

Le
Réseau
Canadien pour
la
Santé des
Femmes

Bureau 203, 419, avenue Graham, Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3

Téléphone : (204) 942-5500 Télécopieur : (204) 989-2355

Courriel : cwhn@cwhn.ca Site Web : <http://www.cwhn.ca>

Bureau central 1 888 818-9172

Soumission à la
Commission sur l'avenir des
soins de santé au Canada
du Réseau canadien pour la santé des femmes

Décembre 2001

Information personne-ressource :
Madeline Boscoe
Coordonnatrice exécutive
Téléphone : (204) 942-5500, poste 11
Courriel : ed@cwhn.ca

Résumé

Les femmes sont préoccupées par les services de santé au Canada. Nous représentons la majorité des intervenants rémunérés en matière de santé et nous fournissons aussi la plupart des soins non rémunérés dans les collectivités et à domicile. Nous sommes aussi de fréquentes utilisatrices des services de santé essentiellement en raison de notre rôle de procréation.

Par conséquent, il est essentiel qu'une analyse tenant compte du sexe soit considérée dans la «tâche de formuler des recommandations qui permettront d'assurer la viabilité à long terme d'un système de santé universellement accessible et financé par les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part». (www.healthcarecommission.ca)

Malgré des rapports des médias faisant état du contraire, nous ne croyons pas que notre système de soins de santé soit en crise. Les Canadiens ont de quoi être fiers. Toutefois, des difficultés à surmonter demeurent, par exemple la radiation des services couverts, l'augmentation des coûts des médicaments et de la technologie, l'augmentation des dépenses privées et le déclin du financement public ainsi que l'érosion de la coordination fédérale. De nouveaux modèles de services sont nécessaires pour surmonter ces difficultés.

À cet égard, une vision renouvelée du régime d'assurance-maladie doit au moins comprendre :

- *Un système de soins de santé financé par le secteur public et administré sans but lucratif* : il est bien connu que les soins de santé administrés par le secteur public sont plus efficaces, plus rentables et plus équitables qu'un système dirigé par le secteur privé. Le régime d'assurance-maladie est perçu comme un pilier du système de soins de santé canadien et, à ce titre, il devrait être maintenu.
- *Que la Loi canadienne sur la santé soit respectée et élargie afin qu'elle comprenne* :
 - a. *un régime national d'assurance-médicaments et des mécanismes visant à gérer un accès équitable aux technologies médicales et aux nouvelles techniques.*
 - b. *Un programme national de soins à domicile* : les femmes sont en première ligne pour ce qui est des soins fournis et reçus et les politiques et les pratiques en matière de soins à domicile ou dans la collectivité les touchent de manières différentes des hommes. La prestation de soins de santé a des répercussions plus importantes sur la vie des femmes et constitue un facteur contribuant grandement aux inégalités économiques entre les hommes et les femmes. À ce titre, un programme national de soins à domicile améliorerait les conditions de vie autant pour les personnes soignantes que pour les bénéficiaires.
 - c. *Un programme national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies* : notre système de soins de santé actuel est centré sur le traitement et l'intervention, ce qui est très coûteux et inefficace. Un programme national améliorerait la recherche, le développement des capacités et la diffusion de l'information sur les politiques et les programmes ayant trait à la promotion de la santé et à la prévention des maladies au Canada.

- d. *La protection de nos systèmes de santé dans le cadre d'accords commerciaux internationaux* : le gouvernement fédéral devrait exclure les services de santé de tous les accords commerciaux internationaux.
- e. *Un rôle fédéral solide pour ce qui est de la coordination d'un accès équitable aux services de santé.*

La version renouvelée doit refléter et appuyer les principes d'équité, la justice sociale et le principe de précaution. Cela signifie un engagement envers l'accès fondé sur les besoins, et non pas sur la capacité de payer, et que lorsque plane l'incertitude au sujet d'une procédure, d'une politique ou d'une activité, il devrait incomber à ceux qui souhaitent les mettre en œuvre de démontrer à l'avance qu'elles ne nuiront pas.

Le cadre de cette vision renouvelée devrait comprendre :

- *De nouveaux modèles d'engagement du public canadien en matière de services de santé et l'accroissement de ses capacités en vue de prendre des décisions éclairées sur sa santé et ses soins de santé.* Les Canadiens ont continué d'exprimer leur désir de mieux accéder à des renseignements crédibles, c'est-à-dire la gamme complète de renseignements sur des états de santé, des options de traitement, des résultats pour la santé et une saine politique gouvernementale; du soutien pour des activités d'autogestion de la santé; ainsi que des mécanismes en vue de participer à la planification de services de santé. Bien que l'on compte quelques exemples passionnants, des changements généraux qui permettraient d'atteindre cet objectif n'ont pas encore été mis en place.
- *Une analyse comparative entre les sexes et des modèles de soins centrés sur les femmes* : l'expérience a montré que le sexe est rarement pris en compte en tant que variable lorsqu'il est question d'évaluation des besoins locaux en matière de santé et que les besoins des femmes sur le plan de la santé sont rarement considérés séparément de ceux des hommes. Une analyse comparative entre les sexes devrait ainsi être mandatée par tous ceux qui prennent part à la recherche, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services de santé.
- *Une ouverture d'esprit à l'égard des méthodes de soins innovatrices et alternatives* : le système de soins de santé devrait refléter les différentes hygiènes de vie des Canadiens. Comme plus de gens découvrent des approches complémentaires aux méthodes traditionnelles, dont la médecine chinoise, la naturopathie, les chiropratiques et la profession de sage-femme, le système renouvelé doit prendre ces approches en considération.
- *La santé de la population – rôle des déterminants de la santé* : la recherche a clairement démontré les effets des déterminants «structuraux» de la santé sur le bien-être des populations. Les liens entre les inégalités en matière de santé et les inégalités économiques et sociales ne font pas l'ombre d'un doute. Par conséquent, les programmes et les politiques du gouvernement devraient exiger des évaluations des effets sur la santé, et les programmes qui portent sur les inégalités devraient être renforcés et élargis.

Introduction

Qui nous sommes

Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) est un organisme national bénévole bilingue de personnes et de groupes préoccupés par la santé des femmes. Nous travaillons pour l'équité et la santé de la population.

Après plus de quinze ans de réseautage officieux, le RCSF était officiellement lancé en mai 1993 par des femmes représentant plus de 70 organismes établis dans toutes les provinces et tous les territoires. Le RCSF est né du dévouement sans bornes de travailleuses de la santé, d'éducatrices, de militantes, de consommatrices et d'autres canadiennes engagées à échanger de l'information, des ressources et des stratégies afin d'améliorer la santé des femmes. Nous prenons racine dans le mouvement pour la santé des femmes – un mouvement social qui a mis en question les hypothèses fondamentales, les modèles de services et les priorités pour les femmes et leur santé.

Notre objectif est d'améliorer la santé des filles et des femmes canadiennes en facilitant l'accès à des renseignements actuels et précis en matière de santé, en créant des liens, en prévoyant la participation des femmes de tous âges et de divers milieux à leur propre santé et à la santé des autres et en y contribuant. Nos programmes de base comprennent un centre de renseignements bilingue; le maintien d'un site Web de grande envergure et des bases de données en ligne; des réponses aux demandes de renseignements sur la santé provenant de «patientes/consommatrices/clientes¹», de fournisseuses de soins de santé, de chercheurs et de décideurs; la production d'un bulletin trimestriel et d'un bulletin électronique mensuel; le soutien d'activités de communication de divers réseaux officieux et de groupes de recherche et des réponses à des demandes de gouvernements ou d'organisations par rapport à des consultations et à des conseils. Nos programmes de distribution parviennent à plus de 5 000 personnes ou groupes, notre site Web est visité en moyenne par deux millions de visiteurs par année et nous répondons à plus de 1 000 demandes de renseignements par année.

Le RCSF est géré par un conseil d'administration bénévole dont les membres comprennent des chercheurs en milieu universitaire, des professionnels de la santé, des éducateurs en matière de santé, des experts en communication et des militants de la collectivité. Nous ne comptons pas de directions générales ou de partenaires associés dans notre structure organisationnelle.

Le RCSF est partenaire du Programme de recherche sur les politiques des centres nationaux d'excellence pour la santé des femmes et membre du comité national de direction du programme et de divers groupes de travail et de réseaux de recherche. Le RCSF est également partenaire associé pour la santé des femmes du Réseau canadien de la santé où nous fournissons des renseignements liés à la promotion et à la prévention de la santé destinés au public et aux fournisseurs de soins canadiens.

En réponse à la Commission

Le RCSF est heureux de pouvoir apporter des commentaires au travail de la Commission. Ceux-ci sont fondés sur les activités des centres d'excellences, particulièrement celles du Comité national

¹ Le RCSF utilise les termes «patients/consommateurs/clients/public» de façon interchangeable pour désigner ceux qui utilisent les services de soins de santé et qui paient pour ceux-ci par l'entremise de leurs impôts et de leurs cotisations. Par contre, nous n'en sommes pas satisfaits car aucun de ces termes ne reflète vraiment le rôle unique et complexe de ces personnes. Trop souvent, on ne tient pas compte de ce groupe dans la planification et l'évaluation des soins de santé et dans le cadre de la recherche, sauf comme sujets de recherche.

coordonnateur des femmes et de la réforme en santé et du Working Group on Women and Health Protection (groupe de travail sur les femmes et la protection de la santé), sur d'autres rapports de recherche et de synthèse, sur des soumissions et des énoncés de nos effectifs élargis ainsi que sur notre Conseil d'administration et notre personnel.

Nous nous sommes également appuyés sur le travail de commissions et de rapports récents, y compris l'excellent travail du Forum national sur la santé.

Pourquoi les femmes sont préoccupées par la réforme de la santé

1. Notre utilisation du système de soins de santé

Les femmes ont tendance à utiliser le plus fréquemment le système de soins de santé, ce qui s'explique en partie par notre rôle de procréation dans la société ainsi que par nos responsabilités en tant que principales pourvoyeuses de soins dans nos familles. Les raisons des femmes pour utiliser les services de soins de santé sont différentes de celles des hommes. Toutefois, nous ne coûtions pas nécessairement davantage au système. Une récente analyse de l'utilisation des soins de santé au Manitoba montre que les dépenses en soins de santé des hommes et des femmes sont similaires après avoir tenu compte des différences ayant trait à la biologie de la reproduction et au taux de mortalité par âge plus élevé chez les hommes².

2. Les femmes en tant que travailleuses dans le système de soins de santé

Les femmes représentent la majorité (80 p. 100) des fournisseurs de soins de santé. Bien que ces chiffres pourraient suggérer que nos opinions sont bien représentées en ce qui concerne la prestation de services de santé, les hiérarchies plutôt rigides des établissements de soins de santé et la dépendance de l'habilitation médicale en matière de prises de décisions organisationnelles ont tendance à diminuer l'influence des opinions des femmes dans ces cadres. Le rapport de l'enquête du coroner relativement à l'unité de chirurgie cardiologique pédiatrique du Centre des sciences de la santé, au Manitoba, fait état de discriminations générales contre les cadres supérieurs des soins infirmiers, même lorsque les préoccupations concernant la qualité des soins de santé étaient soulevées.

Plus important encore, les femmes fournissent la plupart des soins non rémunérés dans les collectivités ou à domicile. Les femmes, essentiellement en raison de rôles sociaux, sont les «responsables» de la santé et militent pour leur famille et leur collectivité. Ces activités comprennent la gestion des rendez-vous, l'organisation et la prestation de soins directs à des membres de la famille. Ces tâches sont rarement reconnues et peuvent avoir des répercussions profondes sur la vie des femmes.

Les voix et les préoccupations de ces femmes sont souvent oubliées dans la conception et la prestation des services de soins de santé. Il n'existe aucun mécanisme mandaté prévoyant l'inclusion de personnes soignantes non rémunérées dans la planification des services. On doit donner suite à

² Cameron A. Mustard, D. Sc., Patricia Kaufert, Ph.D., Anita Kozyrskyj, M.Sc. et Teresa Mayer, «Sex Differences in the Use of Health Care Services», dans *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n^o 23, p. 1678-1683, 4 juin 1998.

cette omission et on doit établir des politiques nécessitant la participation de personnes soignantes non rémunérées en matière de planification des services de santé.

Cela est crucial puisque actuellement, les mesures les plus souvent prises pour parer à la limitation des coûts dans les services de soins de santé ont été «un renvoi hâtif» et des soins à domiciles, ce qui porte ainsi la responsabilité de la gestion des soins et du fardeau financier qui s'y rattache sur les personnes et leur famille. Des recherches ont démontré que la plupart de ces soins sont fournis par les femmes – avec peu de reconnaissance extérieure, de soutien ou de formation et avec des dépenses financières et en santé qui doivent être assumées individuellement. Par exemple, les femmes se limitent par rapport à l'emploi, réduisant ainsi leur accès à des avantages médicaux de longue durée et à la retraite, et augmentant de même la possibilité qu'elles doivent faire face à la pauvreté ou à un faible revenu lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite.

3. Les besoins des femmes en matière de santé sont différents de ceux des hommes

Traditionnellement, les besoins des hommes en matière de santé ont constitué le fondement de la recherche sur la santé et de la prestation de services. Cet état de chose fait en sorte que la recherche médicale est menée sur des hommes pour être ensuite généralisée aux femmes avec un manque d'éléments probants. Par exemple, jusqu'à tout récemment, les maladies du cœur étaient considérées comme des maladies d'hommes et la recherche s'est concentrée principalement sur eux. Les chercheurs ont pensé que les femmes présentaient les mêmes symptômes que les hommes. Toutefois, des études montrent maintenant que les symptômes d'une crise cardiaque chez les femmes sont très différents de ceux des hommes et qu'ils apparaissent à des âges différents. De plus, les effets d'une crise cardiaque et les besoins en soins post-hospitaliers sont souvent différents.

Jusqu'à présent, «la santé des femmes» a été définie par nos rôles reproductifs et maternels, ce qui a donné lieu à la médicalisation de processus naturels (c'est-à-dire les menstruations, la grossesse et la ménopause), entraînant parfois des conséquences fâcheuses. Cette approche s'est avérée être déséquilibrée et a eu pour conséquence de trop médicaliser certains aspects de la santé des femmes et d'en négliger d'autres.

Réforme de la santé : valeurs et principes

Le RCSF estime que nous devrions avoir confiance dans les principes consacrés par la *Loi canadienne sur la santé*; l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et l'administration publique. Le système de soins de santé du Canada s'est de loin vu attribuer le taux de satisfaction le plus élevé parmi un large éventail de secteurs des politiques publiques; le soutien envers les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* demeure également solide à travers le pays (Sondage Santé Canada, 1995); et le régime d'assurance-maladie se porte invariablement bien en termes de comparaison internationale de la satisfaction des citoyens envers leur système de soins de santé (OCDE, 1995).³

Ces principes devraient effectivement être consacrés en tant que normes et chaque province devrait être encouragée à élaborer un équivalent provincial.

³ Forum national sur la santé – Le maintien d'un système national de santé : une question de principe(s)... et d'argent, février 1996

Nous recommandons qu'un engagement envers l'accès fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer et que la compassion soient compris avec l'appui de la majorité des Canadiens. De plus, des principes nécessitant de l'analyse comparative entre les sexes et l'engagement de «patientes/consommatrices/clientes» en planification de soins de santé et en évaluation devraient être élaborés.

II. Réforme de la santé : viabilité et étendue des services

1. Le RCSF recommande que le rapport de la Commission exprime un engagement clair envers un système de soins de santé financé par le public et administré sans but lucratif.

Il est bien connu qu'un tel système serait plus efficace, plus rentable et plus équitable. Par conséquent, appuyé par des éléments probants, les suggestions ayant trait à la mise en œuvre d'un ticket modérateur et l'expansion de systèmes privés lucratifs sont absolument inappropriés.

Le RCSF reconnaît que notre système de soins de santé actuel repose sur un équilibre complexe entre le financement privé et public. Par contre, au cours des dernières années, les médias et autres ont créé une image illustrant une absence de contrôle des dépenses par le système public dans le domaine des soins de santé. Cette image est faussée.

Durant le début des années 90, les gouvernements ont considérablement compressé les dépenses en soins de santé afin de réduire le déficit. Depuis 1997, les dépenses ont repris au rythme de notre économie. Nous n'avons atteint que les niveaux de 1992 pour ce qui est du financement proportionnel par habitant et en réalité, le Canada ne dépense maintenant que 9,2 p. 100 du PIB pour la santé comparativement à 10,2 p. 100 en 1992. Entre-temps, les dépenses privées ont augmenté.

Ce qu'il en coûte de dépendre de plus en plus des solutions privées et à but lucratif

De plus en plus, des personnes paient davantage ou voient les coûts pris en charge par le régime d'assurance-maladie complémentaire de leur lieu de travail pour des services qui étaient autrefois couverts par le régime d'assurance-maladie. Bien que cela ait des effets sur les deux sexes, les femmes et les hommes ne disposent pas des mêmes ressources financières pour faire face à ce changement.

Cette modification en fait de responsabilité de paiement désavantage nettement les femmes pour de nombreuses raisons.

- a. Les femmes font face à une probabilité plus élevée de vivre dans la pauvreté. Cela est particulièrement vrai par rapport aux mères assurant seule le soutien de la famille, les femmes plus âgées célibataires ou veuves, les femmes handicapées, les femmes autochtones et les femmes issues d'un groupe minoritaire visible⁴.
- b. Les femmes ont généralement un emploi à temps partiel comparativement aux hommes (26 p. 100 par rapport à 9 p. 100)⁵. Par conséquent, moins de femmes ont accès aux ensembles d'avantages sociaux de leur employeur.

⁴ Women's Health Clinic, Women, Poverty and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action (Les femmes, la pauvreté et la santé au Manitoba : aperçu et idées d'interventions), juillet 2000, http://www.cwhn.ca/resources/women_poverty/summary.html

⁵ Statistique Canada, 1995

Certaines personnes et certains groupes soutiennent que les cliniques privées constituent une méthode rentable de même qu'une manière de conserver des professionnels hautement spécialisés, que les frais d'utilisation empêcheront les abus et que ces points sont une solution à la « crise des soins de santé » actuelle.

Cependant, les cliniques privées ont tendance à exploiter des services très probablement en vue de maximiser les profits et le système public se voit dans l'obligation de payer pour des complications découlant de procédures effectuées dans des cliniques privées. « En dépit des belles paroles, les frais d'utilisation ne rendent pas le système de santé plus abordable. La recherche a montré à maintes reprises que les frais d'utilisation avantagent inévitablement les personnes riches et en bonne santé tout en dégradant la situation pour les malades et les pauvres. »⁶

Un essai opportuniste en Saskatchewan a démontré exactement cet effet lorsque cette province a introduit un ticket modérateur pour les visites chez le médecin. Les frais, l'équivalent aujourd'hui d'environ 10 dollars, a conduit à une diminution de 18 p. 100 des visites chez le médecin par les pauvres. La diminution totale n'était pourtant que de 6 à 7 p. 100. L'explication de cette différence réside dans le fait que le médecin, plutôt que le patient, est à l'origine des visites. Les médecins de la Saskatchewan, recevant des honoraires à l'acte, ont vu la possibilité d'une baisse de revenu alors que les personnes pauvres allaient moins souvent se faire soigner. De ce fait, ils ont augmenté le nombre de visites des personnes qui avaient les moyens de payer. Ils ont également utilisé un mélange de services plus coûteux. C'est pourquoi, malgré une baisse considérable de l'utilisation par les pauvres, presque aucune économie n'a été enregistrée⁷.

Le Comité coordonnateur national des femmes et de la réforme en santé a produit un document sur les répercussions de la privatisation sur les femmes. Ce document ainsi que son livre d'accompagnement « Exposing Privatization: Women and Health Care in Canada » (la privatisation au grand jour : les femmes et les soins de santé au Canada), ont été soumis à la Commission séparément. Le fardeau de la restructuration actuelle des services de santé a été inspiré par les femmes.

Les organismes privés à but lucratif réduisent également la transparence et la responsabilisation envers le public canadien. Les économies supplémentaires devraient être retournées et investies dans la santé et les services sociaux – elles ne devraient pas constituer des profits pour les investisseurs.

Les stratégies de privatisation servent à augmenter les inégalités en matière de santé, ne résolvent pas les problèmes fondamentaux de la prestation de services de santé et réduisent l'accès des femmes et d'autres personnes. À ce titre, la privatisation sous toutes ses formes est un problème plutôt qu'une solution pour la plupart des femmes.

2. En fait de financement viable, le RCSF recommande les solutions suivantes :

- Maintenir les dépenses en soins de santé proportionnelles au PIB, en s'assurant que la croissance du secteur de la santé suit au moins celle de l'économie. Une entente

⁶ À bas les mythes – FCRSS

⁷ Mémoire de la Women's Health Clinic au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Sénat du Canada – renseignement sur la citation provenant du Medical Reform Group of Ontario, <http://www.hwcn.org/link/mrg/>

déterminerait les contributions relatives des gouvernements fédéral et provinciaux aux dépenses en soins de santé qui seraient mandatées au fur et à mesure que croît l'économie.

- Affirmer un rôle fédéral fort en établissant un mécanisme national pour la coordination et le contrôle des soins de santé afin d'assurer le maintien, l'extension et l'accès à des soins de grande qualité, indépendamment de la capacité de payer. D'un point de vue historique, c'est le gouvernement fédéral qui a mis sur pied les politiques (plus particulièrement les cinq conditions originales du régime d'assurance-maladie et, subséquemment, la *Loi canadienne sur la santé* et son application sporadique) visant à assurer un accès équitable aux soins de santé. La scène nationale actuelle semble indiquer que cette tendance se poursuivra. Un niveau élevé de leadership fédéral est donc essentiel⁸.
- L'établissement de mécanismes transparents pour évaluer des technologies médicales et des médicaments – voir ci-dessous.

III. *Loi canadienne sur la santé* : respect et élargissement

Le RCSF soutient résolument les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et son élargissement. Non seulement la Loi actuelle devrait être maintenue, elle a aussi besoin d'être élargie afin d'inclure les soins à domicile, les soins de santé communautaires et l'assurance-médicaments.

Nous conseillons donc vivement à la Commission d'inclure dans son rapport des recommandations ayant trait à ce qui suit :

1. Un programme national d'assurance-médicaments et des mécanismes visant à gérer un accès équitable à des technologies médicales et à de nouvelles techniques. Le RCSF estime qu'il existe de fortes indications qu'un programme national d'assurance-médicaments réduirait les dépenses en médicaments et augmenterait les résultats pour la santé. Ce programme devrait comprendre :

- **Un programme national ayant pour but de mettre sur pied et de maintenir un centre de renseignements accessible sur les médicaments et les instruments à l'intention des consommateurs.** Les profanes ont besoins de renseignements actualisés, précis, complets et impartiaux sur le pour et le contre de toutes les options thérapeutiques, médicamenteuses ou autres, ainsi que l'option de ne pas recevoir de traitement, par rapport aux maladies auxquelles ils font face. Une variété d'organismes et de groupes dont le Centre de collaboration Cochrane, des unités provinciales d'évaluation de technologies médicales et des organismes bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé, comme le Réseau canadien pour la santé des femmes, se penchent sur cette question.
- **L'interdiction continue et forcée de la publicité directe des médicaments d'ordonnance** – étant donné le manque de preuves faisant état d'avantages pour la santé et le potentiel de risque et d'utilisation inappropriée du système de soins de santé. Veuillez consulter le rapport *Direct to Consumer Prescription Drug Advertising* (la publicité directe des

⁸ Mémoire de la Women's Health Clinic au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie – citations du Medical Reform Group of Ontario, <http://www.hwcn.org/link/mrg/>.

médicaments d'ordonnance) préparé par le Groupe de travail sur les enjeux pour les femmes de la loi fédérale sur la santé⁹.

- **L'introduction de moyens de dissuasion afin de réduire les effets de la publicité pharmaceutique et des activités «pédagogiques» des bureaux de médecins. Cela devrait comporter l'introduction d'une taxe** pour les fabricants de médicaments et d'instruments ce qui, en retour, soutiendrait les programmes décrits dans la présente. Ces programmes sont coûteux – ils comprennent des déjeuners gratuits, des voyages, les salaires du personnel de promotion, des échantillons ainsi que de la publicité – et, de façon générale, se rangent dans une catégorie qui n'est pas imposable. Aux États-Unis, par exemple, les sociétés pharmaceutiques ont dépensé plus de 10 milliards de dollars chaque année pour la promotion de médicaments. Les médecins sont tout aussi préoccupés par cet état de chose. À titre d'exemple, vous pouvez consulter le programme «NO FREE LUNCH» – www.nofreelunch.org/ (en anglais seulement).
- **L'élaboration d'un système de déclaration des réactions indésirables à une drogue qui comprend la participation active des consommateurs. Cela devrait constituer un élément des systèmes de surveillance et de la protection de la santé de Santé Canada, et non un élément géré par l'industrie.** Des expériences avec le Depo-Provera, les implants mammaires, la surveillance électronique du fœtus nous incitent à n'avoir aucune confiance envers la capacité de leadership de l'industrie privée dans ce domaine.
- **L'élaboration d'un système national d'achat en grandes quantités en vue de réduire les coûts.**
- **L'établissement d'un processus de gestion transparent afin de décider si les médicaments, les technologies et les techniques médicales doivent faire partie des services du régime de l'assurance-maladie.**

Les Canadiens sont préoccupés par le manque de transparence des processus actuels et par le fait qu'ils sont peu compréhensibles et possiblement inéquitables, comme en témoignent de récentes contestations de décisions provinciales par l'utilisation de plaintes concernant les droits de la personne. Le nombre croissant de nouveaux médicaments et de tests génétiques coûteux devraient attirer notre attention vers le besoin à cet effet.

Trop souvent, la compétitivité entre les établissements, la répétition inutile des efforts et le manque de bonnes données de résultats entravent la prise de décisions efficaces. Cela nécessitera également un processus crédible visant à communiquer ces décisions au public et aux consommateurs. De plus, la compassion, une des pierres angulaires des soins de santé, doit être reconnue et appuyée au sein des processus de prises de décisions tout autant que le principe de précaution.

2. Programme national de soins à domicile et de soins de santé communautaires

⁹ D.E.S. Action Canada, <http://www.web.net/~desact/francais/francais.html>

Des congés hâtifs, la désinstitutionnalisation et un nombre croissant de Canadiens vivant avec des maladies chroniques ont fait passer de plus en plus de prestations de soins vers les collectivités et les familles – particulièrement les femmes – comme nous l'avons vu précédemment. Le manque de programmes de soins à domicile crée une discrimination injuste contre les femmes.

Tout au long de leur vie adulte, les femmes courent plus de risques que les hommes de connaître des situations stressantes et du surmenage en raison des soins multiples et des tâches professionnelles qu'elles accomplissent. On commence seulement à comprendre l'étendue et la nature des prestations de soins non rémunérées effectuées par les femmes ainsi que le stress et les effets sur la santé que cela créé. La recherche de la Saskatchewan a montré qu'après seulement 18 mois de prestation de soins continus, la santé de 60 p. 100 des personnes soignantes commence à se détériorer¹⁰. Ces dernières sacrifient souvent leur propre santé par leur engagement à maintenir ou à améliorer la qualité de vie d'une autre personne.

Un programme national de soins à domicile aurait les avantages d'une prestation de services transparente et responsable, des normes de qualité relatives aux soins et des prestations de soutien et de services de niveaux homogènes. Plus important encore, ce processus assurerait aux bénéficiaires une place à la table des négociations et ferait en sorte qu'ils pourront faire entendre leurs besoins, leurs préoccupations et leurs plaintes.

3. L'élaboration de mécanismes de compensations financières pour les fournisseurs de soins non rémunérés

Ces mécanismes devraient comprendre la mise en place de prestations de retraite et d'autres soutiens financiers pour les aidants naturels ainsi que de meilleurs programmes de congés pour obligations familiales. Ces éléments sont essentiels aux politiques d'hygiène publique. De meilleurs programmes de congés pour obligations familiales résoudraient certains des effets négatifs sur la santé et le bien-être des fournisseurs de soins. De plus, la vaste majorité de ces aidants naturels sont des femmes qui devraient recevoir une certaine forme de compensation pour la perte de revenus.

Janice M. Keefe, Ph.D. et Pamela J. Fancey, MA, de l'Université Mount Saint Vincent, dans leur rapport de 1998, *Financial Compensation Versus Community Supports: An Analysis of the Effects on Caregivers and Care Receivers*, déclarent que [Traduction] «le paiement direct aux fournisseurs de soins sert à renforcer les valeurs sociales de l'aide et des soins de santé, ces valeurs étant devenues de plus en plus difficiles à réaliser en raison des changements démographiques familiaux». Nous recommandons :

- Que des compensations financières sous forme de paiements directs soient considérées comme une manière de reconnaître et de soutenir les prestataires de soins familiaux.
- Qu'une compensation directe sous forme d'indemnités versées à la personne soignante soit davantage pris en compte par l'intermédiaire d'un programme pilote visant à mesurer son efficacité à soutenir la relation entre soignants et patients.
- Que des compensations financières et la disponibilité des services soient perçus comme complémentaires. Les compensations ne devraient pas être perçues comme une solution de

¹⁰ Office national du film du Canada, *Until the Day Comes*, 1990

rechange aux services, mais comme un éventail de soutiens à l'élaboration d'une approche globale et flexible visant à répondre aux besoins des personnes soignantes¹¹.

4. Un programme national sur la promotion de la santé et la prévention des maladies

On sait que de solides programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies assurent une population plus en santé. Une population plus en santé est moins dépendante des interventions et des traitements médicaux coûteux. Ces programmes sont actuellement fragmentés et temporaires. Le programme national devrait fournir :

- **Un appui aux initiatives personnelles des citoyens, aux groupes de soutien mutuel et aux groupes d'action.** Les groupes communautaires ont eu du mal à maintenir leurs activités depuis les compressions fédérales. Les effets secondaires de ces compressions fédérales sur les organisations civiques se sont traduits par une augmentation des liens et du financement en provenance de l'industrie pharmaceutique. Qu'ils soient voulus ou non, ces liens influencent les composantes de défense d'intérêts et de conseils d'orientation stratégique des activités de ces groupes. Des questions de conflits d'intérêts voient le jour, ce qui encourage également la domination de groupes centrés sur une maladie en particulier parce que l'on compte peu de «partenaires» en matière de politiques d'hygiène publique et de programmes significatifs de prévention.
- **Un appui au grand public, aux collectivités et à des programmes ciblés de promotion de la santé et d'éducation.** Les stratégies doivent prendre en considération les liens entre les facteurs de risque et les déterminants de la santé non médicaux. Cela devrait englober l'éducation et d'autres programmes ayant trait aux déterminants structurels essentiels de la santé et, au bout du compte, renforcer l'acceptation du public et la mise en œuvre d'importantes politiques d'hygiène publique.

Remarque : La promotion du «bien-être» ne devrait pas signifier que nous faisons passer toutes les responsabilités en matière de santé aux particuliers. Nous ne pouvons ignorer le fait que la pauvreté, les conditions sociales et de travail sont les déterminants les plus importants de l'état de santé d'une personne. Nous avons besoin de politiques sociales et économiques qui réduisent la pauvreté et par ailleurs tiennent compte des politiques d'hygiène publique.

5. Le gouvernement fédéral négocie une exclusion générale des services de santé de toutes les ententes commerciales et la protection conférée par un brevet accordé seulement après un examen minutieux des effets sur l'état de santé et les services de santé.

En dépit d'une assurance initiale, il est clair que des ententes internationales comme l'ALENA et la législation comme la *Loi sur les brevets* peuvent avoir un effet réel sur les services de santé et les compétences.

¹¹ Mémoire de la Women's Health Clinic au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

- Par exemple, avec l'ALENA, il sera difficile d'entreprendre des programmes nationaux comme l'assurance-médicaments et les soins à domicile sans une exclusion puisque des sociétés à but lucratif de propriété internationale sont exploitées au Canada.
- Nous avons besoin d'un examen de la protection conférée par un brevet puisque les politiques en place ont eu, et continueront d'avoir, des répercussions significatives sur les Canadiens. Jusqu'ici, nous avons pu le constater davantage par l'augmentation des coûts des nouveaux produits pharmaceutiques. Nous n'avons besoin que de nous pencher également sur un récent exemple de tests génétiques pour le cancer du sein (c'est-à-dire le BRCA1 et le BRCA2) pour se rendre compte que les répercussions du brevetage se feront sentir au-delà des prix des médicaments. Par exemple, avec le BRCA1, Myriad Genetics a introduit ce qui n'a pu se traduire que par des coûts et des exigences établies extrêmes qui ont mené à la radiation de la procédure en Colombie-Britannique et en Ontario. Cette question n'est toujours pas résolue¹².

6. De nouveaux modèles visant à faire participer le public canadien aux services de santé et à augmenter ses capacités à prendre des décisions éclairées sur sa santé et ses soins de santé.

Le RCSF encourage fortement la Commission à inclure dans ses valeurs un engagement envers l'autonomisation des citoyens et envers le développement de nouveaux modèles de prestation de services. Cela assurerait des politiques et des services souples et accessibles par rapport aux besoins de la population.

Il existe des modèles réussis, spécialement dans la collectivité des femmes, qui comportent les approches suivantes :

- Des processus visant à encourager un partenariat entre la femme/cliente et sa personne soignante. Du personnel et des volontaires atténuent les différences entre le consommateur et le fournisseur de soins et cherchent à établir un partenariat avec cette personne pour ce qui est du traitement de ses problèmes de santé.
- Des services centrés sur le consommateur : le consommateur, dans le contexte de sa collectivité, est le centre des services et de la planification. Par exemple, des centres de santé communautaire dotés de conseils d'administration formés de clients servis par la clinique constituent d'excellents modèles de cette forme de prestation de services.
- L'accès à de meilleurs renseignements en matière de santé. Les Canadiens ont continué à exprimer un désir pour un accès accru à des renseignements crédibles, c'est-à-dire une gamme complète de renseignements sur les états de santé, les options de traitement, les résultats pour la santé et les politiques d'hygiène publique, du soutien en vue d'activités d'autogestion de la santé et des mécanismes en vue de participer à la planification de services de santé. Bien que l'on compte quelques exemples locaux passionnants, aucun changement général pouvant permettre d'atteindre cet objectif n'a encore eu lieu. Du soutien pour les organisations du secteur bénévole œuvrant dans le domaine de la santé et au développement de modèles, comme Info-Santé, ainsi que l'élargissement du mandat du Réseau canadien de la santé afin qu'il fournisse des renseignements sur les médicaments et les traitements appuieraient ces efforts.

¹² Mémoire de la Women's Health Clinic au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

- Des approches d'équipe : des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé travaillant en collaboration, dont du personnel professionnel, auxiliaire et bénévole, sont des plus efficaces pour ce qui est de répondre aux besoins des femmes.
- Utilisation de pairs bénévoles : les pairs bénévoles jouent un rôle essentiel en matière de promotion de l'autonomisation des clients par le façonnement d'habiletés à se prendre en charge, en démystifiant les renseignements médicaux et en apportant une perspective communautaire à la conception et à la prestation de services.
- Participation de la collectivité : travailler en partenariat avec différentes collectivités préoccupées par la santé et miser sur les forces et les intérêts des partenaires dont les bénévoles, les clients, les fournisseurs de services et d'autres membres de la collectivité constituent des approches importantes.
- Élaboration de programmes innovateurs : une approche d'élaboration continue et de réorientation des services fondée sur de nouvelles connaissances des besoins et des problèmes des consommateurs comprend la collaboration avec les collectivités des femmes et des chercheurs ainsi que l'intégration des connaissances nouvellement acquises¹³.

7. Exigences de l'analyse comparative entre les sexes (ACS) par rapport à la prestation de services et à la planification.

On décrit l'ACS comme un instrument analytique qui utilise le sexe comme un principe d'organisation ou comme une manière de conceptualiser l'information. Ce type d'analyse fournit un cadre de travail qui reconnaît que les femmes et les hommes sont différents et que les politiques et les pratiques ont un effet différent sur eux. Elle permet aussi une analyse de la diversité qui tient compte de facteurs comme la race, l'origine ethnique, le niveau de compétence et l'orientation sexuelle.

L'ACS permet d'établir des politiques d'hygiène publique puisqu'elle reconnaît la nécessité de faire participer les femmes et les hommes aux processus décisionnels et donne une pondération égale à la connaissance et aux expériences des deux sexes. De plus, des statistiques tenant compte du sexe nécessitent que toutes les données officielles comportent une répartition par sexe, dont les différences relatives à l'état de santé, aux revenus, aux réussites, à l'utilisation, etc., et qu'elles soient minutieusement analysées afin de refléter l'influence des problématiques hommes-femmes. Des méthodes qualitatives de collecte de dons/cs offrent aussi une perspective particulièrement précieuse du fait que les voix des femmes constituent une importante partie des éléments probants.

En raison d'accords internationaux, Santé Canada s'est récemment engagée à mettre en œuvre l'analyse comparative entre les sexes à travers le ministère¹⁴. Cette approche veillera à ce que toutes les politiques, tous les programmes et toutes les lois qui sont examinés ou élaborés le seront dans le meilleur intérêt de TOUS les Canadiens. Les répercussions que ce processus aura sur la prestation directe de services à l'échelle provinciale sont incertaines. De la recherche produite par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies a démontré que, sans ce type d'analyse, les problèmes et les perspectives des femmes peuvent échapper aux processus de planification régionale en dépit de l'opinion voulant que ces processus soient davantage fondés sur la collectivité¹⁵. Dernièrement, la province de la Colombie-Britannique a diffusé un nouveau document intitulé

¹³ Mémoire de la Women's Health Clinic au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

¹⁴ Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, Politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes, <http://www.cwhn.ca/ressources/acs/matiere.pdf>

¹⁵ T. Horne, L. Donner et W. E. Thurston, Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress, 1999, <http://www.pwhce.ca/pdf/iv.pdf>.

«Gender-Inclusive Health Planning: A guide for Health Authorities in British Columbia» qui pourrait servir de modèle¹⁶. Le Québec a entrepris un modèle similaire, mais il n'est pas encore terminé. Il existe plusieurs modèles réussis de soins centrés sur les femmes à travers le pays pour lesquels l'analyse comparative entre les sexes est une composante centrale de leur fonctionnement. Essentiellement, ces modèles reconnaissent l'importance de l'autonomisation des femmes et encouragent leur participation par rapport aux services de santé, à la planification, à la mise en œuvre, à l'évaluation, aux politiques et à la recherche ayant trait aux programmes. Ils reconnaissent aussi que les femmes font face à des obstacles supplémentaires pour ce qui est d'accéder aux services de soins de santé et, à ce titre, s'efforcent de s'assurer que les programmes sont respectueux, sécuritaires et qu'ils répondent aux besoins des consommateurs. Certains conseils provinciaux ou régionaux de la santé ont élaboré leur propre modèle, par exemple, le Framework for Women Centered Care¹⁷ du Vancouver Richmond Regional Health Board ou le Women's Health Clinic à Winnipeg¹⁸, mais cela est inégal.

Il est donc important que l'analyse comparative entre les sexes devienne une activité mandatée.

8. Reconnaître des méthodes de soins complémentaires et alternatives

De plus en plus de Canadiens se tournent vers des thérapies alternatives et innovatrices afin de soigner différentes maladies chroniques et pour rester en santé. Notre société multiculturelle compte une gamme de traditions et d'expériences dans lesquelles nous pouvons puiser et auxquelles les Canadiens tenteront d'accéder. Elles comprennent, par exemple, la médecine traditionnelle chinoise, les guérisseurs traditionnels autochtones, la médecine ayurvédique et la naturopathie.

L'accès à la dentisterie et aux services de conseils demeure aussi en périphérie des services de santé. Nous aurons besoin de mécanismes qui permettront des choix individuels et l'accès à des soins adaptés à la culture dans le contexte de la santé et des besoins en matière de santé de la population ainsi que l'assurance que ces mécanismes se traduiront par des services et des traitements de haute qualité.

Les personnes qui utilisent les thérapies alternatives déclarent qu'elles correspondaient mieux à leurs valeurs et à leurs convictions en fait de vie et de santé. Également, ces méthodes évaluent tous les aspects de la personne et utilisent des moyens naturels pour aider le corps à se guérir lui-même. Bien que de nombreuses thérapies alternatives et complémentaires aient été utilisées de façon sécuritaire pendant des générations et qu'elles aient prouvé leur efficacité, il en existe plusieurs en marge de la responsabilité publique et dont l'efficacité n'a pas été prouvée.

À cet égard, **le rapport de la Commission devrait reconnaître ces phénomènes et formuler des recommandations visant à répondre à ces besoins, lesquelles devraient comprendre :**

- L'établissement de processus transparents pour les besoins de l'évaluation et de l'homologation des fournisseurs de soins complémentaires et alternatifs et leurs modalités de traitement lorsqu'elles ne sont pas déjà en place.
- Du soutien pour la recherche et du financement pour des projets expérimentaux destinés aux fournisseurs de soins de santé alternatifs dans le cadre d'une équipe de soins de santé intégrés.

¹⁶ Ministry of Health Services, www.healthservices.gov.bc.ca/whb

¹⁷ http://www.vcn.bc.ca/vrhb/Down_Loads/Womens_PHAC/WomenCentredHealth-Jun-2001.pdf

¹⁸ Consultez www.womenshealthclinic.org pour commander de l'information

- Des écoles médicales, d'obstétrique et d'infirmières offrant des cours de méthodes de soins alternatifs et complémentaires.

9. L'établissement de mécanismes visant à examiner les déterminants de la santé et les inégalités en matière de santé. Ces mécanismes devraient comporter :

- Des évaluations des effets sur la santé qui font partie **des activités et des politiques gouvernementales.**
- **L'établissement d'un commissaire à la santé afin de surveiller les répercussions des politiques du gouvernement sur la santé et d'en faire rapport.** C'est un secteur dans lequel nous avons besoin d'une assimilation de la connaissance et de prises de décisions fondées sur des données probantes, particulièrement en ce qui concerne les cadres supérieurs dans tous les ministères. Parfois, nous ne souffrons pas d'un manque de connaissances, nous souffrons plutôt d'un «manque d'interventions».

Il existe maintenant un lien positif bien établi entre le niveau de revenu et la santé. Des recherches plus récentes ont démontré des liens non seulement entre le niveau de revenu et la santé, mais aussi entre les inégalités sociétales de revenu et la santé. Ce qui veut dire que les sociétés montrant de plus grandes inégalités économiques accusent un plus haut taux de mortalité que les sociétés plus égalitaires. Cette constatation est importante car elle renvoie à nos interdépendances en tant que membres d'une collectivité¹⁹. Les coûts de l'exclusion sociale et des inégalités en matière de santé sont ressentis par tous.

Toutefois, les femmes forment la majorité des pauvres du Canada. Une canadienne sur cinq vit dans la pauvreté – soit 2,8 millions de femmes²⁰. De plus, les femmes plus âgées, seules soutien de famille, veuves et célibataires, les femmes autochtones, les femmes handicapées et les femmes issues de minorités visibles sont particulièrement vulnérables à la pauvreté.

Comprendre le statut socio-économique des femmes est plus compliqué que pour les hommes, étant donné que les femmes ont un salaire considérablement moins élevé que celui des hommes, qu'elles montrent un taux moins élevé de participation au marché du travail et qu'elles sont plus susceptibles de travailler à temps partiel et de peut-être quitter le marché du travail afin d'élever des enfants.

Des récentes analyses de données canadiennes par Margaret Denton et Vivienne Walters ont démontré que le lien entre le niveau de revenu et la santé est plus évident pour les femmes que pour les hommes, les deux ayant trait aux mesures des perceptions personnelles de la santé et de la santé fonctionnelle. Cela contraste avec des ouvrages précédents ayant typiquement fait état d'écart moins marquants des inégalités socio-économiques entre les femmes et les hommes. M^{mes} Denton et Walters sont également arrivées à la conclusion que les déterminants de la santé, dont le statut socio-économique, ont des répercussions plus importantes sur la santé des femmes que les déterminants comportementaux de la santé – des aspects du mode de vie comme le tabagisme, la consommation d'alcool, les activités physiques et le poids. Cela reflète l'importance de donner suite aux inégalités des niveaux de revenu afin d'améliorer la santé des femmes.

En ce moment, les politiques et les programmes gouvernementaux ne sont pas évalués par rapport à leurs effets sur l'état de santé de la population, malgré les liens connus entre le statut

¹⁹ Women's Health Clinic, Women, Poverty and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action (Les femmes, la pauvreté et la santé au Manitoba : aperçu et idées d'interventions), juillet 2000, http://www.cwhn.ca/resources/women_poverty/summary.html

²⁰ ICREF

socio-économique et la santé. Cet état de fait est mal saisi par le grand public et les décideurs. Les raisons pour lesquelles nous avons besoin d'évaluations des impacts environnementaux mais d'aucune liées aux effets sur la santé sont obscures.

10. Le principe de précaution

Le RCSF recommande que la Commission reconnaisse le principe de précaution en tant que valeur fondamentale dans un système de soins de santé renouvelé. Le «principe de précaution» est une approche qui énonce que lorsque plane l'incertitude au sujet d'une procédure, d'une politique ou d'une activité, il devrait incomber à ceux qui souhaitent les mettre en œuvre de démontrer à l'avance qu'elles ne nuiront pas (à la différence de l'approche plus courante d'appuyer une activité jusqu'à ce que quelqu'un mette en lumière ses effets nuisibles). Cela est particulièrement important en fait de réglementation de médicaments, de tests et d'instruments. Ce principe devrait faire partie du renouvellement des valeurs et de la vision des soins de santé.

11. L'amélioration de l'éducation, de la consignation, de la communication de rapports et de la surveillance doit être au cœur de la réforme des soins de santé. Cela devrait comprendre :

Consommateurs/public/patients/clients

- Les patients accèdent à des renseignements de la plus haute qualité, faciles à assimiler, sur leur état de santé et sur les choix de traitements qui sont appropriés en fonction de leur sexe et d'autres caractéristiques personnelles. Les risques et les avantages de chaque traitement sont expliqués en détail au patient par l'équipe de soins de santé ainsi que les avantages et les risques de ne pas intervenir.
- Des renseignements sur la qualité et les résultats liés aux établissements et aux fournisseurs de soins de santé et des modèles possibles de prestation de services.
- Des renseignements sur la santé de la population par rapport à la collectivité et les répercussions des politiques gouvernementales sur la santé.

Décideurs

- Les décideurs accèdent à des renseignements sur les soins aux patients et sur les coûts-avantages sous forme d'ensemble afin de protéger les renseignements personnels du patient et les renseignements sur les priorités, les intérêts et les valeurs de leurs éléments. Des études longitudinales et des projections sont facilement disponibles et il existe un forum efficace pour les besoins de discussion et de participation des intervenants.
- Une fois l'an, les gouvernements devraient faire paraître un rapport de rendement sur la santé des femmes. Ce rapport mettrait en lumière l'état de santé des femmes à l'échelle nationale et provinciale et étudierait les politiques qui ont eu une incidence positive ou négative sur la capacité des femmes à jouir d'une bonne santé. Ce processus tiendrait compte de la responsabilisation et mettrait l'accent sur les questions liées à la santé des femmes. On peut trouver un exemple de rapport de rendement sur la page Web du Women's Health Center de la Oregon Health and Science University : <http://www.ohsu.edu/women/ReportCard.htm>.

Fournisseurs de services

- Les administrateurs des services et des établissements de soins de santé, y compris au chapitre des soins à domicile, de la santé mentale et de la santé communautaire, accèdent à des données longitudinales et comparatives sur les variations des services. Il existe des indicateurs de rendement à court et à long terme. De portée générale, les renseignements liés sur les indicateurs socio-économiques, les déterminants médicaux et non médicaux de la santé, les coûts d'utilisation et les capacités en matière de soins de santé sont disponibles. Des systèmes de renseignements fournissent des analyses comparatives dans les domaines de la planification, menant à la compréhension des contributions relatives des données d'entrée médicales et non médicales pour la santé; le lien entre les renseignements et le financement actuel et les perspectives de prestation; et la souplesse de fournir des réponses précises à des questions de politiques bien structurées.
- Les fournisseurs accèdent à des données probantes de haute qualité sur les soins aux patients au point de service. Les données probantes correspondent le plus possible à la situation particulière, prenant en considération toutes les différences pertinentes, y compris le sexe et la culture. Des renseignements sur les normes de la pratique et sur des évaluations de coûts sont facilement disponibles. Des données probantes de haute qualité, accompagnées d'incitations et d'outils appropriés, permettent l'adoption de nouvelles normes de pratique approuvées. Les dossiers de santé et les dossiers médicaux distribués à un grand nombre d'établissements et d'organisations sont accessibles au besoin par l'intermédiaire de la technologie de l'information, laquelle garantit la protection des renseignements personnels et la confidentialité des dossiers des patients²¹.

En conclusion, nous aimerions vous remercier pour cette occasion de partager nos idées et de présenter notre position à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. La Commission est dans une position unique pouvant faire en sorte que notre système de santé demeure fondé sur l'équité, le besoin et l'accessibilité pour les générations à venir.

²¹ Rapport du Forum national sur la santé