Conseil canadien de la santé

Rapport annuel 2006-2007

Health Council of Canada

Conseil canadien de la santé

Table des matières

Aperçu du Conseil canadien de la santé 1

Message de la présidente 2

Activités clés en 2006-2007 3

Activités planifiées pour 2007-2008 7

États financiers 8

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document représentent le point de vue du Conseil canadien de la santé, agissant en son nom seul sans le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada, ni celles d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416-481-7397
Télécopieur : 416-481-1381
Bureau 900
90, avenue Eglinton Est
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Internet : www.conseilcanadiendelasante.ca

ISBN 978-1-897463-01-7

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

This publication is also available in English.

Aperçu du Conseil canadien de la santé

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* en 2003, puis ont renforcé son rôle par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* en 2004. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Notre objectif est d'avoir une vue d'ensemble, à l'échelle du système, sur la réforme des soins de santé au nom du public canadien, en portant tout particulièrement attention à la responsabilisation et à la transparence.

Les administrations participantes ont nommé au Conseil des membres qui représentent leur gouvernement respectif, de même que des membres qui ont l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les administrations participantes comprennent la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral.

Financé par Santé Canada, le Conseil est un organisme autonome, sans but lucratif. Les membres de cet organisme sont les ministres de la Santé des administrations participantes.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et la responsabilisation en évaluant les progrès accomplis quant à la qualité, l'efficacité et la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui aide ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

Membres du Conseil, 31 mars 2007

Représentants du gouvernement
M. John Abbott – Terre-Neuve-et-Labrador
M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
Dr Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
M. John Greschner – Yukon
M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
Mme Lyn McLeod – Ontario
M. Bob Nakagawa – Gouvernement du Canada
M. Mike Shaw – Saskatchewan
Mme Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
Mme Patti Sullivan – Manitoba
Dr Les Vertesi – Colombie-Britannique
Poste vacant : Nunavut

Représentants non gouvernementaux
Dre Jeanne F. Besner, présidente
Dr M. Ian Bowmer, vice-président
M. Jean-Guy Finn
Dre Nuala Kenny
M. Jose A. Kusugak
M. Steven Lewis
Dre Danielle Martin
Dr Robert McMurtry
M. George L. Morfitt
Mme Verda Petry
Dr Stanley Vollant

Conseillers dont le mandat a pris fin en 2006-2007
Mme Simone Comeau Geddry (septembre 2006)
M. Michael Decter (juin 2006)
M. Duncan Fisher (juin 2006)
Dr Brian Postl (septembre 2006)

Le Conseil fait le pont – assure une liaison – entre les administrations, les professions de la santé et les différents milieux de soins de santé. Il diffuse des connaissances, énonce des options et offre des conseils constructifs pour accélérer le renouvellement du système de soins de santé, tout en améliorant la qualité, l'efficacité et la durabilité du système.

Message de la présidente, Jeanne Besner

Bien que des changements importants se soient produits cette année au niveau de la direction du Conseil canadien de la santé, j'ai le plaisir d'annoncer que nous avons constamment progressé sur plusieurs fronts, aussi bien sur le plan interne que sur le plan externe, pour nous acquitter de notre mandat.

J'aimerais tout d'abord présenter les points saillants des activités qui font l'objet de rapports pour notre année financière du 1er avril 2006 au 31 mars 2007. Nous avons continué d'informer le public des événements quant à la réforme des soins de santé, avec notre troisième rapport annuel aux Canadiens intitulé *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Ce rapport s'est penché sur la question de la responsabilisation et a indiqué quelles mesures pourraient être prises pour mieux informer les Canadiens des progrès du renouvellement du système de santé. Nous avons incité les administrations à considérer la collecte des données comme une priorité, car nous avons besoin de voir plus clairement les progrès effectués dans ce domaine, partout au pays.

Nous avons aussi fait paraître des rapports sur des questions bien particulières. Dans *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, nous avons décrit la gestion du diabète de type 2 pour illustrer comment les changements apportés au système de soins de santé et aux politiques en matière de santé peuvent améliorer les résultats de santé. Nous avons également publié de plus petits rapports, dont certains portaient sur l'état de santé de populations données et d'autres résultaient des engagements pris dans le cadre des accords des premiers ministres. Cette année, nous avons étudié les défis que posent les soins de santé pour les enfants, dans notre publication *Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada*. Depuis, ce rapport est devenu un important document de référence pour de nombreux groupes et organisations qui travaillent dans ce secteur.

En plus de ces rapports, nous avons entrepris un projet pilote pour communiquer plus directement avec les Canadiens et pour mieux comprendre leur perception du système de soins de santé. En outre, nous continuons d'appuyer et de promouvoir le travail d'organisations qui sont à la pointe du renouvellement des soins de santé, en veillant toujours à ne pas dupliquer leurs efforts. Dans cet objectif, nous avons collaboré avec Inforoute Santé du Canada pour présenter un congrès d'orientation en vue d'accélérer la mise en œuvre des télédossiers de santé. Parvenir à l'instauration complète des télédossiers de santé est un élément critique de la réforme des soins de santé, mais la mise en place à l'échelle du pays ne se fait pas aussi rapidement que nous l'aimerions.

Sur le plan interne, nous avons travaillé à nos énoncés de vision et de mission afin de mieux faire comprendre le mandat d'origine du Conseil parmi notre personnel et parmi nos membres. Et comme le font souvent les organismes en voie de maturation, nous avons entrepris un programme d'autoévaluation pour passer en revue les forces et les faiblesses du Conseil et pour mieux percevoir ses rôles et ses responsabilités de gouvernance. Ces deux activités nous ont permis de lancer un programme de planification stratégique actuellement en évolution.

Un certain nombre de changements se sont produits dans la composition du Conseil canadien de la santé en 2006-2007. Nous tenons à remercier de leurs contributions les membres du Conseil dont le mandat s'est terminé cette année : Simone Comeau Geddry, Michael Decter, Duncan Fisher et Brian Postl. J'aimerais remercier tout particulièrement de son leadership Michael Decter, président-fondateur, qui a guidé notre organisation par sa vision et sa détermination. Merci également à Cathy Fooks, qui a créé l'infrastructure pour appuyer la vision du Conseil tandis qu'elle occupait les fonctions de directrice générale. Et alors que nous faisions nos adieux à ces collègues, nous avons chaleureusement souhaité la bienvenue à de nouveaux membres : John Greschner, Mike Shaw et Stanley Vollant.

Je tiens aussi à rendre hommage au groupe de travail fédéral, provincial et territorial qui a dirigé l'examen organisationnel du Conseil canadien de la santé, processus qui a commencé dans la seconde partie de cette année financière. Nous espérons que les résultats de ce projet permettront au Conseil de voir plus clairement son rôle distinctif parmi les intervenants, les prestateurs des services de santé et les gouvernements, afin de promouvoir les efforts de renouvellement des soins de santé.

Nous savons que partout au pays, la réforme des soins de santé progresse bien dans certains secteurs, avance plus lentement dans d'autres et s'est immobilisée ailleurs. Alors que le Conseil entame sa quatrième année, nous continuons de préconiser la transparence et la responsabilisation, ainsi que le type de réforme que les Canadiens attendent et requièrent.

Dre Jeanne F. Besner
Présidente, Conseil canadien de la santé

Activités clés en 2006-2007

En vue de s'acquitter de son mandat, le Conseil entreprend une vaste gamme d'activités relevant de quatre rôles clés :

- Surveiller les progrès réalisés au niveau des engagements gouvernementaux quant au renouvellement des soins de santé, et en faire publiquement rapport.
- Analyser les possibilités de renouvellement et les obstacles, et en faire rapport.
- Diffuser des renseignements sur les pratiques novatrices.
- Inciter les intervenants à discuter ces questions vitales.

Ce rapport passe en revue les activités clés entreprises par le Conseil au cours de l'année financière allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2007. Bien que la plupart de ces activités aient plusieurs fonctions, chacune d'elles est groupée et discutée en fonction du rôle du Conseil dont elle relève principalement.

Surveiller les progrès et en faire publiquement rapport

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

Ce troisième rapport annuel du Conseil sur la réforme des soins de santé a été rendu public en février 2007 lors d'une conférence de presse à Toronto. Une webémission, une téléconférence et une liaison en direct via satellite ont permis de faire vivre immédiatement l'événement aux intervenants et aux médias, partout au pays.

Ce rapport indiquait que, même si les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux faisaient des progrès – et tenaient leurs promesses – quant à certains engagements concernant le renouvellement des soins de santé, ils ne présentaient généralement pas les renseignements détaillés ou comparables nécessaires pour évaluer ces progrès. Le Conseil a incité les gouvernements à élaborer et à instaurer des indicateurs comparables de santé, et à adopter des méthodes plus uniformes de compte rendu. Ce rapport a indiqué quels domaines se prêtaient à des améliorations et a offert des conseils bien précis.

À la parution de ce rapport, le Conseil a présenté une synthèse des sondages d'opinion publique menés durant les quatre années (2002-2006) qui ont suivi les recommandations de changements radicaux présentées par la Commission Romanow quant au renouvellement du système de santé. Préparé par le professeur Stuart Soroka, de l'Université McGill, *Le système de santé : Perceptions des Canadiens* montrait que le public a de grandes attentes quant à l'imputabilité du système, entre autres. Les résultats des sondages indiquaient que les Canadiens veulent vraiment savoir ce que font leurs gouvernements pour améliorer le système de santé, comment les fonds sont dépensés, et dans quelle mesure les investissements ont pour résultat une population en meilleure santé.

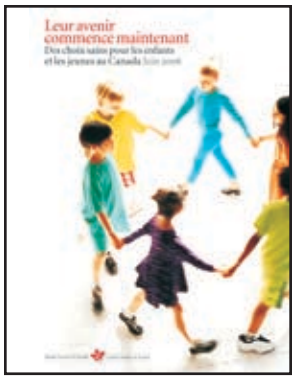
Ce troisième rapport annuel a suscité beaucoup d'intérêt et de discussions partout au pays. Divers groupes d'intervenants ont émis des communiqués de presse appuyant ce rapport, notamment Les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, l'Assemblée des Premières Nations, le Conseil canadien d'agrément des services de santé et l'Association des pharmaciens du Canada.

Nous devons nous en remettre à des anecdotes plutôt qu'à des preuves pour répondre aux questions sur la force et la durabilité du renouvellement des soins de santé. Nous invitons les gouvernements, les prestateurs de soins de santé et les décideurs de politiques à créer des mécanismes qui facilitent la collecte et le partage de données standardisées, de haute qualité, afin de renforcer l'imputabilité et de guider le processus décisionnel, en vue d'améliorer la santé et les résultats de santé.

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

Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada

Le Conseil a publié un rapport sur l'état de santé des enfants et des jeunes au Canada, qui a beaucoup retenu l'attention des médias et qui est devenu un document de référence important pour de nombreux groupes et organismes œuvrant dans ce secteur.



Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada a été rendu public en juin 2006 lors d'une conférence de presse à Winnipeg. L'événement a eu lieu dans une garderie qui relève d'un programme novateur appuyé par le gouvernement du Manitoba, appelé Enfants en santé Manitoba. Ce lieu avait été choisi pour mettre en évidence une approche qui contribue à améliorer la santé et la qualité de vie des enfants canadiens.

Ce rapport a souligné que, même si la santé des enfants et des jeunes est généralement bonne au Canada, surtout en fonction des normes mondiales, des problèmes graves exigent une attention stratégique, immédiate et soutenue au sein de cette population. Plus particulièrement, les augmentations émergentes de maladies chroniques et d'obésité constituent des menaces pour les enfants et les jeunes.

Mise à jour sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP)

En septembre 2006, les ministres de la Santé des provinces et des territoires ont fait paraître un rapport d'étape sur l'élaboration et l'instauration de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Le Conseil a évalué le rapport des ministres et a publié une mise à jour.

L'une des sources d'inquiétude du Conseil était le manque d'action pour parvenir à un accord sur une norme minimale relativement à la prise en charge des médicaments et à la protection contre leur coût élevé. Quelque 600 000 Canadiens des provinces de l'Atlantique n'ont actuellement pas d'assurance médicaments, et des millions d'autres Canadiens partout au pays n'ont qu'une assurance partielle. Malgré beaucoup de discussions, de planification et de bonnes intentions de la part des gouvernements, les Canadiens continuent d'attendre de l'aide face au coût des médicaments onéreux.

Analyser et faire rapport

Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète

Ce rapport a été le premier d'une série montrant comment la qualité des soins de santé a des retombées sur les résultats de santé, particulièrement pour la gestion des maladies chroniques.

Ce rapport a étudié les méthodes actuelles de gestion des maladies chroniques en se servant du diabète de type 2 pour faire une étude de cas et en mesurant ces méthodes aux pratiques exemplaires. Le rapport a conclu que le Canada peut faire mieux – et doit faire mieux – pour prévenir, identifier et gérer la prévalence grandissante des maladies chroniques. Renoncer à l'approche à court terme qui vise à « trouver le problème et le rectifier » et adopter une approche à long terme qui vise à « prévenir, trouver et gérer le problème » auraient des répercussions profondes et positives sur la santé des Canadiens et sur la durabilité du système de santé.

Ce rapport sur les résultats de santé a été présenté à une conférence de presse au London InterCommunity Health Centre en Ontario. Ce centre offre un programme novateur de dépistage, de gestion et de prévention du diabète dans cette ville parmi la communauté latino-américaine à haut risque, avec d'excellents résultats. L'événement a été diffusé sur le Web et a grandement retenu l'attention des médias.

Conférence avec Inforoute Santé du Canada sur les télédossiers de santé

Le Conseil canadien de la santé et Inforoute Santé du Canada ont conjointement parrainé une conférence pour explorer comment l'expansion des télédossiers de santé – ou dossiers de santé électroniques – peut améliorer la qualité, l'efficacité et l'ensemble des soins de santé aux patients. L'objectif était de donner aux organismes et aux administrations qui envisagent d'adopter les télédossiers de santé des renseignements qui les aident à aller dans ce sens.

La conférence a eu lieu en juin 2006 à Montebello, au Québec. Des hauts fonctionnaires étaient présents, de même que des spécialistes internationaux qui avaient été invités à partager leurs expériences pour donner à la fois contraste et profondeur à la perspective canadienne.

À la suite de cette conférence, le Conseil a fait paraître un document qui résumait les thèmes et les éléments de connaissance principaux. Intitulé *Au delà des bonnes intentions : Accélérer le dossier de santé électronique au Canada*, ce document montrait les avantages, les défis d'investissement et les obstacles de mise en œuvre de tels dossiers.

Diffuser des renseignements sur l'innovation

Dans le cadre de son mandat, le Conseil fait activement la promotion et la diffusion d'information sur les politiques, les pratiques et les programmes novateurs. Le Conseil considère que c'est là une importante fonction de communication – qui passe par ses rapports, ses vidéos et ses conférences publics – car bien souvent les exemples de leadership et de vision ne sont pas très connus au pays.

Explorer les pratiques exemplaires pour appuyer la prescription appropriée

Il est essentiel que les patients obtiennent les médicaments qui conviennent à leurs problèmes, pas seulement pour protéger leur santé mais aussi pour gérer l'envolée des coûts de médicaments. Les Canadiens dépensent plus de 20 milliards de dollars chaque année en médicaments. Le Conseil a parrainé une étude de référence à ce sujet, qui a été menée par Ingrid Sketris et ses collègues à l'Université Dalhousie. *Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada : Défis et possibilités* a étudié l'efficacité de divers moyens d'améliorer les habitudes de prescription. Cette étude a pour objectif de servir de fondement aux discussions lors d'un symposium en 2007-2008.

Table ronde sur l'indemnisation des patients sans égard à la faute

Le Conseil canadien de la santé considère que le Canada devrait réexaminer les répercussions des modes actuels d'indemnisation des patients blessés ou décédés à la suite d'erreurs médicales. Le Conseil a suggéré une exploration du système d'indemnisation sans égard à la faute. En effet, le système actuel de litiges empêche la divulgation des erreurs, est peu propice à une indemnisation juste des patients, et freine les possibilités de remédier aux problèmes de conception du système dont résultent la majorité des erreurs.

Le Conseil a organisé une table ronde pour discuter les avantages et les inconvénients du système d'indemnisation sans égard à la faute en septembre 2006, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick. Parmi les organismes représentés, citons l'Institut canadien sur la sécurité des patients, la Société de protection des infirmières et des infirmiers du Canada, et l'Association canadienne de protection médicale. Des spécialistes du régime d'indemnisation sans égard à la faute étaient venus de la Nouvelle-Zélande.

Cette table ronde a fait ressortir la complexité du problème et a souligné le manque de preuves actuelles sur les liens entre le système d'indemnisation sans égard à la faute et la sécurité des patients – tout en soulignant que ce système d'indemnisation semble plus équitable et plus opportun pour dédommager les gens qui souffrent à la suite d'une erreur médicale.

Mettre en évidence les succès

Dans ses rapports et ses vidéos, le Conseil présente des cas de réussites qui font une différence pour la santé des Canadiens. En 2006-2007, nous avons tenu plusieurs conférences de presse là où se déroulaient des programmes novateurs, pour attirer l'attention sur leurs accomplissements et sur les raisons de leur succès.

Selon les normes internationales, les enfants et les jeunes canadiens sont généralement en bonne santé. Mais de sérieuses menaces pèsent sur la santé et le bien-être de certains d'entre eux. Les inégalités constituent le principal problème au pays, une situation que les soins de santé ne suffisent pas à régler. Le public étant préoccupé par les listes d'attente et le financement des soins de santé, ce message passe inaperçu. Nous ne le répéterons donc jamais assez.

Tiré de : *Leur avenir commence maintenant : Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada*

Inciter les intervenants à discuter

Tout au long de l'année, le Conseil organise de nombreuses activités de relations externes, dans le cadre d'une campagne concertée et proactive, pour informer les intervenants et pour les inciter à tenir des discussions vitales sur le renouvellement des soins de santé.

Concevoir de nouveaux moyens d'intéresser le public

Le Conseil veut parler aux Canadiens de la réforme des soins de santé de manière directe et pertinente. Pour cela, il a élaboré un cadre de discussions publiques.

Cette nouvelle stratégie a été mise en place pour la première fois à la suite du rapport *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*. Le Conseil a décidé alors de demander aux Canadiens atteints de diabète de type 2 ce qu'ils pensaient du contenu et des recommandations de ce rapport. Près de 2 000 personnes ont participé à des tables rondes dans trois villes du pays et à des discussions interactives en ligne.

En se mettant directement à l'écoute de ce groupe précis de Canadiens et en leur demandant de lui faire part de leurs expériences et de leurs priorités, le Conseil espère acquérir et favoriser une meilleurecompréhension des opinions des patients sur ce qui donne des résultats et sur ce qui exige des changements dans notre système de santé. Un synopsis des conclusions sera affiché sur le site Web du Conseil canadien de la santé à l'automne 2007.

Réunions du Conseil

Le Conseil se réunit au complet cinq fois par an, dans différentes régions du pays. Souvent, ces réunions ont une composante de relations externes qui permet aux membres du Conseil de découvrir directement les progrès, les défis et les possibilités des organismes locaux de services de santé et d'entendre directement les personnes qui participent à l'élaboration des politiques.

Réunions du Conseil en 2006-2007 :
Montebello, 13-14 juin 2006
Fredericton, 27-28 septembre 2006
Montréal, 29-30 novembre 2006
Toronto, 30-31 janvier 2007
Charlottetown, 28-29 mars 2007

Divers membres du Conseil ainsi que le personnel du secrétariat tiennent également des réunions régionales avec des représentants de groupes d'intervenants, pour parler de problèmes locaux.

Site Web

Le site Web du Conseil canadien de la santé devient un moyen plus important et plus rentable de communiquer avec les intervenants et avec les Canadiens. Au début de 2006, le Conseil a remanié son site pour étoffer son contenu et le rendre plus facile d'accès. En 2006-2007, il y a eu plus de 68 000 téléchargements, soit une augmentation de 27 % par rapport à l'année précédente.

Bulletin électronique

Le bulletin électronique du Conseil, *Prendre le pouls*, informe le public canadien des activités de renouvellement des soins de santé partout au pays. Cette année, six numéros sont parus, traitant de sujets comme l'état de santé des enfants et des jeunes, la sécurité des patients, la responsabilisation et la nécessité de données comparables. On peut s'abonner à notre bulletin électronique en visitant notre site Web.

Relations externes des membres du Conseil et du personnel

Les membres du Conseil et son personnel parlent de ses activités lors de divers conférences et colloques. Voici quelques exemples des présentations que nous avons faites à des organisations et à des centres cette année : Child and Family Research Institute en Colombie-Britannique, Collège canadien des directeurs de services de santé, Institut canadien de la santé infantile, Canadian Memorial Chiropractic College, Capital Health Conference en Alberta, Collège des médecins de famille du Canada, Conference Board du Canada, Institut de recherche sur le travail et la santé, Alliance nationale pour l'enfance et la jeunesse, North American Primary Care Research Group, Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest en Ontario, Groupe de travail du gouvernement ontarien sur les Centres universitaires des sciencesde la santé, Ontario Hospital Association,

Ontario Physiotherapy Forum, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, Queen's University Donald Gow Lecture, St. Joseph's Health Centre, et Taming of the Queue 3.

Activités planifiées pour 2007-2008

Rapport annuel aux Canadiens

Pour commémorer le cinquième anniversaire de *l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé*, le Conseil fera un bilan des progrès accomplis durant cette période de cinq années.

Rapport sur les soins de santé primaires et sur les soins à domicile

Ce rapport étudiera les engagements pris par les premiers ministres ainsi que les progrès réalisés jusqu'à présent quant au renouvellement des soins primaires et des soins à domicile. Il présentera aussi un aperçu national des expériences des Canadiens dans ces secteurs.

Symposium sur les pratiques exemplaires pour appuyer la prescription et l'utilisation optimales des médicaments

Un symposium, intitulé *Sain et sûr : Optimiser les habitudes de prescription*, se tiendra en juin 2007 à Montréal pour mobiliser l'attention et provoquer la discussion sur le thème de la prescription appropriée.

Mise à jour sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutique (SNPP)

Les progrès quant à la mise en place de la SNPP sont d'un intérêt vital pour les Canadiens. Beaucoup d'entre eux s'inquiètent personnellement du rythme de mise en place d'un plan de prise en charge des médicaments onéreux. D'autres priorités de la SNPP, comme la création d'un formulaire commun pour les régimes d'assurance médicaments, sont fondamentales pour promouvoir une bonne gestion et une bonne utilisation de la pharmacothérapie. Le Conseil fera paraître une deuxième mise à jour sur les progrès de la SNPP, qui passera en revue son historique et sa raison d'être et qui comprendra une discussion des répercussions financières probables de l'introduction de la prise en charge des médicaments onéreux.

Deuxième rapport sur les résultats de santé

Le premier rapport sur les résultats de santé, paru cette année, portait sur la gestion du diabète. Le deuxième rapport portera sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, et les soins de santé primaires relativement à la gestion des maladies chroniques. Ce rapport passera en revue les activités de renouvellement et les priorités de politique dans ce domaine. Il les comparera aux expériences et aux opinions du public canadien, qui seront tirées en partie d'une recherche parrainée par le Conseil.

Mise à jour sur les progrès quant aux engagements relatifs aux temps d'attente

Afin de faire un suivi de la réduction des temps d'attente, les premiers ministres se sont entendus pour adopter des repères probants dans cinq domaines de traitements prioritaires, élaborer des indicateurs comparables et présenter des rapports annuels de leurs progrès. Récemment, toutes les administrations ont négocié l'établissement de garanties individuelles de temps d'attente avec le gouvernement fédéral. Le Conseil suivra les progrès accomplis.

Au Canada, le potentiel inexploité de prévenir les maladies chroniques est considérable. Il a fallu plus d'une génération pour voir de réels changements en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme. Nous pouvons lutter de même pour promouvoir la vie saine et l'activité physique. Mais cela exigera des mesures d'action soutenues à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du cadre traditionnel du système de santé.

Tiré de : *Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport des vérificateurs

Au conseil d'administration du
Conseil canadien de la santé/Health Council of Canada

Nous avons vérifié le bilan du Conseil canadien de la santé/Health Council of Canada au 31 mars 2007 et les états des résultats, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du Conseil. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Conseil au 31 mars 2007 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés

Toronto (Ontario)
Le 6 juillet 2007

Membre de
Deloitte Touche Tohmatsu

Bilan

31 mars 2007

	2007		2006	
ACTIF				
À COURT TERME				
Encaisse	**447 460**	**$**	1 954 023	$
Intérêts courus à recevoir	**2 621**		6 563	
Débiteurs	**15 067**		30 784	
Charges payées d'avance	**71 977**		126 724	
	537 125		2 118 094	
PLACEMENTS GREVÉS D'UNE AFFECTATION	**10 000**		–	
IMMOBILISATIONS (note 3)	**665 172**		752 732	
	1 212 297	**$**	2 870 826	$
PASSIF				
À COURT TERME				
Créditeurs et charges à payer	**730 652**	**$**	690 293	$
Obligation découlant de contrats de location-acquisition – tranche à court terme (note 4)	**54 408**		41 955	
Avantages incitatifs relatifs aux baux – tranche à court terme (note 5)	**30 590**		30 590	
Produits constatés d'avance (note 6)	**330 902**		1 956 525	
	1 146 552		2 719 363	
OBLIGATION DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION (note 4)	**27 509**		82 637	
AVANTAGES INCITATIFS RELATIFS AUX BAUX (note 5)	**38 236**		68 826	
	1 212 297		2 870 826	
ACTIF NET				
INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	**537 424**		561 939	
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	**(537 424)**		(561 939)	
	–		–	
	1 212 297	**$**	2 870 826	$

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL

. . . . . .

. . . . . .

État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007		2006	
PRODUITS				
Santé Canada (note 6)	**6 273 623**	**$**	4 752 193	$
Intérêts créditeurs	**39 531**		74 627	
	6 313 154		4 826 820	
CHARGES				
Rémunération	**2 409 155**		1 704 339	
Services professionnels externes	**668 433**		626 243	
Dépenses des conseillers et installations servant aux réunions				
Déplacements des conseillers	**170 646**		261 984	
Honoraires des conseillers	**153 050**		218 350	
Installations servant aux réunions	**288 775**		152 999	
Déplacements des invités	**25 763**		44 830	
Honoraires des conférenciers	**2 225**		10 570	
Administration				
Frais d'occupation	**319 297**		233 983	
Gestion financière	**116 391**		138 044	
Secrétariat – déplacements	**201 931**		146 592	
Ordinateurs et télécommunications	**129 591**		92 923	
Amortissement	**189 691**		134 106	
Services et fournitures de bureau	**54 549**		45 223	
Frais juridiques	**18 429**		8 865	
Ressources humaines	**53 360**		33 989	
Assurance	**18 520**		17 104	
Divers	**6 895**		2 675	
Rapports et communications				
Fournitures et services	**1 244 813**		566 917	
Promotion et médias	**241 640**		387 084	
	6 313 154		4 826 820	
EXCÉDENT DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**–**	**$**	–	$

État de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007			2006
	Investissement en immobilisations	**Fonds d'administration générale**	**Total**	Total
SOLDE AU DÉBUT	**561 939 $**	**(561 939) $**	**– $**	– $
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES – déduction faite de l'amortissement des avantages incitatifs de 8 600 $	**(181 091)**	**181 091**	**–**	–
ACQUISITIONS D'IMMOBILISATIONS – montant net	**102 131**	**(102 131)**	**–**	–
CONTRATS DE LOCATION ACQUISITION – montant net	**42 675**	**(42 675)**	**–**	–
AVANTAGES INCITATIFS RELATIFS AUX BAUX À PAYER – déduction faite d'un remboursement de 11 770 $	**11 770**	**(11 770)**	**–**	–
SOLDE À LA FIN	**537 424 $**	**(537 424) $**	**– $**	– $

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2007

	2007	2006
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES		
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Excédent des produits sur les charges	**– $**	– $
Éléments sans incidence sur les flux de trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**189 691**	134 106
Amortissement des avantages incitatifs – période d'occupation gratuite	**(10 220)**	(6 840)
Amortissement des avantages incitatifs relatifs aux baux	**(8 600)**	(2 149)
	170 871	125 117
Variations des éléments du fonds de roulement		
Intérêts courus à recevoir	**3 942**	(178)
Débiteurs	**15 717**	28 066
Charges payées d'avance	**54 747**	(76 273)
Créditeurs et charges à payer	**40 359**	439 484
Produits constatés d'avance	**(1 625 623)**	(1 611 106)
	(1 339 987)	(1 094 890)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT		
Obligation découlant de contrats de location-acquisition prise en charge	**–**	67 658
Paiements au titre des contrats de location-acquisition	**(42 675)**	(38 573)
Avantages incitatifs relatifs aux baux reçus	**–**	45 876
Avantages incitatifs relatifs aux baux remboursés	**(11 770)**	(11 770)
Acquisitions d'immobilisations	**(102 131)**	(367 829)
Acquisition de placements grevés d'une affectation	**(10 000)**	-
	(166 576)	(304 638)
FLUX DE TRÉSORERIE	**(1 506 563)**	(1 399 528)
ENCAISSE AU DÉBUT	**1 954 023**	3 353 551
ENCAISSE À LA FIN	**447 460 $**	1 954 023 $

Notes complémentaires

31 mars 2007

1. DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

Le Conseil canadien de la santé/Health Council of Canada (le « Conseil ») a été constitué le 2 décembre 2003 en vertu de la *Loi sur les corporations canadiennes*. Le Conseil a pour mandat de surveiller la mise en oeuvre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et du Plan décennal de 2004, notamment en ce qui a trait aux dispositions visant la reddition de comptes et la transparence, et de produire des rapports à ce sujet annuellement.

Le Conseil est inscrit à titre d'organisme sans but lucratif en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et, par conséquent, il est exonéré d'impôt sur le revenu.

2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

a) Présentation des états financiers

Les présents états financiers ont été préparés conformément aux normes comptables généralement reconnues du Canada visant les organismes sans but lucratif publiées par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, les apports affectés ayant été présentés selon la méthode du report.

b) Constatation des produits

Le Conseil est financé exclusivement par Santé Canada, aux termes de la réglementation régissant les Stratégies et politiques en matière de soins de santé du Programme de subventions en partenariat fédéral/provincial/territorial, qui expire le 31 mars 2008.

Les présents états financiers reflètent les arrangements convenus avec Santé Canada, pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

c) Description des fonds

Fonds d'administration générale – comptabilise les activités courantes du Conseil.

Fonds d'investissement en immobilisations – comptabilise les immobilisations du Conseil ainsi que les activités de financement connexes.

d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire aux conditions suivantes :

Technologies de l'information et télécommunications	20 %
Matériel et mobilier de bureau	10 %
Améliorations locatives	Durée du bail

Au cours de l'année d'acquisition, 50 % du taux d'amortissement annuel est utilisé.

e) Avantages incitatifs relatifs aux baux reportés

Les avantages incitatifs relatifs aux baux reportés, qui se composent d'allocations pour améliorations locatives et de périodes d'occupation gratuite, sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée du bail.

f) Produits constatés d'avance

Les produits constatés d'avance représentent les montants reçus de Santé Canada qui n'ont pas encore été consacrés au mandat du Conseil.

2. PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

g) Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs et sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations de la direction au fur et à mesure que d'autres renseignements seront mis en lumière.

3. IMMOBILISATIONS

	2007			2006
	Coût	**Amortissement cumulé**	**Valeur comptable nette**	Valeur comptable nette
Technologies de l'information et télécommunications	**503 167 $**	**184 782 $**	**318 385 $**	319 530 $
Matériel et mobilier de bureau	**215 448**	**42 165**	**173 283**	182 586
Améliorations locatives	**323 084**	**149 580**	**173 504**	250 616
	1 041 699 $	**376 527 $**	**665 172 $**	752 732 $

Contrats de location-acquisition

Les immobilisations incluent le matériel informatique faisant l'objet d'un contrat de locationacquisition, lequel vient à échéance en septembre 2008 dont le coût est de 175 437 $ (175 437 $ en 2006), et l'amortissement cumulé, de 74 187 $ (39 100 $ en 2006).

4. OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

Le Conseil loue du matériel en vertu de contrats de location-acquisition venant à échéance le 30 septembre 2008. Le tableau suivant présente les paiements minimaux futurs à l'égard des contrats de location-acquisition :

Exercices se terminant les 31 mars	
2008	59 363 $
2009	28 019
	87 382
Moins les intérêts d'environ 9,7 %	(5 465)
Valeur actualisée des paiements minimaux à l'égard des contrats de location-acquisition	81 917
Tranche à court terme	(54 408)
Tranche à long terme	27 509 $

Les intérêts comptabilisés dans l'état des résultats à l'égard des obligations découlant de contrats de location-acquisition se chiffrent à 7 885 $ (10 869 $ en 2006).

5. AVANTAGES INCITATIFS RELATIFS AUX BAUX

Le tableau suivant présente le solde des avantages incitatifs relatifs aux baux :

Avantages incitatifs relatifs aux baux à payer a)	26 482 $
Avantages incitatifs – période d'occupation gratuite b)	22 995
Avantages incitatifs relatifs aux baux c)	19 349
Total	68 826
Tranche à court terme	
Avantages incitatifs relatifs aux baux à payer a)	(11 770)
Période d'occupation gratuite b)	(10 220)
Avantages incitatifs relatifs aux baux c)	(8 600)
	(30 590)
Tranche à long terme	38 236 $

a) Le Conseil a négocié une allocation remboursable pour améliorations locatives sur la durée du bail, à un taux d'intérêt d'environ 4 %. Cette allocation remboursable sur le capital et sur les intérêts est versée sur la durée du bail à raison de 13 035 $ par année. Des intérêts débiteurs d'environ 908 $ (1 900 $ en 2006) sont inclus dans l'état des résultats.

b) Le Conseil a négocié un contrat de location à long terme pour ses bureaux en 2004 et pour des locaux additionnels en 2006 qui prévoyait une période d'occupation gratuite de deux mois. Les avantages incitatifs relatifs aux baux sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée du bail comme réduction des loyers et charges locatives.

c) Le Conseil a négocié une allocation pour améliorations locatives visant ses locaux additionnels en 2006. Ce montant est amorti au même taux que les améliorations locatives.

6. PRODUITS CONSTATÉS D'AVANCE

	2007	2006
Solde au début	**1 956 525 $**	3 567 631 $
Sommes reçues	**4 648 000**	3 141 087
Moins : montants comptabilisés à titre de produits	**(6 273 623)**	(4 752 193)
Solde à la fin	**330 902 $**	1 956 525 $

7. JUSTE VALEUR DES ACTIFS ET DES PASSIFS FINANCIERS

La valeur comptable de l'actif à court terme ainsi que des créditeurs et charges à payer se rapproche de leur juste valeur en raison de la période relativement courte à courir jusqu'à l'échéance de ces éléments ou parce que les sommes en cause sont à recevoir ou à payer à vue. Les autres passifs sont comptabilisés à leur juste valeur.

8. ENGAGEMENTS

a) Locaux loués

Au cours de 2005, le Conseil a conclu un bail visant des locaux situés au 90 Eglinton Avenue East, à Toronto, en Ontario. Le bail a pris effet le 1er mai 2004 pour une période de cinq (5) ans et deux (2) mois, l'échéance étant fixée au 30 juin 2009. Le bail comprenait une période d'occupation gratuite pour la période comprise entre le 1er mai 2004 et le 1er juillet 2004.

Au cours de 2006, le Conseil a conclu un bail visant des locaux additionnels situés au 90 Eglinton Avenue East, à Toronto, en Ontario. Le bail a pris effet le 1er janvier 2006 pour une période de trois (3) ans et six (6) mois, l'échéance étant fixée au 30 juin 2009. Le bail comprenait une période d'occupation gratuite pour la période comprise entre le 1er janvier 2006 et le 1er février 2006.

Le tableau suivant présente les montants approximatifs ayant trait aux engagements minimaux futurs au titre du loyer de base et au remboursement de l'allocation pour améliorations locatives aux termes des baux :

Exercices se terminant les 31 mars	
2008	168 970 $
2009	145 805
2010	24 597
	339 372 $

b) Autres engagements

Le Conseil a également contracté d'autres engagements, notamment des contrats de services professionnels dont les dates d'expiration s'échelonnent jusqu'en janvier 2009. Le tableau suivant présente les versements annuels approximatifs en vertu de ces engagements :

2008	692 001 $
2009	35 817
	727 818 $

9. GARANTIES

Dans le cours normal de ses activités, le Conseil conclut des accords répondant à la définition de garantie. Les principales garanties du Conseil qui sont visées par les obligations d'information prévues dans la note d'orientation concernant la comptabilité n°14 sont les suivantes :

a) Le Conseil a donné des engagements d'indemnisation au titre d'un contrat de location visant l'utilisationd'installatio ns. Aux termes de ce contrat, le Conseil a convenu de verser des indemnités aux contreparties pour divers éléments, incluant, mais sans s'y limiter, tout passif, toute perte, toute poursuite ou tous dommages-intérêts survenant pendant la durée du contrat ou après celle-ci. Il est impossible d'estimer au prix d'un effort raisonnable le montant maximal de tout paiement éventuel.

b) Le Conseil a convenu d'indemniser ses administrateurs, à l'égard de frais, de montants découlant d'un jugement par ces derniers ou qui peuvent avoir été raisonnablement poursuites ou à des procédures judiciaires aux termes poursuivis dans le cadre de leur fonction, s'ils ont agi en dans le meilleur intérêt du Conseil. La nature même permet pas au Conseil d'estimer au prix d'un effort raisonnable Conseil a souscrit une assurance de la responsabilité dirigeants pour couvrir ce genre d'indemnisation.

Health Council of Canada | Conseil canadien de la santé

PRENDRE LE POULS

BUREAU 900 – 90, AVENUE EGLINTON EST | TORONTO (ONTARIO) | M4P 2Y3 | WWW.CONSEILCANADIENDELASANTE.CA