

**Notes pour une allocution de
Roy Romanow, commissaire
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
à
l'Université Queen's
Kingston (Ontario)
Le 3 décembre 2002**

Version non définitive

Introduction

Merci de votre chaleureux accueil! C'est toujours un grand plaisir que de venir à l'Université Queen's, une université à l'histoire très riche et à l'avenir brillant qui, et ce n'est pas sans importance, peut prétendre au titre de foyer de naissance du hockey professionnel au Canada!

Avant de venir ici, je suis allé voir le site Web de l'Université où j'ai été frappé par le message d'accueil du directeur et vice-chancelier Leggett : « Comme toute grande institution, dit-il, l'Université Queen's tire sa grandeur d'une suite de décisions délibérées et souvent difficiles qui ont moulé son histoire et défini sa nature particulière. »

On peut dire la même chose de l'assurance-santé, qui tire aussi sa grandeur d'une suite de décisions délibérées et souvent difficiles qui ont moulé son histoire et défini sa nature particulière.

Depuis la publication de mon rapport, il y a un peu plus d'une semaine, sa couverture médiatique « tous azimuts » témoigne clairement de l'intérêt considérable que revêt le système de santé pour les Canadiens.

Même si certaines réactions ont été un peu excessives, et si certaines de mes conclusions et recommandations ont été présentées de manière parfois délibérément trompeuse, je dois dire que j'ai été généralement très encouragé par la réaction des Canadiens.

À leurs yeux, ce rapport est moins l'expression de mes vues personnelles que le reflet de leurs valeurs, de leurs opinions et de leurs besoins. Et j'ai la conviction que les Canadiens, pendant le débat intergouvernemental sur le point de s'amorcer, sauront voir au-delà des positionnements idéologiques prévisibles pour aller au cœur même de ce qui est vraiment en jeu.

Comme c'est peut-être la dernière fois que je parle en public du secteur de la santé, je veux en profiter pour faire le point sur plusieurs questions importantes avant de me retirer dans le clair crépuscule de Saskatoon.

Comme je ne suis plus candidat à une fonction électorale, je me sens parfaitement libre de ne tenir aucun compte de la vieille maxime politique qui enjoint de « ne jamais expliquer, ne jamais se plaindre », ne serait-ce que parce que je ne veux pas que le programme de réforme que les Canadiens m'ont demandé de leur proposer soit détourné par d'autres personnes.

Mon rapport concerne avant tout notre système de santé, c'est-à-dire comment faire en sorte qu'il réponde aux besoins des Canadiens et qu'il demeure efficace et utile à l'avenir. Certes, j'y parle d'argent et de relations intergouvernementales, mais il ne s'agit là que de moyens nécessaires pour une fin plus importante : améliorer l'accès à des soins de meilleure qualité pour tous les Canadiens, de la manière la plus efficiente et la plus efficace possible.

Je n'oublie pas non plus que j'ai été invité à faire ce travail non pas parce que je suis un expert dans le domaine de la santé, mais parce que je suis depuis fort longtemps passionnément attaché à l'assurance-santé. Ayant été premier ministre d'une province, je sais qu'il est toujours difficile

de trouver un juste équilibre entre les impératifs d'un système de santé de qualité et tant d'autres priorités tout aussi légitimes. Et j'ai aussi accepté cette tâche parce que je crois passionnément à l'avenir du Canada et que je sais que notre système de santé est l'un des éléments qui nous définissent en tant que société.

Franchement, j'attache beaucoup plus d'importance à la confiance que les Canadiens ont bien voulu m'accorder, et à l'avenir de notre système de santé, qu'au souci de ne froisser personne à Ottawa ou ailleurs. Après tout, cet exercice concerne d'abord et avant tout les Canadiens eux-mêmes, pas leurs politiciens avec leurs arguties territoriales.

Je voudrais traiter aujourd'hui des éléments de mon rapport qui auront une incidence sur les relations fédérales-provinciales, et ce, pour deux raisons.

Premièrement, dans l'espoir de mettre clairement en relief ce que je dis vraiment dans mon rapport, de façon à contrer les interprétations de ceux ou celles qui voudraient l'utiliser comme massue ou levier pour faire avancer leurs propres causes.

Deuxièmement, parce que le débat sur la santé est depuis beaucoup trop longtemps emprisonné dans les chicanes fédérales-provinciales-territoriales. Les Canadiens assistent en effet depuis beaucoup trop longtemps au spectacle de leurs politiciens – et je sais bien que j'en ai fait partie – se battant *au sujet* de l'assurance-santé plutôt que *pour* l'assurance-santé.

Je commence donc en répétant ce que nous savons tous déjà : les Canadiens en ont par-dessus la tête des discours délétères qui passent pour des débats FPT sur la santé. De fait, l'un de mes objectifs fondamentaux en rédigeant ce rapport a été d'essayer de changer la dynamique de cette relation de plus en plus dysfonctionnelle en éliminant du champ de bataille le plus de choses possible pouvant entraîner des luttes intergouvernementales.

Et c'est pour cette raison que j'ai proposé ce qui suit :

I. UN PACTE CANADIEN SUR LA SANTÉ

Tous les gouvernements et partis d'opposition des provinces, sans aucune exception, prétendent appuyer les principes de la LCS. Pourtant, chacun l'interprète différemment – au point où elle risque de ne plus être qu'une coquille vide.

De plus, la LCS est une loi fédérale, qui a été conçue à Ottawa et par Ottawa puis – à défaut d'un meilleur mot – imposée aux provinces.

À la différence de la LCS purement fédérale, le pacte canadien sur la santé que je propose serait une déclaration consensuelle adoptée par tous les paliers de gouvernement. Autrement dit, une déclaration par laquelle tous les gouvernements s'engageraient à collaborer sur tous les aspects nationaux du système de santé. Ce serait aussi une déclaration claire des droits et des responsabilités respectifs de chaque citoyen, des agents du système de santé et des gouvernements.

À ce titre, cette déclaration devrait reposer sur les valeurs et les attentes de tous les Canadiens, et j'ai formulé dans mon rapport une proposition tenant compte du fruit de nos larges consultations. Le pacte pourrait jouer le rôle de préambule de fait ou de clause d'interprétation préservant la pérennité et le dynamisme de la LCS.

II. UN CONSEIL DE LA SANTÉ DU CANADA

L'un des problèmes de la relation intergouvernementale est que les différents paliers de gouvernement partent de points de vue très différents sur de simples questions de fait. Dans notre rapport, nous avons tenté de réduire ces désaccords et malentendus par le truchement d'un nouveau Conseil de la santé du Canada.

Ce nouveau conseil ne doit certainement pas devenir « UN CHIEN DE GARDE » dans le secteur de la santé, expression que j'estime péjorative et provocante et que j'ai délibérément évitée dans mon rapport. En outre, et c'est encore plus important, cette notion serait **CONTRAIRE À L'ESPRIT DE MON RAPPORT**, qui est axé sur la collaboration plutôt que sur la police, qui est axé aussi sur l'exercice d'une responsabilité envers les citoyens de ce pays, qui sont après tout les utilisateurs et les propriétaires du système, et non pas d'une responsabilité d'un palier de gouvernement envers l'autre.

De fait, si vous lisez mon rapport, vous constaterez que le conseil que je propose serait créé en réunissant des agences **EXISTANTES** – l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Bureau canadien d'évaluation des technologies de la santé (BCETS).

Comme vous le savez peut-être, l'ICIS est un organisme indépendant qui :

1. est au service des deux paliers de gouvernement et est financé par les deux;
2. produit déjà chaque année un rapport sur la performance du système de santé à l'intention des Canadiens;
3. est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par les deux paliers de gouvernement.

Pendant longtemps, l'ICIS a été l'organisme de collecte d'informations sur la santé, d'établissement de normes communes en matière de données et de systèmes informatiques sur la santé, ainsi que d'interprétation et de rapport des résultats du système de santé.

Les changements que je propose :

1. réuniraient sous un même toit le BCETS et l'ICIS; et
2. rendraient la structure de gouvernance du conseil (c.-à-d., de l'ICIS) plus inclusive en donnant un siège aux membres du système de santé et aux citoyens.

Pourquoi est-il si choquant de rendre plus inclusive la structure de gouvernance d'un mécanisme FTP existant, fondé sur la collaboration, qui produit déjà chaque année à l'intention des Canadiens un rapport sur les dépenses et les résultats du système de santé?

Et si cela doit susciter tant de divisions, comment se fait-il que l'ICIS ait connu tant de succès jusqu'à présent et ait exercé une influence si profonde en si peu de temps?

Je pense que c'est là une question tout à fait légitime et rationnelle à poser à quiconque prétend que le Conseil de la santé du Canada serait un cheval de Troie fédéral.

Finale­ment, loin de créer une nouvelle structure administrative, le conseil simplifierait en fait la structure actuelle des comités FTP tout en exposant le processus à la lumière du jour, c'est-à-dire à l'examen public. En fait, c'est peut-être bien cette transparence qui met certaines personnes mal à l'aise!

III. ARGENT ET FINANCEMENT

Les batailles que mènent continuellement les gouvernements fédéral et provinciaux sur les questions de financement sont déplaisantes et exaspérantes. Elles amènent les gouvernements à se déchirer sur des formules de financement au lieu de chercher des moyens pour garantir de meilleurs soins de santé aux Canadiens.

Je dis dans mon rapport que le gouvernement fédéral n'a pas assumé ces dernières années sa part du contrat sur la santé, dans la mesure où sa part des dépenses de santé reliées à la LCS est tombée largement en dessous des niveaux historiques.

(Constatez que je parle ici de la part fédérale des services de santé assurés de la LCS, et non pas des dépenses provinciales globales consacrées à ce secteur. Il y a là une distinction fondamentale. L'assurance-santé a été fondée au moyen d'une entente entre les gouvernements fédéral et provinciaux concernant le partage des coûts de services de santé précisément mentionnés dans la Loi, c'est-à-dire des soins dispensés par les médecins et dans les hôpitaux. Le régime ne concerne pas les coûts de services extérieurs à ce noyau.

Les coûts des services de santé non reliés à la LCS – pour des choses telles que les soins à domicile, les services de diagnostic offerts en dehors des hôpitaux, ou l'assurance-médicaments – ne sont pas couverts par la LCS.)

J'indique aussi dans mon rapport que les deux paliers de gouvernement s'étaient entendus en 1977 pour changer la manière dont le gouvernement fédéral fournit aux provinces sa part des dépenses de santé. Depuis lors, environ la moitié du transfert fédéral devait prendre la forme de points fiscaux (transférés de manière permanente aux provinces), alors que l'autre moitié prendrait la forme de versements en espèces.

C'est également à cette époque que les transferts aux provinces relativement à la santé ont été combinés aux transferts relatifs à l'enseignement postsecondaire.

Au milieu des années 1990, le gouvernement fédéral a de nouveau modifié la nature du transfert, mais sans négocier cette fois avec les provinces. Les transferts relatifs à l'assistance sociale et aux services sociaux (l'ancien Régime d'assistance publique du Canada) ont été ajoutés aux transferts relatifs à la santé et à l'enseignement secondaire pour former un transfert unique appelé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

À la même époque, la clause d'indexation automatique qui avait fait partie des mécanismes de transfert antérieurs a été abandonnée, ce qui devait amener le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux à se chicaner continuellement sur l'augmentation annuelle du TCSPS.

En procédant à cette réforme, on avait pensé que transférer une somme globale aux provinces leur donnerait plus de souplesse pour affecter les fonds aux secteurs où ils auraient le plus d'effet.

Objectif louable en soi, bien sûr, mais le résultat concret, comme l'a dit la vérificatrice générale, est qu'il est quasiment impossible de savoir à quoi sont consacrées les dépenses de santé et si elles produisent une véritable optimisation des ressources.

En outre, sans clause d'indexation intégrée, la revendication continuelle de nouvelles sommes par les provinces et les territoires, et les réponses mi-figue, mi-raisin d'Ottawa ont tellement dominé le débat sur la santé que nous avons fini par perdre de vue le but même de l'assurance-santé.

Je recommande dans mon rapport que le gouvernement fédéral couvre d'ici à 2005-2006 au moins 25 pour 100 des dépenses provinciales de la santé reliées à la LCS, et que cette contribution prenne la forme d'un transfert réservé à la santé, et en espèces seulement.

Évidemment, les provinces seront peut-être déçues que je ne demande pas au gouvernement fédéral de couvrir 25 pour 100 de TOUTES les dépenses provinciales en santé, mais cela n'avait jamais été prévu dans le contrat originel de l'assurance-santé. L'engagement du gouvernement fédéral a toujours porté sur les médecins et les hôpitaux, rien d'autre.

Toutefois, en ce qui concerne les services couverts par l'assurance-santé, je recommande que le transfert fédéral comprenne une clause d'indexation qui permettrait à la part fédérale des dépenses de santé de suivre l'évolution de l'inflation et de s'adapter à l'évolution des dépenses des provinces en cette matière.

Quel sera le résultat de ce nouveau mécanisme de financement? J'estime qu'il éliminera un irritant potentiel de relations intergouvernementales déjà très instables, tout en assurant une plus grande responsabilisation.

Si mes propositions sont acceptées, les Canadiens sauront clairement qui dépense quoi dans le secteur de la santé, et pour quels résultats.

Cela veut dire aussi qu'on mettra fin aux accusations mesquines que se lancent mutuellement les

gouvernements, ainsi qu'aux efforts continuels que déploie chaque palier pour transférer les risques financiers à l'autre. Les deux paliers deviendront des actionnaires du système, chacun acceptant sa juste part des risques.

Pendant combien de temps d'ailleurs croyez-vous que les Canadiens acceptent le spectacle lamentable et désolant de gouvernements provinciaux utilisant **leurs** impôts pour acheter des messages publicitaires accusant le gouvernement fédéral de ne pas payer sa part, suivi du gouvernement fédéral utilisant **leurs** impôts pour acheter sa propre publicité afin d'essayer de prouver que ce n'est pas vrai?

Je ne vois pas de raison plus impérieuse d'accepter mes propositions en matière de financement.

En même temps, ces mesures auront pour effet de circonscire – et non pas d'éliminer – la possibilité pour le gouvernement fédéral d'agir unilatéralement dans ce secteur dont la compétence primaire est provinciale.

Il est trop souvent arrivé par le passé que le gouvernement fédéral propose, à très peu de préavis – voire sans aucun préavis – de nouvelles initiatives ambitieuses dans des secteurs où les provinces possèdent une compétence primaire ou première. Aussi louables que puissent être ces initiatives, elles finissent souvent par échouer. Pourquoi?

Parce que, sans planification commune, ces actions fédérales unilatérales risquent de fausser les politiques provinciales existantes ou envisagées, ou les priorités de dépense des provinces.

À titre d'ex-premier ministre provincial, je sais qu'il peut être extrêmement séduisant de voir le gouvernement fédéral nous proposer des millions ou des milliards de dollars à 50 sous pour subventionner de nouveaux programmes dans un secteur méritant l'attention des pouvoirs publics.

Ce n'est cependant pas une bonne manière de forger un consensus ou de bâtir un pays. N'oublions pas en effet que cet argent n'appartient à aucun des deux paliers de gouvernement, mais au citoyen lui-même. Il faut que les gouvernements acceptent de collaborer.

IV. Des dépenses ciblées

Évidemment, vous allez maintenant me demander pourquoi je propose dans mon rapport de créer cinq fonds ciblés. N'est-ce pas contraire à ce que je viens d'affirmer?

Permettez-moi de m'expliquer. Jusqu'à présent, ma proposition de créer ces fonds spéciaux au cours des deux prochaines années comme mesure intermédiaire pour atteindre dès 2005-2006, ou

dès qu'il sera raisonnable de le faire, le plancher de 25 pour 100 que je souhaite voir établir pour la contribution fédérale, a suscité beaucoup de bruit et de fureur, mais fort peu de lumière. Ces nouveaux fonds représentent une dépense fédérale additionnelle de 3,5 milliards de dollars environ pour 2004-2005 par rapport aux prévisions actuelles, puis, lorsque le plancher de 25% sera atteint, 6,5 milliards en 2005-2006. Les nouveaux fonds reflèteront ce que les gouvernements nous ont affirmé être leurs priorités de changement, soit :

- un Fonds d'accès dans les régions rurales et éloignées (1,5 milliard sur 2 ans) : pour améliorer l'accès aux soins dans ces régions;
- un Fonds des services de diagnostic (1,5 milliard sur 2 ans) : pour réduire les temps d'attente des services de diagnostic;
- un Transfert pour les soins à domicile (2 milliards en tout sur 2 ans) : pour jeter les bases d'une éventuelle stratégie nationale de soins à domicile;
- un Transfert pour l'impact catastrophique du coût des médicaments (1 milliard à partir de 2004-2005) : pour protéger les Canadiens au cas où ils auraient besoin de médicaments très dispendieux pour rester en bonne santé.

Ces fonds sont destinés à lancer le processus de transformation de notre système de santé de façon à le rendre plus durable et à faire face immédiatement aux problèmes prioritaires qui sapent la confiance du public dans l'avenir de l'assurance-santé.

Certes, vous pourriez légitimement me demander si les fonds que je propose ne sont pas en fait incompatibles avec les priorités de dépenses actuelles que les provinces ont elles-mêmes formulées dans le secteur de la santé. Et la réponse serait NON!

Toutes les provinces s'efforcent d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les citoyens dans les régions rurales et éloignées.

Toutes conviennent de la nécessité de faire du rattrapage en réinvestissant dans l'infrastructure de la santé, par exemple pour des services de diagnostic de pointe, afin de réduire les congestionnements.

Toutes disent que la réforme des soins de santé primaires est une priorité. L'offre de services de santé 24 heures sur 24 doit devenir une réalité pour un plus grand nombre de Canadiens, ce qui réduira les pressions exercées sur les salles d'urgence des hôpitaux et permettra de tirer meilleur parti des professionnels de la santé dont nous disposons au Canada.

Toutes aussi luttent pour maîtriser la hausse du prix des médicaments et pour améliorer la protection des citoyens.

Et toutes savent bien que faire sortir un patient d'un lit d'hôpital à 1 400 \$ par jour pour qu'il soit traité à la maison à une fraction de ce coût n'est qu'une question de bon sens économique et social qui permettra en plus d'atténuer la pression exercée sur nos hôpitaux.

Ce ne sont donc pas là des priorités que j'ai inventées. Ce sont des priorités que les provinces elles-mêmes ont identifiées.

Mes propositions représentent-elles une attaque en règle contre les pouvoirs provinciaux, contraire à la Constitution? Non.

Les ententes fédérales-provinciales sont aujourd'hui chose courante dans beaucoup de domaines allant de l'infrastructure des transports au développement économique. Les deux paliers de gouvernement négocient quotidiennement des ententes où ils définissent ensemble le problème à résoudre, la meilleure solution, et la manière dont les dollars seront dépensés. Il n'y a rien de nouveau là-dedans.

Dans l'Accord sur la santé d'une valeur de 23,4 milliards de dollars que j'ai signé comme premier ministre de ma province, à côté de Mike Harris, Lucien Bouchard, Ralph Klein et les autres, nous étions convenus de coopérer dans maints champs d'action distincts, et l'obtention de crédits supplémentaires pour la santé était reliée à la réalisation d'objectifs très précis dans ces domaines.

Cet accord portait-il atteinte aux droits constitutionnels d'une province quelconque? A-t-on eu besoin de modifier la Constitution? Mes propositions exigeront-elles un amendement constitutionnel ou imposeront-elles des obligations énormes à l'une ou l'autre des provinces? NON!

Mes propositions limiteront-elles la marge de manœuvre d'une province ou lui imposeront-elles de nouveaux programmes ou de nouvelles initiatives? NON! Sous réserve d'ententes sur les buts et les objectifs, les provinces restent parfaitement libres d'utiliser ces transferts pour concevoir et mettre en œuvre les programmes qu'elles jugent bons.

Prenez par exemple notre nouveau Transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments. Certaines provinces offrent déjà des programmes solides et exhaustifs d'assurance-médicaments à leurs citoyens. D'autres offrent une couverture beaucoup plus limitée. La même chose vaut pour les soins à domicile.

Comme l'indique l'Entente-cadre sur l'union sociale de 1999, et je cite,

« L'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser, conformément à la Constitution, a été essentielle au développement de l'union sociale canadienne... (en appuyant) la livraison des programmes et des services sociaux par les provinces et les territoires, afin de favoriser la mobilité et l'égalité des chances pour tous les Canadiens... (Les transferts sociaux conditionnels) ont permis aux gouvernements de lancer des programmes sociaux nouveaux et innovateurs, comme l'assurance-maladie, et de veiller à ce que ces programmes soient offerts à tous les Canadiens. »

L'Entente-cadre sur l'union sociale précise par ailleurs que, lorsque le gouvernement « a recours à ce type de transferts, qu'il s'agisse de programmes à frais partagés ou de financement fédéral, il se doit de procéder d'une manière coopérative qui soit respectueuse des gouvernements provinciaux et territoriaux et de leurs priorités. »

En vertu de notre proposition, les provinces qui ont déjà mis en œuvre des programmes ou des initiatives d'assurance-médicaments ou de soins à domicile répondant aux critères convenus peuvent utiliser ces fonds pour étendre leurs efforts ou en accroître l'accès. Celles dont les programmes sont rudimentaires peuvent se servir de ces fonds pour rattraper les autres et parvenir à une sorte de seuil théorique convenu.

Voici d'ailleurs un autre extrait de l'Entente-cadre sur l'union sociale qui résume bien le but visé par mon rapport :

« Un gouvernement provincial ou territorial qui, en raison de sa programmation existante, n'aurait pas besoin d'utiliser l'ensemble du transfert pour atteindre les objectifs convenus, pourrait réinvestir les fonds non requis dans le même domaine prioritaire ou dans un domaine prioritaire connexe. »

Naturellement, les deux paliers de gouvernement devraient s'entendre à l'avance sur « un cadre d'imputabilité relatif à ces nouvelles initiatives et nouveaux investissements sociaux », mais tous les gouvernements « qui atteignent ou s'engagent à atteindre » ces objectifs ET « conviennent de respecter le cadre d'imputabilité recevront leur part du financement disponible. » Fin de citation.

À ceux qui prétendent que l'argent devrait tout simplement être fourni sans obligation d'en rendre compte ni sans aucune entente sur les objectifs, je me permets d'exprimer respectueusement mon désaccord.

Nous avons d'ailleurs essayé cette méthode, et nous avons constaté qu'elle était insatisfaisante. Que sont devenus en effet les 23,4 milliards de dollars que nous avons ajoutés au système il y a à peine deux ans? La majeure partie de la somme a été fournie dans le cadre d'un versement global

sans obligation d'en rendre compte et sans entente fondamentale sur les priorités, si ce n'est sur une intention générale d'accroître les dépenses consacrées à la santé.

Et où l'argent est-il donc passé? Quels résultats a-t-il permis d'obtenir? Les listes d'attente sont-elles moins longues, l'accès ou la qualité des soins sont-ils meilleurs? Nous n'en savons rien, car, comme le dit la vérificatrice générale, nous n'avons aucun moyen de le savoir.

Il ne s'agit pas là d'une critique gratuite à l'égard d'Ottawa ou des provinces, c'est tout simplement un constat. Et les Canadiens méritent mieux que ça.

De fait, chaque fois que j'ai tenu des audiences dans les régions, les gens m'ont dit, jour après jour, qu'ils exigent des comptes plus rigoureux sur la manière dont leurs budgets en santé sont dépensés. Je partage leur opinion – en fait, c'est tellement important à mes yeux que j'ai recommandé d'ajouter la reddition de comptes comme sixième principe de la *Loi canadienne sur la santé*.

Certaines des critiques émanent des capitales provinciales pourraient faire croire que mon rapport ouvre la porte à une ingérence fédérale dans leurs champs de compétence.

J'affirme clairement qu'une réflexion pancanadienne sur le système de santé s'impose de toute urgence et qu'on ne saurait y avoir une invitation faite au gouvernement fédéral de s'ingérer dans les champs de compétence des provinces. Il est plus que temps, en effet, de viser une plus grande collaboration dans tout le secteur de la santé.

Conclusion

Permettez-moi de résumer les points essentiels de mon exposé d'aujourd'hui. L'un des objectifs de mon rapport est d'éliminer ou d'atténuer certains des irritants qui infestent la relation fédérale-provinciale sur la santé.

J'ai proposé que les gouvernements provinciaux et territoriaux, les agents du système de la santé et les citoyens se réunissent pour approuver un Pacte sur la santé qui définira les valeurs et les principes devant guider notre système de santé et reflétant les responsabilités et droits de chacun à l'égard du système et à l'égard des autres. Ce pacte pourrait devenir un préambule de fait ou une clause d'interprétation préservant le dynamisme et la pérennité de la LCS.

J'ai proposé la création d'un nouveau Conseil de la santé au Canada dont l'ossature serait constituée par l'Institut canadien d'information sur la santé, agence qui existe DÉJÀ, dont le conseil d'administration est DÉJÀ nommé par les ministres de la Santé FTP, et qui fournit DÉJÀ un rapport annuel aux Canadiens sur la performance du système de santé.

Le conseil que nous proposons aura une instance de direction encore plus inclusive qui lui permettra de devenir le point focal de conseils objectifs, d'information et de collaboration entre

tous les gouvernements sur les questions de santé.

J'ai proposé aussi de nouveaux mécanismes de financement qui établiraient un plancher permanent de transferts fédéraux en espèces pour la santé, avec une clause d'indexation intégrée pour que le montant des transferts suive l'évolution des dépenses provinciales dans le secteur de la santé. Ce mécanisme offrira aux décideurs publics le type de financement prévisible et stable qu'ils ne cessent de réclamer, et rétablira une bonne part de la civilité indispensable au débat FTP sur la santé.

Finalement, en attendant la mise en place du nouveau plancher en espèces, j'ai proposé cinq nouveaux transferts provisoires pour commencer à transformer notre système de soins de santé dans des secteurs que les provinces elles-mêmes jugent prioritaires. Les critères de versement de ces sommes ne seront pas imposés par un palier de gouvernement à l'autre, ils seront établis en collaboration par les deux paliers de gouvernement.

Si les gouvernements agissent rapidement pour créer le Conseil de la santé du Canada, celui-ci pourrait en fait conseiller sans tarder les ministres sur les critères de versement des fonds.

Le fil d'Ariane de chacune de ces propositions? Respect des compétences constitutionnelles, priorité à la collaboration, et souci d'améliorer notre système de santé dans notre intérêt à tous.

Voilà ce que réclament les Canadiens. Voilà ce que j'ai tenté de faire dans mon rapport. Et voilà la mission à laquelle nous devons nous consacrer à partir de maintenant.

Merci de votre attention.