encore moins pour y mettre fin.

Certaines provinces, et plus spécialement la Colombie-Britannique et le Québec, permettent à des cliniques privées d'être rémunérées pour des services de diagnostic et chirurgicaux médicalement nécessaires. En 2008 seulement, 89 violations potentielles de la *Loi canadienne sur la santé* ont été relevées dans cinq provinces²⁰. Certains médecins contournent l'interdiction des frais modérateurs et de la surfacturation en exigeant des paiements des patients pour des services non assurés, procédés qui favorisent le resquillage et les conflits d'intérêts potentiels. D'autres contournent l'interdiction des frais modérateurs et de la surfacturation en imposant des coûts aux patients pour des services non assurés, ce qui donne lieu à du resquillage et à de potentiels conflits d'intérêts. D'autres encore imposent des honoraires forfaitaires pour de prétendus services « connexes » comme les consultations téléphoniques, les renouvellements d'ordonnance et la préparation de documents – ce qui constitue une violation aux critères d'accessibilité en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*²¹. Ces frais semblent être en hausse²². Plusieurs exemples récents soulèvent des inquiétudes :

- Une étude publiée dans le numéro de février 2011 du *Journal canadien de gastroentérologie* a permis de constater que des frais sont imputés à 31,7 % des patients dans les cliniques privées pour des services de coloscopie²³.
- Des défenseurs des droits des patients préoccupés ainsi que des médecins et des porte-parole de députés en matière de santé du fédéral demandent à Ottawa de prendre des mesures contre le Copeman Healthcare Centre, une clinique de Vancouver et de Calgary qui offre des soins de santé primaires seulement aux

personnes membres de cette clinique²⁴. La vérification du centre Copeman par le gouvernement provincial ne se fondait que sur les politiques de la clinique et n'a pas procédé à une enquête en profondeur sur les plaintes relatives à la surfacturation, ce qui renforce le besoin d'enquêtes plus approfondies et d'une application effective de la *Loi* au niveau fédéral²⁵.

- La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'inquiète de la hausse du nombre de médecins et de cliniques qui tentent de contourner la loi lorsqu'il s'agit de facturer des services assurés aux patients²⁶. La RAMQ a statué en septembre 2011 que trois cliniques avaient contrevenu à la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* en imposant des frais modérateurs pour des services médicalement nécessaires. D'autres cliniques font l'objet d'enquêtes²⁷.
- Le Collège des médecins du Québec fait enquête sur des allégations selon lesquelles les médecins accepteraient des paiements illicites contre l'accès préférentiel accordé à des patients²⁸.

Sous-traitance

Outre la sous-traitance de blocs entiers de diagnostics et de traitements chirurgicaux, les employeurs dans le domaine des soins de santé continuent de confier à la sous-traitance des services de soutien et des soins infirmiers, souvent dans le cadre de projets de services partagés. La sous-traitance des services de soutien et des soins directs aux patients entraîne une réduction de la formation et un taux de roulement plus élevé, ce qui mine la continuité et la qualité des soins²⁹. Nous explorons les problèmes de la sous-traitance du nettoyage au chapitre des infections associés aux soins de santé. La sous-traitance de la blanchisserie, des services alimentaires, de l'administration et d'autres services de soutien – des services de plus en plus souvent confiés à des entreprises multinationales – compromet la qualité et la reddition de comptes et redirige les ressources des soins aux patients au profit des entreprises³⁰. La sous-traitance du travail des auxiliaires de la santé et du personnel infirmier est également en hausse, bien qu'il soit évident que le recours abusif au personnel d'agences de soins infirmiers soit associé à la perturbation des soins et à une augmentation de la détresse chez les patients³¹.

Privatisation et viabilité

Les dépenses liées aux soins de santé privés ainsi qu'au développement d'infrastructures à but lucratif menacent la viabilité du régime d'assurance-santé. Si l'on se fie à la mesure généralement reconnue de la capacité d'une société à payer – son PIB – les coûts associés aux soins de santé en général, et les coûts associés au régime d'assurance-maladie plus particulièrement, ont été remarquablement stables depuis l'introduction du programme au début des années 1970³². Ce qui est insoutenable, c'est la privatisation de la prestation de services, des infrastructures, de l'administration et du financement (les frais d'utilisateur, la taxe d'utilisation, couverture d'assurance publique restreinte et le recours de plus en plus fréquent aux assurances privées).

La proportion des dépenses en soins de santé privés par rapport aux dépenses totales en soins de santé publics est actuellement autour de 30 %, soit l'une des plus élevées parmi les pays de l'OCDE. De ces dépenses, l'assurance privée augmente plus rapidement que toute autre source de financement. De 1988 à 2009, les dépenses par habitant relatives à l'assurance maladie privée ont augmenté de 139,40 \$ à 847,90 \$³³. Le Canada est également en haut de l'échelle en ce qui a trait à sa dépendance des sociétés d'assurance privée pour les coûts liés aux soins de santé. Les dépenses que doivent assumer les patients représentent 15 % des dépenses totales en soins de santé au Canada, comparativement à 12 % aux États-Unis, 7 % en France, et seulement 5,5 % aux Pays-Bas³⁴.

Les deux plus importants moteurs de l'accroissement des dépenses en soins de santé publics sont dominés par des facteurs qui touchent le secteur privé, soit les médicaments d'ordonnance et les salaires des médecins. Les médicaments d'ordonnance ont augmenté par rapport aux dépenses liées au régime d'assurance-maladie, passant de 2 % à 9 % depuis 1975. Ils représentent à eux seuls le quart de la hausse des coûts liés aux soins de santé par rapport au PIB depuis 1975. Les salaires des médecins n'ont que légèrement augmenté par rapport aux coûts liés aux soins de santé au cours des 35 dernières années, mais comme ils représentent 20 % des coûts totaux, cette hausse a beaucoup d'impact sur les coûts liés aux soins de santé³⁵.

Comme nous le verrons plus tard dans ce mémoire, les partenariats public-privé et les établissements privés à but lucratif œuvrant dans le domaine des soins de santé de longue durée entraînent une hausse des coûts globaux plus élevés. La clé du contrôle des coûts et de l'amélioration de la qualité du système de soins de santé réside dans le transfert des coûts et du contrôle des soins de santé du secteur privé au secteur public.

Recommandation 5

Que le gouvernement fédéral adopte un règlement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* par lequel les provinces et les territoires seraient tenus de divulguer annuellement le nombre d'établissements privés à but lucratif, le nombre de services offerts et les montants d'argent qu'elles reçoivent ; que cette information soit présentée dans un rapport annuel au Parlement, et que le gouvernement fédéral adopte un règlement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* afin que les transferts fédéraux ne soient utilisés que pour les services de santé sans but lucratif.

Partenariats public-privé

Les ententes partenariats public-privé (PPP) sont poursuivies malgré l'accumulation de preuves à l'effet qu'ils coûtent plus cher et assurent des services de qualité inférieure à celle des établissements construits, financés et exploités par le public³⁶. Il existe maintenant 48 hôpitaux construits ou en construction en PPP dans quatre provinces. Les gouvernements sont également en train de construire et de rénover des établissements de soins de longue durée en PPP.

Les hôpitaux en PPP sont plus dispendieux, affichant un désavantage de l'ordre de 83 % sur le plan du financement par rapport au secteur privé³⁷. Au Royaume-Uni, les initiatives de financement privées (les IFP sont l'équivalent des PPP) ont laissé les contribuables avec un énorme fardeau associé à la montée en flèche des coûts qui échappe à tout contrôle et le bureau de vérification national du Royaume-Uni a fait une mise en garde contre le recours aux IFP pour la construction des écoles et des hôpitaux³⁸. Bien que les hôpitaux en PPP soient plus coûteux, ils offrent souvent un nombre moins élevé de lits et une qualité de services inférieure³⁹.

De plus, les PPP affaiblissent la reddition de comptes, fragmentent le système de soins de santé et ouvrent la voie à un système de santé à deux vitesses. La culture du secret allant de pair avec les ententes de PPP empêche la comptabilisation appropriée des sommes consacrées aux soins de santé publics et elle est à l'origine de la difficulté de surveiller la conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*. Les contrats hospitaliers en PPP permettent généralement aux entreprises d'établir des cliniques et d'offrir divers services dans les établissements, augmentant du coup considérablement les risques associés à l'écrémage, l'accès sans recommandation, les pots-de-vin et les conflits d'intérêt chez les fournisseurs de soins de santé qui tirent des avantages des deux régimes. Ces risques d'abus sont beaucoup plus élevés compte tenu du manque de transparence typique de ces régimes contractuels et de tenure à bail complexes⁴⁰.

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle direct de premier plan dans le financement des infrastructures de soins de santé⁴¹. Compte tenu du contexte économique actuel, le gouvernement fédéral devrait investir dans les hôpitaux publics et les soins de longue durée en ayant recours au financement et à la prestation de services publics plutôt que par l'établissement de PPP. Chaque dollar investi dans les infrastructures publiques permet aux entreprises d'épargner 0,17 \$ par année et elles peuvent bénéficier d'autres avantages sociaux; ainsi, un milliard de dollars d'investissement public dans les infrastructures crée deux fois plus d'emplois et une augmentation de la croissance du PIB deux fois plus élevée par rapport à celle qui aurait été enregistrée si ce même montant avait été consenti à des réductions d'impôt sur le revenu des particuliers⁴².

Recommandation 6

Que le gouvernement fédéral demande au vérificateur général du Canada d'enquêter immédiatement sur la hausse des coûts pour les contribuables et sur l'érosion de la qualité des services associée aux partenariats public-privé.

Recommandation 7

Que le gouvernement fédéral crée un fonds d'infrastructure pour la construction et la réfection des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée assorti d'une disposition par laquelle la propriété, le contrôle, la gestion et l'exploitation des établissements, de l'équipement et des services seront publics et sans but lucratif.

Temps d'attente

Les temps d'attente ont été réduits dans les cinq secteurs cliniques ciblés dans l'Accord (cancer, maladies coronariennes, diagnostics par imagerie, remplacement d'articulations et restauration de la vision). Les chiffres globaux montrent les progrès réalisés dans l'ensemble : huit Canadiens sur dix sont traités dans le respect des normes pancanadiennes établies en 2001, mais les temps d'attente varient selon le traitement et selon l'hôpital⁴³.

Les initiatives visant les temps d'attente nous inquiètent, car plusieurs provinces ont profité du problème pour justifier la sous-traitance, même s'il est évident que les fournisseurs de soins de santé à but lucratif augmentent les délais d'attente dans le système de santé public, qu'ils coûtent plus cher et qu'ils donnent de moins bons résultats⁴⁴. Les établissements à but lucratif privent notre système de santé public de précieuses ressources humaines et financières⁴⁵, en plus de prolonger les temps d'attente⁴⁶. D'après une analyse préliminaire des traitements chirurgicaux confiés en sous-traitance dans la Regina Qu'Appelle Health Authority, le nombre total d'interventions chirurgicales a diminué de 2 % après que l'autorité régionale de la santé eut conclu un marché avec une clinique à but lucratif⁴⁷.

Nos réussites sont liées à l'expansion et aux améliorations du système de santé à but non lucratif⁴⁸. Nous sommes d'accord avec le rapport d'étape du Conseil canadien de la santé sur les temps d'attente : « en poursuivant des efforts coordonnés et en renforçant l'utilisation d'outils de gestion efficaces, la question des temps d'attente pourra être résolue avec succès conformément aux accords sur la santé⁴⁹. » La Commission Romanow a tiré la conclusion suivante : « Les solutions, toutefois, ne viendront pas du secteur privé. Les gouvernements doivent plutôt les chercher à l'intérieur du système public et s'assurer que les services ont des ressources adéquates et qu'ils sont accessibles à tous⁵⁰. »

Recommandation 8

Que le gouvernement fédéral encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à adopter des solutions du secteur public afin de réduire les temps d'attente qui, entre autres choses, permettraient de :

- regrouper les listes et mieux les gérer ;
- utiliser pleinement les salles d'opération dans les hôpitaux ;
- donner plus d'importance au travail d'équipe et à la gestion de cas ;
- développer les soins de santé primaire et les soins continus ;
- résoudre les problèmes de recrutement et de rétention.

Accord économique et commercial global

Les négociations pour un accord économique et commercial global (AECG) qui ont actuellement cours entre le Canada et l'Union européenne mettent en péril la capacité des gouvernements canadiens à donner de l'expansion au régime d'assurance-maladie et à le protéger contre de nouvelles privatisations⁵¹. En fait, les dispositions actuelles de l'ALENA qui exemptent les soins de santé pourraient être affaiblies par les dispositions visant l'approvisionnement, les services et l'investissement en vertu de l'AECG⁵².

Compte tenu du discours actuel sur l'expansion du régime d'assurance-maladie aux soins continus et aux médicaments, il est crucial que le gouvernement se tienne debout au nom des intérêts canadiens et non des intérêts des entreprises et qu'il assure la protection de l'assurance maladie dans sa forme actuelle et future.

Recommandation 9

Que le gouvernement fédéral négocie une nouvelle exemption modelée sur l'exemption culturelle des récentes ententes bilatérales canadiennes, selon laquelle aucune disposition de l'accord économique et commercial global (AECG) touchant les soins de santé ou le régime d'assurance-maladie public ne devra être interprétée comme étant applicable à des mesures adoptées ou maintenues par un parti.

3. Infections associées aux soins de santé

La sécurité des patients est une des questions abordées dans le Plan décennal. En ce qui a trait aux infections associées aux soins de santé (IASS), une préoccupation prioritaire pour la sécurité des patients, le Canada ne fait pas bonne figure. D'après un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, publié en 2011, le Canada occupe le deuxième rang, parmi les pays industrialisés, quant au taux de prévalence élevé d'IASS soit 11,6 %, un taux beaucoup plus élevé que le taux groupé de 7,6 %⁵³. Le seul pays industrialisé ayant un taux plus élevé est la Nouvelle-Zélande où, comme au Canada, le taux d'occupation dans les hôpitaux est très élevé.

Chaque année, au Canada, plus de 22 000 infections nosocomiales sont responsables de 8 000 à 12 000 décès⁵⁴. Au moins 30 % de ces infections auraient pu être prévenues⁵⁵. La hausse des taux d'infection mène à des niveaux plus élevés de morbidité et de mortalité et entraîne la prolongation de séjours hospitaliers, des coûts de soins de santé et l'institutionnalisation⁵⁶. Au Canada, les coûts directs des infections nosocomiales sont estimés à un milliard de dollars, annuellement. À ces coûts d'ajoutent ceux qui incombent aux patients et aux soignants bénévoles, ainsi que les coûts des programmes de soins à domicile ou communautaires.

Il y a des preuves significatives et solides voulant que la réduction du personnel et le recours à la sous-traitance pour le nettoyage contribuent à l'augmentation des taux d'infection^{57 58} et, lors d'un récent témoignage devant ce comité, Dr Michael Schull de l'Institut de recherche en services de santé a reconnu le rôle des réductions du personnel de nettoyage :

« Les compressions [financières] dans les années 1990 ont certainement un lien avec la décision de réduire le personnel de soutien parce qu'il ne faisait pas partie des priorités et qu'il fallait faire des compressions. Je crois que nous savons maintenant que c'était une erreur et nous commençons à réinvestir dans ces services de base⁵⁹. » [trad.]

La sous-traitance mène à des réductions des effectifs, des taux élevés de roulement de personnel, une diminution de la formation et une division entre les services cliniques et les services de soutien⁶⁰. Le vérificateur de l'Écosse a constaté que les hôpitaux qui choisissaient la sous-traitance, au lieu d'un service interne de nettoyage, consacraient moins d'heures à l'entretien, faisaient moins de surveillance et de supervision, une plus utilisation de personnel d'appoint et avaient de moins bons résultats en matière de propreté⁶¹. Le ministère britannique de la Santé a constaté que 15 des 20 « pires » groupes du service national de la santé (National Health Service (NHS)) responsables de la propreté avaient confié le nettoyage en sous-traitance⁶². En 2008, les gouvernements écossais et gallois ont annoncé des plans pour ramener les services de nettoyage à l'intérieur des établissements de santé⁶³.

L'investissement dans des programmes rigoureux de nettoyage dans les hôpitaux et l'assurance que les services de nettoyage sont perçus comme partie intégrante de

l'équipe de contrôle des infections sont deux étapes cruciales qui ont fait leur preuve dans la réduction des taux d'IASS⁶⁴. Dans une étude britannique, des chercheurs constatent que 90 % des chambres déclarées propres présentaient des niveaux inacceptables de microorganismes lors de tests microbiologiques⁶⁵.

Un élément du problème tient au fait que les hôpitaux canadiens sont dangereusement surpeuplés. Partout au Canada, le nombre de lits d'hôpitaux a été réduit de 36 %, de 1998 à 2002⁶⁶, et maintenant, le Canada présente le taux d'occupation le plus élevé parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Le nombre de lits d'hôpitaux au Canada (par rapport à la population) correspondait aux deux tiers de ceux de la moyenne des autres pays de l'OCDE, en 2008, soit 3,3 lits pour mille habitants, alors que la moyenne est de 5,1 pour les pays de l'OCDE⁶⁷. Les taux d'occupation en Ontario, par exemple, atteignent un niveau dangereusement élevé de 97,9 %⁶⁸. Dr Gardam et d'autres spécialistes du contrôle des infections ont fait remarquer que « les taux d'occupation peuvent grimper au-delà de 100 %; les patients se retrouvent alors dans les salons et les corridors⁶⁹. » La recherche menée au Royaume-Uni démontre que les hôpitaux où l'occupation est supérieure à 90 % ont des taux de SARM 10 % plus élevés que les hôpitaux où le taux d'occupation est inférieur à 85 %⁷⁰.

Le Canada n'a pas de solides mécanismes de déclaration obligatoire. Il y a deux importantes lacunes dans les données pancanadiennes sur les IASS. Premièrement, il n'y a pas de norme de déclaration des IASS. Le Conseil canadien de la santé a critiqué la « déclaration incohérente d'événements négatifs », en général⁷¹, et invité les experts en santé publique à demander la déclaration obligatoire des taux d'IASS partout au Canada⁷².

Deuxièmement, nous avons très peu de données pancanadiennes sur le nettoyage dans les établissements de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé ignore les services de nettoyage et les travailleurs dans ses rapports sur les dépenses et la santé des ressources humaines – même dans un rapport sur les IASS⁷³. Statistique Canada fait un suivi inadéquat des services de nettoyage et des autres services auxiliaires de soins de santé; en fait, il y a une représentation erronée de la nature du nettoyage dans les établissements de santé en raison de la catégorisation des services de nettoyage privatisés dans la section des services d'accueil du Code national des professions, masquant ainsi les différences importantes entre le travail dans le domaine des soins de santé et le travail dans le domaine de l'accueil⁷⁴.

Les initiatives, fragmentées et minimes, du gouvernement fédéral en matière d'IASS, font contrastes aux mesures réglementaires adoptées par le gouvernement britannique⁷⁵ et elles ne parviennent pas à faire respecter nos obligations associées aux normes mondiales de gouvernance en santé⁷⁶. De solides normes pancanadiennes et des mécanismes de mise en application doivent être instaurés pour renverser la tendance de ces infections mortelles.

Recommandation 10

Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en œuvre une stratégie sur les infections associées aux soins de santé (IASS), dotée d'un financement substantiel et dédié visant à augmenter le nombre de services de nettoyage internes, à mettre en place des mesures strictes de contrôle des infections et des normes de nettoyage microbiologique, des taux maximums sécuritaires d'occupation dans les hôpitaux et la déclaration publique obligatoire des taux d'IASS et des décès attribuables aux IASS.

4. Soins continus

Bien que le Plan décennal offrait certains progrès en étendant la couverture au premier dollar à certains soins à court terme et de fin de vie, les dispositions étaient trop modestes et elles renforçaient l'accent croissant mis sur les soins médicaux au détriment de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Les soins de longue durée (SLD) en résidence n'étaient pas mentionnés, en dépit du besoin urgent d'accès et d'améliorations de la qualité dans ce domaine.

Les soins continus ont récemment pris l'avant-scène en raison de préoccupations relatives au financement des soins de santé, aux tendances démographiques et, maintenant, au renouvellement de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé. Souvent, les discussions ne portent pas sur des enjeux critiques comme la pénurie d'effectifs et la privatisation et, au palier fédéral, les soins en résidence sont souvent négligés. Bien que le vieillissement de la population canadienne ne représente pas un « problème » de pérennité, comme les critiques de l'assurance-maladie le suggèrent⁷⁷, il faut comprendre que la demande de soins continus augmentera. Nous proposons une politique comportant trois orientations : créer un programme pancanadien de soins continus, améliorer la qualité et renverser la privatisation.

Au Canada, les soins continus sont caractérisés par un accès inégal et des problèmes de qualité grandement attribuables à des déficiences en matière de financement public et de réglementation, à la participation d'entreprises commerciales et à l'exclusion de ces soins du programme d'assurance-maladie. Les programmes sont un assemblage présentant des variantes provinciales en termes de la disponibilité des services, de la part de financement public, des critères d'admissibilité et des coûts défrayés par les résidents-clients. Au cours de la dernière décennie, la plupart des provinces ont réduit le nombre de lits pour les soins de longue durée dans une proportion qui ne respecte pas la part de la population des personnes âgées, sans améliorer l'offre de soins à domicile ou communautaires, ou sans augmenter convenablement le personnel pour refléter les besoins aigus des résidents restants. En conséquence, les soins sont souvent sous financés et rendus de façon précipitée, les conditions de travail mènent à une piètre qualité de soins et de vie pour les résidents-clients. Il y a un accès à deux

voies. La privatisation à tous les niveaux – financement, propriété, gestion et prestation – aggrave les problèmes de qualité et d'accès⁷⁸.

La participation d'entreprises commerciales augmente alors que les gouvernements accordent de nouveaux contrats aux fournisseurs à but lucratif, augmentent le plafond des frais personnels et subventionnent les résidences privées offrant des soins et les maisons de retraite, malgré les preuves d'effets négatifs. Un nombre croissant de preuves empiriques, y compris deux études systématiques⁷⁹, ont démontré que les établissements de soins de longue durée à but lucratif étaient associés à une moins bonne qualité des soins et de moins bons résultats quant à la santé des résidents. De plus, les résidents des établissements de SLD à but lucratif, dans la majorité des provinces, doivent défrayer davantage, personnellement (de leurs poches ou par le biais d'assurance privée), pour des services et des produits⁸⁰.

Les problèmes de qualité des SLD en résidence sont une préoccupation majeure pour les décideurs, les universitaires, les résidents, les travailleurs et le public,⁸¹ et malgré le fait que plusieurs facteurs contribuent à l'état de la situation, les recherches concluent que le personnel est l'élément déterminant. Plusieurs articles percutants décrivent le lien entre les effectifs et l'amélioration de la qualité des soins et de la santé des résidents. Plusieurs études ont démontré que les établissements ayant plus de personnel ont un meilleur rendement pour certaines mesures de qualité et de résultats⁸², par exemple, les taux de plaies de pression⁸³, la perte de poids⁸⁴, la nutrition et l'hydratation⁸⁵, l'utilisation de mesures de contention⁸⁶ et le non-respect des normes de soins⁸⁷. Il n'existe pas de données pancanadiennes fiables sur le personnel des établissements de SLD, mais les données provinciales disponibles indiquent de graves lacunes, ce qui nous place bien en deçà des seuils minimums de sécurité établis dans l'étude repère commandée par le Congrès américain⁸⁸.

Les soins à domicile au Canada sont également caractérisés par des problèmes d'accès et de qualité. Il y a eu de modestes nouveaux investissements en soins à domicile et dans la communauté dans toutes les provinces⁸⁹, mais les progrès sont inégaux⁹⁰ et les besoins sont nettement insatisfaits⁹¹. En Ontario seulement, 10 000 personnes sont sur une liste d'attente de services de soins à domiciles non infirmiers, et l'attente peut aller jusqu'à 262 jours⁹². Les conditions de travail sont marquées par l'insécurité d'emploi, de bas salaires⁹³ et des taux élevés de blessures – toutes ont un effet négatif sur la qualité des soins.

Au fil du temps, il y a eu un virage vers des services de santé plus spécialisés dans les maisons de soins, souvent pour remplacer les soins hospitaliers, et de moins en moins de promotion de la santé et de prévention de la maladie⁹⁴. Les services d'entretien, de préparation des repas et d'autres types de soutien à domicile restent nettement sous-financés.

Les soins à domiciles sont encore plus souvent privatisés que les soins de longue durée en résidence, ce qui a un effet négatif sur les clients et détourne les soins directs au patient vers les entreprises à but lucratif. En Ontario, les fournisseurs à but lucratif, qui comptaient pour 18 % de tous les fournisseurs en 1995, représentaient 58 % en

2010⁹⁵, et les appels d'offres concurrentiels mènent à des réductions de services, freinent la coopération et entraînent un gonflement des coûts administratifs⁹⁶, ainsi qu'un taux de roulement de personnel approchant 60 %⁹⁷.

Le Canada a besoin d'une stratégie complète, qui ne s'appuie pas sur la rhétorique de « proximité » pour cacher les compressions ou pour opposer « domicile » et « établissement ». Au lieu d'un soutien accru aux personnes âgées et aux personnes ayant des incapacités ou une maladie chronique, la restructuration des soins de santé a, en général, mené à alourdir le fardeau – un transfert de responsabilité et de coût vers les travailleurs sous-payés, les soignants bénévoles et les résidents-clients eux-mêmes. Il a eu un transfert inapproprié de patients provenant des hôpitaux et des établissements de soins en santé mentale vers les établissements de SLD. Le rationnement des SLD en résidence a entraîné un transfert vers les programmes de santé à domicile et communautaires déjà grevés. À chaque étape, le fardeau des soignants non payés augmente, et les salaires et les conditions de travail des soignants rémunérés se détériorent⁹⁸.

Nous avons besoin d'un programme fédéral de soins continus, et ce programme devrait être financé à même le revenu fiscal général. Le regroupement des risques, en finançant un programme de soins continus à partir du revenu général, est plus efficace et équitable que toute autre option proposée récemment, comme l'assurance sociale, les régimes d'épargne enregistrés, les comptes d'épargne santé et les congés fiscaux pour l'assurance privée. Les SLD financés à même le revenu général offrent des avantages par rapport au financement de l'assurance sociale, y compris l'aspect progressif, un meilleur contrôle des coûts et de moindres coûts administratifs⁹⁹. Les régimes d'aide fiscale à l'épargne-retraite sont avantageux pour ceux qui ont les moyens d'investir (un nombre petit et décroissant) et le gouvernement se retrouve donc avec un revenu moindre pour les programmes visant l'ensemble de la population¹⁰⁰. Plusieurs preuves viennent mettre en doute les bienfaits des comptes d'épargne santé¹⁰¹ et de l'assurance privée¹⁰². Nous n'aurons pas de choix de payer les soins continus d'une façon ou d'une autre : il s'agirait de choisir de le faire d'une manière juste socialement et prudente économiquement.

Il est possible, financièrement, d'intégrer les soins continus à l'assurance-maladie et il y a une demande croissante d'implication du gouvernement fédéral, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Parlement. En ce qui a trait au financement, le gouvernement fédéral pourrait faire des choix qui lui donneraient une grande capacité fiscale d'augmentation des transferts en santé¹⁰³ en mettant tout simplement fin à la dernière ronde de réductions fiscales offertes aux entreprises, le trésor public pourrait recueillir 20 milliards de dollars en cinq ans¹⁰⁴. Une majorité de Canadiens sont prêts à payer plus d'impôts pour les soins de santé¹⁰⁵.

Nous pouvons également observer ce qui se passe au-delà de nos frontières, et nous en inspirer. Actuellement, le Canada accuse un retard par rapport à plusieurs pays développés¹⁰⁶. Les pays européens nordiques ont depuis longtemps des programmes publics de soins continus, complets, universels et financés par les impôts. D'autres

pays ont mis sur pied d'importants programmes publics au cours de la dernière décennie, plus particulièrement l'Écosse, l'Allemagne et le Japon. Par rapport au Canada, les autres pays développés offrent un encadrement réglementaire plus vaste, assurent le suivi et présentent des rapports publics sur la qualité des SLD¹⁰⁷.

Des effectifs en nombre suffisant pour garantir la sécurité et le recours à des entreprises sans but lucratif sont deux des plus importants déterminants de la qualité des soins et doivent être intégrés au cadre réglementaire. Le gouvernement fédéral a le droit d'établir ces types de conditions pour les transferts fédéraux. Si on prend l'exemple du projet de loi C-303, *Loi sur l'apprentissage et la garde de jeunes enfants*, les conservateurs ont voté contre en 2007, mais la *Loi* avait l'appui des trois partis d'opposition et a passé l'examen minutieux des avocats de la Justice à l'étape du comité. Ce projet menait non seulement à la création d'un nouveau programme social, mais liait également le financement fédéral à la prestation de services sans but lucratif (avec la protection des droits acquis pour les fournisseurs à but lucratif) et des normes de qualité, y compris le nombre d'enfants par éducateur-gardien.

Recommandation 11

Que le gouvernement fédéral étende l'assurance-maladie aux soins continus (soins à domicile ou communautaires et soins en résidence), encadrés par des normes réglementées et dotés d'un financement dédié pris à même le revenu général. Le cadre réglementaire devrait comprendre les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, auxquelles s'ajouteraient des normes minimales d'effectifs et l'abandon progressif du recours à des fournisseurs à but lucratif.

5. Soins primaires

Le Plan décennal établit l'objectif de donner à 50 % des Canadiens un accès en tout temps à des équipes multidisciplinaires en 2011. Cet objectif n'a pas été atteint. Le Conseil canadien de la santé rapporte que le système des soins de santé primaires au Canada est en retard sur ceux des pays industrialisés similaires en termes de soins en dehors des heures habituelles, de temps d'attente, de gestion des malades chroniques, de santé mentale, d'amélioration de la qualité et de dossiers médicaux électroniques¹⁰⁸. En 2009, seulement 32 % des Canadiens ont dit avoir accès à plus d'un fournisseur de soins de santé primaires¹⁰⁹. Le sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé note également d'importants obstacles aux soins de santé primaires, particulièrement pour les soins après les heures d'ouverture, les rendez-vous le jour même et l'accès rapide à des spécialistes¹¹⁰.

Tel qu'il est indiqué dans ce rapport du comité, en juin 2009¹¹¹, l'état de santé est influencé par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux ; il faut adopter une approche holistique pour résoudre les disparités découlant des inégalités sociales. Le Conseil de la santé estime que les écarts de revenu représentent jusqu'à 20 % des dépenses totales en santé¹¹². Le sondage du Fonds du Commonwealth a révélé des

inégalités inquiétantes, entre les Canadiens ayant un revenu faible et les Canadiens ayant un revenu élevé, en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé :

- 9 % des Canadiens ayant les revenus les plus faibles déclarent ne pas consulter un médecin en raison des coûts, comparativement à 1 % des Canadiens ayant les revenus les plus élevés.
- 10 % des Canadiens ayant les revenus les plus faibles déclarent se passer d'un examen ou d'un traitement médical en raison des coûts, comparativement à seulement 3 % de ceux ayant les revenus les plus faibles¹¹³.

Les avantages des soins multidisciplinaires sont bien documentés, particulièrement pour les personnes souffrant d'une maladie chronique. Le modèle des centres de soins de santé communautaires, où les médecins, infirmières, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et autres prestataires collaborent, offre une excellente solution pour la prestation de soins de santé primaires coordonnés¹¹⁴.

Pour réaliser les objectifs du Plan décennal pour améliorer l'état de santé des Canadiens et résoudre les inégalités latentes qui influencent l'état de santé, nous avons besoin d'un système de soins de santé primaires dans lequel des programmes répondant aux besoins de la communauté sont intégrés dans le « système » de soins de santé primaires de chaque communauté canadienne¹¹⁵.

Recommandation 12

Que le gouvernement fédéral établisse des normes et fournisse des ressources ciblées pour la réforme des soins de santé primaires, y compris un accès étendu aux centres de soins de santé communautaires et une priorité accordée aux personnes, familles et communautés ayant les plus grands besoins.

6. Santé des Autochtones

Dans le Plan décennal, le gouvernement fédéral s'est engagé à améliorer l'accès aux soins de santé pour les peuples du Nord et les Autochtones à plus grande échelle. Après la rencontre des premiers ministres et des chefs Autochtones, en septembre 2004, le gouvernement fédéral a annoncé la création du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, doté d'un financement de 200 millions de dollars pour cinq ans. Puis, en novembre 2005, après une conférence à Kelowna, le gouvernement s'est engagé à verser 5 milliards de dollars, sur cinq ans, pour améliorer les soins de santé, le logement, le développement économique et l'éducation, en promettant d'utiliser le Plan directeur de la santé des Autochtones. Bien que le gouvernement conservateur ait promis, en 2006, dans son premier budget, d'atteindre les objectifs de l'entente de Kelowna, il n'y a pas eu de progrès. Aucun des investissements des récents budgets fédéraux ne s'est approché du niveau de financement et du type de programmes envisagés dans l'Accord de Kelowna.

En 2008, puis à nouveau en 2010, le Conseil canadien sur la santé concluait que le gouvernement fédéral n'avait pas exprimé clairement ses intentions quant à la mise en œuvre du Plan directeur de la santé des Autochtones et de l'Accord de Kelowna¹¹⁶. En juin 2010, la vérificatrice générale rapportait qu'en « dépit des nombreux efforts déployés par le gouvernement fédéral pour donner suite à nos recommandations et améliorer les programmes destinés aux Premières Nations, nous constatons que la qualité de vie et le bien-être des personnes vivant dans les réserves ne sont pas améliorés¹¹⁷. »

Les disparités sociales et économiques et à l'égard de la santé entre les Autochtones et les autres Canadiens sont inacceptables, importantes et, dans certains cas, croissantes. Le taux de mortalité infantile et les taux de maladies chroniques sont plus élevés et l'espérance de vie est plus courte chez les peuples Autochtones que chez les peuples non Autochtones¹¹⁸. À ce propos, l'Association canadienne pour la santé mentale déclarait que les peuples Autochtones sont plus susceptibles de se retrouver en situation de malnutrition, de logements et de conditions sanitaires en deçà des normes, de chômage et de pauvreté, de discrimination et de racisme; tous ces facteurs sont importants pour le maintien de la santé et du bien-être¹¹⁹.

Pour les femmes Autochtones, les embûches sont nombreuses en ce qui a trait à l'accès aux soins : des problèmes liés à la distance et aux coûts de transport, la pénurie de travailleurs en soins de santé qualifiés, des services de soins de santé généraux et spécialisés insuffisants dans leurs communautés, l'absence de consultation pour l'élaboration de programme et l'absence de soins adaptés à la culture¹²⁰.

Les communautés Autochtones doivent endurer les pires conditions au Canada en ce qui a trait à la qualité de l'eau. L'Évaluation technique nationale, publiée par le gouvernement fédéral en juillet 2011, concluait que 73 % des réseaux d'alimentation en eau potable des Premières Nations présentaient des risques, que 118 communautés des Premières Nations faisaient encore l'objet d'un avis de faire bouillir l'eau et qu'il était nécessaire d'investir 6,578 milliards de dollars dans les infrastructures¹²¹. L'Organisation des Nations unies affirmait, en 2002, que l'accès à l'eau potable est un droit humain universel¹²². Le juge Dennis O'Connor, dans le Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton, a pressé le gouvernement fédéral de travailler avec les Premières Nations à adopter officiellement, pour les réserves, des normes de qualité de l'eau qui sont égales ou supérieures aux normes respectées ailleurs et de rendre ces normes obligatoires par la loi¹²³.

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) a un besoin urgent de nouveaux investissements. Il y aura une augmentation de 9,7% de la population admissible au programme en vertu de la *Loi sur les Indiens*. De plus, l'Assemblée des Premières Nations estime qu'il est nécessaire d'augmenter les fonds de 6,3 % à 9,3 % dans certains domaines de prestations en raison de l'augmentation de la clientèle, de l'inflation, des changements survenus dans l'utilisation des services de santé et l'état de santé et des effets des modifications technologiques. Si aucune mesure n'est prise pour circonscrire cette crise de financement, les enfants, les adultes et les aînés des

Premières Nations devront livrer une rude bataille pour avoir accès à des services de santé de base¹²⁴.

Les programmes de soins de santé destinés aux communautés Autochtones sont caractérisés par le manque de services et le manque de financement prévisible et stable. Comme le fait remarquer le Conseil canadien sur la santé, « si le Canada aspire à réduire les inacceptables disparités observées entre l'état de santé des Autochtones et celle des autres Canadiens, l'une des solutions tangibles pour y parvenir serait de prolonger les programmes qui obtiennent de bons résultats et de les accompagner d'un financement pluriannuel stable¹²⁵. »

Recommandation 13

Que le gouvernement fédéral implique les organisations Autochtones dans les négociations avec les premiers ministres sur le renouvellement de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé; qu'il respecte les objectifs de l'Accord de Kelowna; qu'il mette en œuvre les recommandations de l'Évaluation technique nationale; qu'il adopte des normes plus élevées pour la qualité de l'eau dans les réserves et qu'il fasse de nouveaux investissements dans le Programme des services de santé non assurés (SSNA).

7. Médicaments d'ordonnance

Le gouvernement n'a pas respecté son engagement du Plan décennal d'établir la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Pour les Canadiens, les effets sont désastreux :

- Près de huit millions de Canadiens n'ont pas d'assurances pour les médicaments d'ordonnance¹²⁶ et un Canadien sur dix déclare « ne pas avoir fait exécuter une ordonnance, ou ne pas avoir pris une dose, en raison du coût¹²⁷. »
- L'utilisation inappropriée de produits pharmaceutiques continue à être une importante cause de décès au Canada¹²⁸.
- Les médicaments arrivent au deuxième rang des dépenses en soins de santé¹²⁹ et le coût des médicaments augmente en flèche¹³⁰.
- Les médicaments sous ordonnance au Canada sont 30 % plus chers que la moyenne internationale¹³¹.
- Santé Canada a ébauché un projet de loi qui affaiblit la réglementation sur la sécurité des médicaments et accélère l'approbation des médicaments.
- Le gouvernement fédéral encourage l'exécution inappropriée d'ordonnance en

permettant la publicité illégale directe et la promotion indiquée sur l'étiquette et en continuant à permettre aux sociétés pharmaceutiques de régir leur propre mise en marché¹³².

Une étude percutante, publiée en 2010, démontre qu'un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait aux Canadiens d'économiser jusqu'à 10,7 milliards de dollars par année¹³³. Plusieurs pays, dont la France, la Grande-Bretagne, la Suède, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont mis en place des programmes universels d'assurance-médicaments et, en conséquence, paient leurs médicaments moins chers que le Canada¹³⁴. Choissant la direction opposée, le gouvernement canadien négocie, avec l'Union européenne, une entente qui pourrait mener à une augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance de 2,8 milliards de dollars¹³⁵.

Le leadership fédéral est essentiel pour garantir l'accès universel, sûr et approprié aux médicaments d'ordonnance, et un bon rapport qualité-prix.

Recommandation 14

Que le gouvernement fédéral commence immédiatement à travailler avec les autres gouvernements du Canada à mettre en œuvre la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, comme convenu dans l'Accord de 2004 sur le renouvellement des soins de santé.

Recommandation 15

Que le gouvernement fédéral établisse un programme national d'assurance-médicament qui offre un accès égal à des médicaments sûrs et efficaces tout en surveillant l'augmentation des coûts. Le programme devrait comprendre la couverture au premier dollar pour les médicaments essentiels selon un formulaire national, l'achat en gros, des normes de sécurité plus strictes et un contrôle plus serré de la mise en marché de produits par les sociétés pharmaceutiques.

Recommandation 16

Que le gouvernement fédéral rejette la demande de l'Union européenne dans l'Accord commercial et économique global visant à changer les lois sur la propriété intellectuelle pour accroître la protection des brevets pour les médicaments de marque puisqu'un tel changement aurait pour effet d'augmenter les coûts pour le système public de soins de santé au Canada et les obstacles financiers pour les millions de Canadiens qui ont besoin de ces médicaments.

8. Ressources humaines en santé

Le Plan décennal comprenait des engagements de 85 millions de dollars pour le renouvellement des ressources humaines en santé (RHS), ainsi qu'un financement continu de 20 millions de dollars par année pour élaborer une stratégie pancanadienne de RHS, qu'il reste à faire. Le gouvernement fédéral s'était engagé à régler les préoccupations concernant l'évaluation et l'intégration de diplômés en soins de santé formés à l'étranger, à combler les lacunes de RHS dans les communautés Autochtones et à participer à la planification des RHS avec les autorités concernées. Malgré cet investissement, le Canada est loin derrière en ce qui a trait aux effectifs adéquats en soins de santé¹³⁶. En fait, l'acceptation par le gouvernement fédéral de soins de santé privés parallèles ne fait qu'aggraver la pénurie.

Le Rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, portant sur les RHS et publié le 17 juin 2011, mentionne qu'il y a des développements positifs dans les domaines comme l'élaboration de programmes de pratique de collaboration interprofessionnelle, l'accélération de l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger et les programmes pour les Autochtones et les communautés rurales et nordiques¹³⁷. Toutefois, nous sommes préoccupés par le manque d'attention envers les fournisseurs autres que les médecins, le personnel infirmier et les professionnels de la santé connexes. Par exemple, 80 % du travail de soins à domicile est effectué par des travailleurs de soins de santé non réglementés qui fournissent des soins directs et des services de soutien, et pourtant les gouvernements n'ont rien fait pour aborder les problèmes de recrutement et de rétention dans ce secteur. De même, le Comité n'aborde pas le recrutement international de travailleurs de la santé.

Les employeurs du secteur de la santé continuent à marauder des travailleurs de la santé dans les pays développés, comptant de plus en plus sur les travailleurs migrants, soutenus par le Programme des travailleurs étrangers temporaires (PTET) du gouvernement fédéral. Les employeurs se servent du PTET pour réduire les salaires et offrir de piètres conditions de travail, ce qui augmente la précarité du travail¹³⁸. Le PTET n'est pas doté d'un cadre réglementaire assez strict, comme le soulignait le rapport de la vérificatrice générale publié en 2009 en pointant les principaux problèmes touchant tous les aspects du programme¹³⁹. Les travailleurs recrutés par le biais du PTET sont vulnérables parce qu'ils ne possèdent pas toujours les compétences linguistiques nécessaires et font souvent l'objet de frais de recrutement abusifs, de retenues

salariales et de conditions de vie et de travail lamentables, sans droit universel de faire une demande de résidence permanente au Canada.

Le SCFP appuie la formation de base, la formation linguistique et la reconnaissance des acquis des travailleurs de la santé formés à l'étranger, y compris ceux qui sont déjà au Canada et qui occupent un emploi dans le secteur de la santé. Le gouvernement fédéral doit faire des efforts supplémentaires pour faire tomber les obstacles persistants à la formation et la qualification professionnelle auxquels font face plusieurs infirmières, médecins et paraprofessionnels dont les compétences sont sous-employées. Des programmes de perfectionnement, par exemple pour permettre aux aides-soignantes de devenir infirmières, sont également sous-financés.

Le gouvernement devrait également entreprendre la mise en œuvre de stratégies d'égalité en emploi. Nous aimerions connaître, par exemple, les progrès réalisés en matière de recrutement et de formation des travailleurs Autochtones en soins de santé depuis la signature du Plan décennal. Le SCFP participe, en Saskatchewan, à une stratégie innovante sur la « main-d'œuvre représentative » visant à accroître le nombre d'Autochtones dans la main-d'œuvre du secteur de la santé, d'un pour cent avant 1995 à 6 % en 2008¹⁴⁰, et à offrir une formation sur les réalités des peuples Autochtones à 27 000 travailleurs¹⁴¹. Nous croyons qu'il s'agit d'une stratégie que le gouvernement fédéral devrait appuyer et promouvoir au-delà de la Saskatchewan¹⁴².

Une stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé doit aussi aborder les mauvaises conditions de travail et les importants écarts salariaux qui caractérisent le secteur des soins de santé, plus particulièrement pour le personnel de soutien¹⁴³. Au Canada, un travailleur de soutien sur dix a un revenu inférieur au seuil de la pauvreté établi par Statistique Canada. Les deux tiers n'ont pas de régime de retraite et moins de la moitié peut compter sur une couverture étendue d'assurance-maladie ou d'assurance dentaire¹⁴⁴. Dans la vague de sous-traitance massive, les travailleurs de soutien du secteur des soins de santé en Colombie-Britannique doivent parfois se tourner vers une stratégie de double emploi pour faire vivre leur famille¹⁴⁵. Dans une étude, 40 % devaient avoir au moins deux emplois pour joindre les deux bouts¹⁴⁶.

Le Rapport du Comité de la santé sur les RHS établit clairement que le leadership du gouvernement fédéral est essentiel pour offrir des « mécanismes de financement assurés et durables » en vue d'atteindre les objectifs de RHS¹⁴⁷. Le gouvernement fédéral doit se manifester pour mener et accélérer cette importante tâche.

Recommandation 17

Que le gouvernement fédéral élabore et mette en œuvre une stratégie pancanadienne de ressources humaines en santé qui assurera de meilleures conditions de travail, des programmes de formation, spécialisée et de base, et de mise à niveau et la parité salariale pour améliorer la rétention et le recrutement pour tout le secteur de la santé; que cette stratégie fasse la promotion de l'égalité en emploi, y compris des stratégies de « main-d'œuvre représentative » Autochtone.

Recommandation 18

Que le gouvernement fédéral adopte et encourage des politiques de recrutement qui respectent le *Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé* ; qu'il établisse une commission des travailleurs migrants comme organisme indépendant de réglementation qui aurait autorité et qu'il élabore un cadre politique national pour réglementer les courtiers et les recruteurs.

Conclusion

L'avenir des soins de santé au Canada peut seulement être assuré par un solide leadership fédéral. Étant donné le refus du gouvernement de mettre en application la *Loi canadienne sur la santé* ou de faire preuve de leadership en ce qui a trait aux problèmes de qualité des soins et d'accès à l'ensemble des soins, et son choix de conclure des ententes qui favorisent les intérêts commerciaux en soins de santé, le SCFP est très préoccupé par l'avenir de l'assurance-maladie.

L'Accord de 2004 sur le renouvellement des soins de santé a stabilisé le système de soins de santé à la suite des importantes compressions des années 1990, qui ont gravement compromis l'accès aux soins et la qualité des soins. L'Accord sur le renouvellement des soins de santé doit être renouvelé en 2014 et devrait comprendre des augmentations minimales de 6 % pour encore dix ans. Il doit aussi aborder les lacunes grandissantes et les problèmes de sécurité à l'égard des soins continus, des soins primaires, des médicaments sous ordonnance et de la santé des Autochtones. Le recours à la privatisation et à la sous-traitance doit être renversé pour améliorer la qualité et l'accès et faire des économies. Dans tous les domaines des soins de santé, nous avons besoin d'un leadership fédéral pour réaliser les objectifs d'une politique pancanadienne.

Références

- ¹ Recherche de l'agence Nanos sur la Coalition canadienne de la santé. 2010. *Les soins de santé doivent faire partie de la campagne électorale*. Consulté le 6 novembre. http://healthcoalition.ca/wp-content/themes/default/Medical%20Tabloid_FR_web.pdf.
- ² Ipsos. 21 juillet 2011. *When it comes to Healthcare, Most Canadians (89%) Expect the Federal Government to Play a Leading Role – and Think that a First Ministers Meeting Needs to be Called as Soon as Possible to Address the Challenges Facing the Health System (92%)*. Consulté le 16 novembre 2011. <http://www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=5293>.
- ³ Syndicat canadien de la fonction publique. 2008. *Examen du Plan décennal pour consolider les soins de la santé par le Conseil canadien de la santé*. Présentation au Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Consulté le 6 novembre 2011. http://scfp.ca/soins-de-sante/Moist_au_comit_le_p.
- ⁴ Ibid, p. 1.
- ⁵ Bureau du vérificateur général. Septembre 2002. *Le point de la vérificatrice générale du Canada. Chapitre 3 – Santé Canada – L'Appui fédéral à la prestation des soins de santé*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200209_03_f_12388.html.
- ⁶ Conseil canadien de la santé. *Rapport annuel 2006 : Health Care Renewal in Canada: Measuring Up*. P.9. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/HCC_MeasuringUp_2007ENG.pdf
- ⁷ Dr Jack Kitts dans les *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Fascicule 22 – Témoignages du 10 mars 2011*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/22evb-f.htm?Language=E&Parl=40&Ses=3&comm_id=47
- ⁸ Bernier seeks end to \$40-billion in social, health transfers to provinces. *Globe and Mail*. Le 13 octobre 2010; André Picard. Mai 27, 2011. *Tories set to steer new course on health care funding*. *Globe and Mail*.
- ⁹ Erin Weir. *Premiers could be reaching for their wallets*. *The Toronto Star*. Le 25 avril 2011. Consulté le 3 novembre 2011. <http://www.thestar.com/opinion/editorialopinion/article/978840--premiers-could-be-reaching-for-their-wallets>
- ¹⁰ Infometrica Ltd., in Syndicat canadien de la fonction publique. 2008. *Le Climat économique pour les négociations*, vol. 5, n°. 4. Consulté le 1^{er} août 2009 de http://cupe.ca/updir/ECB_December_2008.pdf
- ¹¹ Ontario Health Coalition. 2008. *Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences for For-Profit Health Care Across Canada*. P. 7. Consulté le 28 octobre 2011. <http://www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf>
- ¹² CMAJ, 17 mai 2011, 183(8) <http://www.cmaj.ca/content/183/8/E437.full>
- ¹³ *Patients need to know*. Ottawa Citizen. October 20, 2011. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.ottawacitizen.com/health/Patients+need+know/5577773/story.html>
- ¹⁴ Diana Gibson, Parkland Institute, courriel échangé avec Irene Jansen. Recherche du SFCF, le 3 novembre 2011.
- ¹⁵ Sutherland, Jason. 2011. *Mécanisme de financement des hôpitaux : Aperçu et options pour le Canada*. FCRSS. Série de rapports sur les facteurs de coût et l'efficacité du système de santé. Rapport 4, p. 10. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.fcrss.ca/NewsAndEvents/Events/CEOForum/CEOforum2009.aspx>
- ¹⁶ Médecins canadiens pour le régime public. 2008. *Activity-Based Funding in Canadian Hospitals and Other Surgical Facilities*, p. 11. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/images/stories/ABF_Position_Paper_15OCT08.pdf
- ¹⁷ Hudson, Alan. 2009. Présentation en comité, 2009. *Forum des PDG : Le Financement fondé sur les services et la rémunération au rendement : l'expérience, les données probantes et les perspectives d'avenir*. Association canadienne des institutions de santé communautaire, Association médicale canadienne, Fondation de la recherche canadienne sur les services de santé. Consulté le 7 novembre de www.chsrf.ca/NewsAndEvents/Events/CEOForum/CEOforum2009.aspx

-
- ¹⁸ British Medical Association. 2009. *BMA Evidence to the Health Select Committee Inquiry into Commissioning*, p. 5. Consulté le 6 novembre.
www.bma.org.uk/healthcare_policy/responses_consultations/healthcomevi.jsp.
- ¹⁹ Association des consultants du Service national de la santé. 16 août 2007. *Lettre de l'Association des consultants du SNS à l'Association médicale canadienne*. Consulté le 2 mai.
<http://www.cupe.ca/healthcare/NHSCAletter>.
- ²⁰ Ontario Health Coalition. 2008. *Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences for For-Profit Health Care Across Canada*, p. 7. Consulté le 28 octobre 2011.
<http://www.web.net/ohc/Eroding%20Public%20Medicare.pdf>.
- ²¹ Le Syndicat canadien de la fonction publique, d'après une analyse juridique de Steven Shrybman. 2008. *Defending Medicare: A Guide to Canadian Law and Regulation*. Consulté le 6 novembre 2011.
<http://cupe.ca/updir/DefendingMedicare.pdf>.
- ²² Roger Collier. 21 octobre 2008. *Aggressive billing techniques confusing Canadians*. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 179, n° 9. Consulté le 6 novembre 2011.
<http://www.cmaj.ca/content/179/9/888.full>
- ²³ Médecins canadiens pour le régime public. 10 février 2011. *New study finds that extra billing is back. Private clinics charge patients for medically necessary services, provide excessive care*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/new-study-finds-that-extra-billing-is-back-private-clinics-charge-patients-for-medically-necessary-services-provide-excessive-care.html>
- ²⁴ British Columbia Health Coalition. 31 janvier 2011. *Medicare advocates call for Health Canada investigation into Copeman Healthcare Centre's member-only 'concierge medicine' model*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.cnw.ca/fr/story/775667/medicare-advocates-call-for-health-canada-investigation-into-copeman-healthcare-centre-s-member-only-concierge-medicine-model>.
- ²⁵ British Columbia Health Coalition. 29 juin 2011. *Copeman Clinic: Health Coalition questions Medical Services Commission's ability to protect patients from illegal user charges*. Consulté le 6 novembre 2011.
http://www.bchealthcoalition.ca/images/PDF/bchc_nr_copeman_june_2011_final.pdf
- ²⁶ *Montreal Gazette*. Le 19 janvier 2011. 'Concierge' medical services under fire; Annual fee: \$975, p. A6.
- ²⁷ *Montreal Gazette*. Le 20 janvier 2011. *Private clinics under investigation: Health board launches 11 probes*; gouvernement du Québec. 28 septembre 2011. Communiqué : *Enquêtes sur trois coopératives de santé*. Consulté le 6 novembre 2011.
<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Septembre2011/28/c7417.htmlSource>.
- ²⁸ *Montreal Gazette*. 27 novembre 2010. *Want fast care? Slip an MD some cash' It's systemic'. Privatization fosters black market, physician says*.
- ²⁹ Aronson, J., M. Denton, I.U. Zeytinoglu, S. Davies et D. Hunter. 2006. *The Impact of Implementing Managed Competition on Home Care Workers' Turnover Decisions*. *Analyse de politiques* 1(4) : 106–23; Bourbonniere, M., Z. Feng, O. Intrator, J. Angelelli, V. Mor et J.S. Zinn. 2006. *The Use of Contract Licensed Nursing Staff in U.S. Nursing Homes*. *Medical Care Research and Review* 63(1): 88–109; Davies, S. 2010. *Fragmented Management, Hospital Contract Cleaning and Infection Control*. *Policy and Politics* 38(3) : 445–63(19); Stinson, J., N. Pollack et M. Cohen. 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Vancouver, C.-B. : Centre canadien de politiques alternatives, BC Office.
- ³⁰ Syndicat canadien de la fonction publique. 1996. *Qu'est-ce qui mijote? Les services alimentaires partagés dans le domaine des soins de santé*. <http://cupe.ca/health-care/cooking-storm-shared-food-services>; Guillaume bert. 2010. *Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services - conomiques*.
- ³¹ Castle, N., Engberg J. et Men, A. 2008. *Nurse Aide Staffing and Quality of Care in Nursing Homes*. *Medical Care Research and Review*, 65:232.
- ³² Mackenzie, M. et M. Rachlis. 2010. *The Sustainability of Medicare*. Ottawa, Ontario. Canadian Federation of Nurses Unions. <http://www.nursesunions.ca/report-study/the-sustainability-medicare>.
- ³³ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2011*. http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf
- ³⁴ Mackenzie, M. et M. Rachlis, 2010.
- ³⁵ Ibid.
-

-
- ³⁶ Ontario Health Coalition. Janvier 2008. *When public relations trump public accountability: The evolution of cost overruns, service cuts and cover-up in the Brampton Hospital P3*; Stuart Murray. Juin 2006. *Value for money? Cautionary lessons about P3s from British Columbia*. Centre canadien de politiques alternatives; Aiden R. Vining et Anthony E. Boardman. Décembre 2006. *Public-Private Partnerships in Canada: Theory and Evidence*. UBC Saunderson School of Business. Document de travail 2006-04; Auerbach, L. Décembre 2002. *Issues raised by public-private partnerships in Ontario's hospital sector*.
- ³⁷ Hugh Mackenzie. 2009. *Bad Before, Worse Now: The Financial Crisis and the Skyrocketing Costs of Public Private Partnerships (P3s)*. Consulté le 1^{er} novembre 2011. <http://www.cupe.bc.ca/sites/default/files/Bad%20Before%20Worse%20Now%20final%202.pdf>; Syndicat canadien de la fonction publique. 2010. *Le vérificateur du Québec déclare l'analyse de rentabilisation des hôpitaux PPP « sans fondement »*. Consulté le 7 novembre 2011. <http://scfp.ca/sous-surveillance-juin-2010/le-verificateur-du-quebec-declare-l-analyse>.
- ³⁸ Allyson Pollock, David Price et Moritz Leibe. 2011. *Private finance initiatives during NHS austerity*. British Medical Journal. 9 février 2011; Polly Curtis. 28 avril 2011. *PFI projects not best value for money, says watchdog*. The Guardian. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.guardian.co.uk/politics/2011/apr/28/pfi-not-best-value-money>
- ³⁹ BC Health coalition. 2008. *Abbotsford P3 Hospital – overtime and over budget*; Ontario Health Coalition. 2008. *When Public Relations Trump Public Accountability*; Ontario Health Coalition. 2003. *P3 Hospitals – Importing a British Failure*; Allyson Pollock. 2005. *NHS plc: the privatisation of our health care*.
- ⁴⁰ Steven Shrybman in Loxley, John et Salim Loxley. 2010. *Public Service Private Profits: The Political Economy of Public-Private Partnerships in Canada*. Fernwood. Halifax et Winnipeg. P. 109.
- ⁴¹ BC Health Coalition et al. 2005. *Re-establishing a Federal Role in Hospital Infrastructure Finance, Discussion Paper*. Retrieved November 6, 2011 at http://cupe.ca/updir/final_hospital_infrastructure.pdf.
- ⁴² Infometrica Ltd. *Economic Climate for Bargaining*, Vol. 5, N° 4 Syndicat canadien de la fonction publique. 2008. Consulté le 1^{er} août 2009. http://cupe.ca/updir/ECB_December_2008.pdf
- ⁴³ Conseil canadien de la santé. Mai 2011. *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. P.7. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf
- ⁴⁴ P.J. Devereaux, et al, *A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals*, Journal de l'Association médicale canadienne. 28 mai 2002, vol. 166 n° 11. Consulté en ligne, à l'adresse suivante : <http://www.cmaj.ca/content/166/11/1399.full>; SCFP, Cliniques privées à but lucratif. Fiche d'information, septembre 2008. <http://cupe.ca/updir/Private-For-Profit-Health-Care-Clinics.pdf>
- ⁴⁵ Syndicat canadien de la fonction publique. 2008. *Cliniques privées à but lucratif*. Fiche d'information. <http://scfp.ca/soins-de-sante/Cliniques-privées--bu>
- ⁴⁶ Tuohy, C. H., Flood, C. M., et Stabile, M. 2004. *How does private financing affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations*. Journal of Health Politics, Policy and Law; 29(3): 359-39; Hall, J. et al, cité dans S.J. Duckett. 2005. *Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals*. Canadian Medical Association Journal. 173(7): 745-747; Duckett, S. J. 2005. *Private care and public waiting*. Australian Health Review 29(1): 87-93.
- ⁴⁷ SCFP et SEIU. 4 octobre 2011. *Data show fewer surgeries in health region: Government and health region need to explain what happened*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://keephealthcarepublic.ca/www/updates/data-fewer-surgeries-health-region>
- ⁴⁸ Alicia Priest, Michael Rachlis et Marcy Cohen. 2007. *Why Wait? Public Solutions to Cure Surgical Waitlists*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC_Office_Pubs/bc_2007/why_wait_surgical_waitlists.pdf
- ⁴⁹ Conseil canadien de la santé. 10 mars 2011. *Rapport au Comité sénatorial permanent sur les affaires sociales, la science et la technologie*.
- ⁵⁰ Romanow, R.J. 2002. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada, p. 8.
-

-
- ⁵¹ Sinclair, Scott Koivusalo, Meri Ronald Labonte. 2011. *The Proposed EU-Canada Trade Agreement Raises Health Concerns In Both Canada and European Union*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.
- ⁵² Scott Sinclair. Mars 2011. *The CETA and Health Care Reservations: A briefing note for the Canadian Health Coalition*, p. 2. Centre canadien de politiques alternatives. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2011/03/CETA%20and%20Health%20Care.pdf>.
- ⁵³ Organisation mondiale de la santé (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*, page 13. Consulté le 6 novembre 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf
- ⁵⁴ Zoutman et al (2003). *The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals*. American Journal of Infection Control, 31, 266-275.
- ⁵⁵ Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (2007). *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclus les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires*. Consulté le 29 août 2007. <http://www.phac-aspc.gc.ca/amr-ram/ipcbp-pepci/pdf/amr-ram-fra.pdf>
- ⁵⁶ Murphy, Janice M. (2007). *The importance of cleaning in the fight against rising healthcare associated infections: A review of the evidence*. Article non publié.
- ⁵⁷ Syndicat canadien de la fonction publique (2009). *Infections associées aux soins de santé : document d'information*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://scfp.ca/soins-de-sante/infections-associees-aux-soins-de-sante>.
- ⁵⁸ Dancer, Stephanie J. (2007). *Importance of the environment in methicillin-resistant Staphylococcus aureus acquisition: the case for hospital cleaning*. The Lancet. Publié en ligne, le 31 octobre 2007 DOI : 10.1016/S1473-3099(07)70241-4.
- ⁵⁹ Dr Michael Schull s'adressant au Comité permanent du Sénat, Affaires sociales, sciences et technologie, le 29 septembre 2011.
- ⁶⁰ Syndicat canadien de la fonction publique (2009). *Infections associées aux soins de santé : document d'information*.
- ⁶¹ Auditor General of Scotland (2003). *Hospital Cleaning: Executive Summary*. Edinburgh, Scotland.
- ⁶² Davies, S. (2009). *Making the Connections: Contract Cleaning and Infection Control. A Report for UNISON*. Cardiff University, Cardiff (Wales).
- ⁶³ Irene Jansen (2009). *Environmental Cleaning and Healthcare-Associated Infections*. HealthcarePapers Vol. 9, n° 3 : 38-43.
- ⁶⁴ Syndicat canadien de la fonction publique (2009); Todd Neale (29 mars 2011). *MRSA Acquisition Tied to Better Cleaning*. MedPage Today. L'amélioration des protocoles de nettoyage a permis de réduire de moitié l'incidence du SARM dans 10 USI, de 3 p. 100 à 1,5 p. 100. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.medpagetoday.com/CriticalCare/InfectionControl/25595>; Kelly M. Pyrek (14 juillet 2011). *Communicating the Importance of Environmental Hygiene to Healthcare Workers*. Infection Control Today. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.infectioncontroltoday.com/articles/2011/07/communicating-the-importance-of-environmental-hygiene-to-healthcare-workers.aspx>.
- ⁶⁵ Malik, R.E., Cooper, R.A. et Griffith, C.J. (2003). *Use of audit tools to evaluate the efficacy of cleaning systems in hospitals*. American Journal of Infection Control Vol. 31(3) :181-187.
- ⁶⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Tendances relatives aux hôpitaux canadiens*. Ottawa (Ontario).
- ⁶⁷ http://www.oecd.org/document/16/0,3746,fr_2649_34631_32368700_1_1_1_1,00.html
- ⁶⁸ Ontario Health Coalition (21 juillet 2011). *No Vacancy: Hospital Overcrowding in Ontario, Impact on Patient Safety and Access to Care*, p. 8 <http://www.web.net/ohc/hospitalbedsreport.pdf>.
- ⁶⁹ Dr Michael A. Gardam et al (2009). *Healthcare-Associated Infections as Patient Safety Indicators*. HealthcarePapers Vol. 9, n° 3, p. 20.
- ⁷⁰ British Medication Association (juin 2009). *Tackling healthcare associated infections through effective policy action*, page 21. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.bma.org.uk/images/Tackling%20healthcare%20associated%20infections%20through%20effective%20policy%20action_tcm41-188116.pdf.
-

-
- ⁷¹ Conseil canadien de la santé (8 juin 2010). *Présentation à la Conférence nationale sur les soins de santé*. Consulté le 7 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/speeches/2010/Notes%20NHLC%20Breakfast_JGA_June%208_2010.pdf.
- ⁷² HealthcarePapers (2009) Vol. 9, n° 3.
- ⁷³ Institut canadien d'information sur la santé (2008). *La sécurité des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario : Un regard sur les mesures de prévention des infections nosocomiales*. Consulté le 5 novembre 2011. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1089&lang=fr&media=0>
- ⁷⁴ Marjorie G. Cohen (2001). *Do comparisons between hospital support workers and hospitality workers make sense?* Préparé pour le Syndicat des employées et employés d'hôpitaux. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.heu.org/~DOCUMENTS/research_reports/Comparison_Hospital_Support_Workers_1.pdf
- ⁷⁵ Steve Davies (2009). *Making the Connections: Contract Cleaning and Infection Control*. A Report for UNISON. Cardiff University. Cardiff (Wales).
- ⁷⁶ Kumanan, W. et H. Lazar (2005). *Planning for the Next Pandemic Threat: Defining the Federal Role in Public Health Emergencies*. Montréal (QC). Institut de recherche sur les politiques publiques.
- ⁷⁷ Mackenzie, M. et M. Rachlis (2010). *Viabilité du régime d'assurance-maladie*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.
- ⁷⁸ Irene Jansen (2011). *Residential Long-Term Care: Public Solutions to Access and Quality Problems*. HealthcarePapers. Vol. 10 n° 4.
- ⁷⁹ Comondore et al. (2009); Hillmer et al. (2005).
- ⁸⁰ Irene Jansen (2011).
- ⁸¹ McGregor, M.J. et L. Ronald (2011). *Residential Long-Term Care for Canada's Seniors: Non-Profit, For-Profit or Does It Matter?* Montréal (Québec). Institut de recherche sur les politiques publiques. Consulté le 25 janvier 2011. <http://www.irpp.org/fr/summary.php?id=359>
- ⁸² Syndicat canadien de la fonction publique (2009). *Residential Long-Term Care in Canada: Our Vision for Better Seniors' Care*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://cupe.ca/updir/CUPE-long-term-care-seniors-care-vision.pdf>; McGregor et Ronald (2011); Murphy, J.M. (2006). *Residential Care Quality: A Review of the Literature on Nurse and Personal Care Staffing and Quality of Care*. Rapport non publié, préparé pour la direction des soins infirmiers du ministère de la Santé, CB; Schnelle, J.F., S.F. Simmons, C. Harrington, M. Cadogan, E. Garcia et B.M. Bates-Jensen (2004). *Relationship of Nursing Home Staffing to Quality of Care*. Health Services Research 39(2) : 225–50.
- ⁸³ Horn, S.D., P. Buerhaus, N. Bergstrom et R.J. Smout (2005). *RN Staffing Time and Outcomes of Long-Stay Nursing Home Residents*. American Journal of Nursing 105 : 58–70.
- ⁸⁴ Dyck, M.J. (2007). *Nursing Staffing and Resident Outcomes in Nursing Homes: Weight Loss and Dehydration*. » Journal of Nursing Care Quality 22(1) : 59–65.
- ⁸⁵ Kayser-Jones, J. and E.S. Schell (1997). *Staffing and the Mealtime Experience of Nursing Home Residents on a Special Care Unit*. American Journal of Alzheimer's Disease 12(2) : 67–72.
- ⁸⁶ Castle, N.G. and J. Engberg (2008). *Further Examination of the Influence of Caregiver Staffing Levels on Nursing Home Quality*. Gerontologist 48(4) : 464–76.
- ⁸⁷ Castle, N.G. (2002). *Nursing Homes with Persistent Deficiency Citations for Physical Restraint Use*. Medical Care 40(10) : 868–78.
- ⁸⁸ Jansen (2011).
- ⁸⁹ Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa (Ontario).
- ⁹⁰ Conseil canadien de la santé (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*. Ottawa (Ontario).
- ⁹¹ Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2009). Rapport final. *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*. Parlement du Canada. Ottawa (Ontario). Consulté le 10 décembre 2010. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/subsite/Aging_Report_Home-f.htm
- ⁹² Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Rapport annuel de 2010, section 3.04, p. 22. Consulté le 10 novembre 2011. http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_2010_fr.htm
-

-
- ⁹³ Par exemple, le taux horaire réglementé est de 12,50 \$ en Ontario et de 11,50 \$ au Nouveau-Brunswick.
- ⁹⁴ McGrail, K., A. Broemeling, M.J. McGregor, K. Salomons, L.A. Ronald et R. McKendry (2008). *Home Health Services in British Columbia: A Portrait of Users and Trends over Time*. UBC Centre for Health Services and Policy Research. Vancouver (Colombie-Britannique).
- ⁹⁵ Ontario Health Coalition (2011). *Still Waiting: An Assessment of Ontario's Home Care System After Two Decades of Restructuring*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.web.net/~ohc/homecare2011finalreport.pdf>
- ⁹⁶ Ontario Health Coalition (2005) *Market Competition in Ontario's Homecare: Lessons and Consequence*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.web.net/ohc/Homecare2005/homecare%20summary3.pdf>; Ross Sutherland (2001). *Le coût de la sous-traitance des soins à domicile : Un regard dans les coulisses des soins à domicile en Ontario*. Article non publié. Consulté le 6 novembre 2011. <http://scfp.ca/HealthCarePrivatization/BE4320>
- ⁹⁷ Caplan, E. (2005). *Realizing the Potential of Home Care: Competing for Excellence by Rewarding Results*, page 23.
- ⁹⁸ Syndicat canadien de la fonction publique (2009). *Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*. Consulté le 6 novembre. <http://scfp.ca/updir/SCFP-soins-longue-duree-notre-vision.pdf>
- ⁹⁹ Jost, T.S. (2008). *Funding Health Care Services: The Optimal Balance*. in C. Flood, M. Stabile et C.H. Tuohy, ed., *Exploring Social Insurance: Can a Dose of Europe Cure Canadian Health Care Finance?* School of Policy Studies, Queen's University, Kingston (Ontario).
- ¹⁰⁰ Townson, M. (2009). *A Stronger Foundation: Pension Reform and Old Age Security*. Ottawa (Ontario). Centre canadien de politiques alternatives.
- ¹⁰¹ Hurley, J. (2002). *Medical Savings Accounts Will Not Advance Canadian Health Care Objectives*. Canadian Medical Association Journal 167(2) : 152–53.
- ¹⁰² Brown, J.R. et A. Finkelstein (2007). *Why Is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?* Journal of Public Economics 91, 1967–92; SCFP (2009); Jost (2008); Royal Commission on Long Term Care (1999). *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*. The Stationary Office. London.
- ¹⁰³ Centre canadien de politiques alternatives (2011). *Alternative budgétaire*.
- ¹⁰⁴ Campbell, B. (2010) *Canadians Are Finally Starting to Rethink Tax Cuts*. straight.com, 8 avril. <http://www.straight.com/article-302219/vancouver/bruce-camp-bell-canadians-are-finally-starting-rethink-tax-cuts>.
- ¹⁰⁵ Vector Research and Development Inc. (2010) *The Vector Poll on Public Opinion in Canada*. Document non publié, préparé pour le Syndicat national des employés et employés généraux du secteur public.
- ¹⁰⁶ Jansen 2011.
- ¹⁰⁷ Du Moulin, M.F.M.T., J.C.M. van Haastregt et J.P.H. Hamers (2010). *Monitoring Quality of Care in Nursing Homes and Making Information Available to the General Public: State of the Art*. Patient Education and Counseling 78 : 288–96.
- ¹⁰⁸ Conseil canadien de la santé. *At the Tipping Point: Health leaders share ideas to speed primary health*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HCC_Commentary_pages2_052510.pdf
- ¹⁰⁹ Conseil canadien de la santé (2009). *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*, page 18. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/Equipes_a_loeuvre.pdf
- ¹¹⁰ Conseil canadien de la santé (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/comm/Commonwealth_FINAL_F_Nov2010.pdf
- ¹¹¹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport final du Sous-comité sur la santé des populations (juin 2009). *Un Canada en santé et productif : Une approche axe sur les déterminants de la santé*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>
-

¹¹² Conseil canadien de la santé (2010). *Stepping It Up: Moving the Focus from Health Care in Canada to a Healthier Canada*, page 28. Consulté le 6 novembre 2011.

<http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/promo/HCCpromoDec2010.pdf>

¹¹³ Conseil canadien de la santé (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/comm/Commonwealth_FINAL_F_Nov2010.pdf

¹¹⁴ Canadian Alliance of Community Health Centre Associations (2011). *Improve Health and Health Care For All Canadians: Background to online petitions in Canada's Provinces and Territories*. Consulté le 6 novembre 2011.

<http://www.cachca.ca/news/documents/Improve%20Health%20and%20Health%20Care%20for%20All%20Canadians%20-%20Aug%202011%20backgrounder.pdf>

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Conseil canadien sur la santé (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*, page 6.

¹¹⁷ Bureau du vérificateur général du Canada (juin 2011). *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada; Chapitre 4 : Les programmes pour les Premières nations dans les réserves*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201106_04_f_35372.html

¹¹⁸ Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes*.

École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, page 42. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.thecanadianfacts.org/fra.html>

¹¹⁹ Association canadienne pour la santé mentale. *Aboriginal People/First Nations*. Consulté le 7 novembre 2011. http://www.ontario.cmha.ca/about_mental_health.asp?CID=23053; la colonisation comme déterminant de la santé est aussi abordée par Larry N. Chartrand (2007). *Maskikiwenow: The Métis Right to Health*. Consulté le 7 novembre 2011. <http://www.naho.ca/library/maskikiwenow-the-metis-right-to-health/>

¹²⁰ Conseil canadien sur la santé (2011). *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile des Autochtones au Canada Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*, page 11. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/abhealth/HCC_AboriginalHealth_FINAL1.pdf

¹²¹ Assemblée des Premières Nations. *Proposition prébudgétaire de 2011*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://www.afn.ca/uploads/files/2011-pre-budget-submission-fr.pdf>

¹²² Polaris Institute (2008). *Boiling Point: Six community profiles of the water crisis facing First Nations within Canada*, page 5. Consulté le 6 novembre 2011.

<http://www.polarisinstitute.org/files/Boiling%20Point.pdf>

¹²³ L'honorable Dennis R. O'Connor (2002). *Rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton : Les événements de 2002 et les questions connexes*. Chapitre 1; deuxième partie; recommandation 89. Ministère du Procureur général. Toronto (Ontario).

¹²⁴ Assemblée des Premières Nations (12 août 2011). *Transformation structurelle et investissements importants parmi les Premières Nations en vue d'atteindre une prospérité commune*, Proposition prébudgétaire destinée au Comité permanent des finances de la Chambre des communes.

<http://www.afn.ca/uploads/files/2011-pre-budget-submission-fr.pdf>

¹²⁵ Ibid, p. 13

(http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/abhealth/HCC_AboriginalHealth_FR_FINAL1.pdf)

¹²⁶ Marc-André Gagnon (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments : Coûts et bénéfices d'une couverture publique pour tous*. Centre canadien de politiques alternatives et Institut de recherche et d'informations socio-économiques. <http://pharmacarenow.ca/wp-content/uploads/2010/09/Universal-Pharmacare-Report-f.pdf>

¹²⁷ Conseil canadien de la santé. *Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, p. 13, en ligne.

http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf

¹²⁸ Coalition canadienne pour la santé (2011). *Protéger l'avenir de l'assurance maladie : Un appel aux soins*. Exposé présenté au comité permanent du Sénat, Affaires sociales, sciences et technologie, sur son examen des progrès de la mise en œuvre de l'Accord de 2004 sur le renouvellement des soins de

santé; Organisation mondiale de la santé (2008). *Médicaments : sécurité et effets indésirables*. Consulté le 7 novembre 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/fr/index.html>

¹²⁹ Conseil canadien de la santé, Rapport de progrès 2011 : Renouvellement des soins de santé au Canada, p. 12. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_FRA.pdf

¹³⁰ Marc-André Gagnon (2010). *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*. Ottawa. Centre canadien de politiques alternatives. Consulté le 6 novembre 2011.

<http://pharmacarenow.ca/wp-content/uploads/2010/09/Universal-Pharmacare-Report-f.pdf>

¹³¹ Ibid, p. 7.

¹³² Coalition canadienne pour la santé (2007). *More for Less: Pharmacare – A National Drug Plan*.

Consulté le 6 novembre 2011. <http://pharmacarenow.ca/wp-content/uploads/2010/01/moreforless2.pdf>

¹³³ Marc-André Gagnon (2010).

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Grootendorst P, Hollis A. (2011). *Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne : évaluation de l'impact économique des dispositions proposées concernant la propriété intellectuelle dans le secteur pharmaceutique*. Consulté le 6 novembre 2011.

<http://www.canadiangenerics.ca/en/news/docs/02.07.11CETAEconomicImpactAssessment-FinalEnglish.pdf>

¹³⁶ John G. Abbott (2009). Conseil canadien de la santé. *Speaking Notes for Appearance before the House of Commons Standing Committee on Health in its Study of Health Human Resources in Canada*. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/speeches/2009/HCC%20Submission%20to%20HESA%20JGA%20March%202009%20_2_.pdf

¹³⁷ Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (2010). *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé*.

<http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Reports/RP4631326/hesarp06/hesarp06-f.pdf>

¹³⁸ Karl Flecker. *Le programme des travailleurs étrangers temporaires (PTET) canadien : Programme exemplaire – ou erreur?* page 18. Consulté le 6 novembre 2011. <http://documents.clc-ctc.ca/HR-EQ/Model-Program-or-Mistake-2011-InDesign-FR.pdf>

¹³⁹ Bureau du vérificateur général. *Déclarations aux comités de la Chambre des Communes. Chapitre 2 : La sélection des travailleurs étrangers en vertu du programme d'immigration*. Consulté le 6 novembre 2011. http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/osh_20091126_f_33492.html

¹⁴⁰ Saskatchewan Association of Healthcare Organizations. *2008/09 Annual Report*. Consulté le 7 novembre 2011. <http://www.saho.org/portal.jsp?y3uQUnbK9L2RmSZs02CjVY0w7Zk1/ks6pQWxlAIN+Jc=>

¹⁴¹ Saskatchewan Association of Healthcare Organizations (2010). *Representative Workforce Program*. Consulté le 7 novembre 2011.

<http://www.saho.org/portal.jsp?y3uQUnbK9L2RmSZs02CjV9A3BZ1Tvj1H9cZ4PmbJGZA=>

¹⁴² Syndicat canadien de la fonction publique (avril 2011). *Creating a Representative Workforce: An Overview of Partnership Agreements and Equity Plans in CUPE Workplaces in Saskatchewan*. Consulté le 7 novembre 2011.

[http://cupe.ca/updir/Creating_Representative_Workplaces_Brief_\(Updated_April_13_2011\).pdf](http://cupe.ca/updir/Creating_Representative_Workplaces_Brief_(Updated_April_13_2011).pdf); Syndicat

canadien de la fonction publique (2008). *Stratégie représentative de la main-d'œuvre*. Consulté le 6 novembre 2011. <http://scfp.ca/autochtones/a49ff03823306d>

¹⁴³ Salimah Valiani (2011). *Valuing the Invaluable: Rethinking and respecting caring work in Canada*. Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.ona.org/documents/File/pdf/ONAResearchSeries_ValuethelInvaluable_05052011.pdf

¹⁴⁴ Pat Armstrong, Hugh Armstrong et Krista Scott-Dixon (2006). *Critical to Care: Women and Ancillary Work in Health Care*, p. 35. National Network on Environments and Women's Health. Consulté le 5 mai 2008. <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/criticaltocarereport.pdf>

¹⁴⁵ Campagne « Living Wage » du Syndicat des employées et employés d'hôpitaux.

<http://www.heu.org/campaigns-issues/living-wage-campaign>

¹⁴⁶ Jane Stinson, Nancy Pollak et Marcy Cohen (2005). *Pains of Privatization: How Contracting Out Hurts Health Support Workers, Their Families, and Health Care*. CCPA-BC Office, p. 3. Consulté le 6 novembre 2011.

http://www.heu.org/sites/default/files/uploads/2008_MemberResources/pains_privatization.pdf

¹⁴⁷ Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (2010). *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé*, page 81.

<http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Reports/RP4631326/hesarp06/hesarp06-f.pdf>