

**UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC :
LA CLÉ DE LA CAPACITÉ CONCURRENTIELLE DU CANADA, DE LA CROISSANCE
ÉCONOMIQUE ET DE L'ÉQUITÉ POUR TOUS LES CANADIENS**

**Mémoire soumis au
Comité permanent des finances
de la Chambre des communes**



par l'Association canadienne des soins de santé

Octobre 2005

SOMMAIRE

L'Association canadienne des soins de santé* (ACS) désire remercier les membres du Comité permanent des finances de lui permettre de contribuer aux délibérations relatives au prochain budget fédéral. Prenant note des questions du Comité concernant le capital entrepreneurial, humain et physique, notre mémoire prébudgétaire démontre comment un système de santé public fort améliore la capacité concurrentielle du Canada et favorise la croissance économique tout en soutenant la valeur canadienne fondamentale de l'accès à des services de santé qui reposent sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer.

Après avoir considérablement réduit ses investissements en santé au cours des années 1990, ce qui a eu des répercussions importantes sur le système de santé, le gouvernement fédéral a adopté une série de mesures d'amélioration qui ont culminé avec les investissements fédéraux prévus dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (ci-après nommé le « Plan décennal ») de septembre 2004. Bien que le Plan décennal contribue substantiellement à l'amélioration du système de santé public du Canada, il reste néanmoins du travail à accomplir et il faudra combler les besoins non satisfaits dans de nombreux domaines, notamment en ce qui a trait aux temps d'attente, aux soins à domicile et aux soins communautaires, aux ressources humaines en santé, à la réforme des soins de santé primaires, à l'accès aux médicaments, aux dossiers de santé électroniques et à l'amélioration de la santé publique. Il est important de reconnaître que certains progrès ont été réalisés à la grandeur du pays, mais l'ACS croit néanmoins qu'il faut encore faire plus.

Notre mémoire vise deux principaux objectifs : premièrement, présenter un « bulletin » des progrès réalisés sur des questions cruciales, accompagné de commentaires sur ce qu'il reste à accomplir et d'une recommandation – visant à répondre aux besoins non satisfaits; et deuxièmement, présenter une analyse de certaines autres questions (non comprises dans le Plan décennal) sur lesquelles il faut se pencher pour assurer l'évolution de notre système de santé public, et pour le préserver et le renforcer.

Le gouvernement fédéral a déclaré : « Réduire les temps d'attente est devenu le test ultime de l'engagement du gouvernement à favoriser des soins de santé universels, de grande qualité et financés publiquement. Ces préoccupations grandissantes au sujet des temps d'attente font en sorte que bon nombre de citoyens tournent le dos au système public. » L'ACS et ses membres partagent cette inquiétude. Nulle part cette probabilité n'est-elle mieux illustrée que dans la décision de juin 2005 de la Cour suprême du Canada, qui permet de souscrire de l'assurance maladie privée pour des soins de courte durée au Québec.

Aucune preuve ne démontre que l'assurance maladie privée constitue une solution rapide à la problématique complexe et difficile des temps d'attente. En fait, l'assurance maladie privée aurait probablement pour effet d'augmenter les coûts tout en diminuant notre capacité concurrentielle, en freinant notre croissance économique, en diminuant la qualité des soins, en allongeant les listes d'attente et en introduisant des iniquités en matière d'accès aux soins.

L'ACS et ses membres sont d'ardents défenseurs du système de santé public du Canada. Selon nous, l'engagement du secteur privé dans le financement et la prestation de services de santé n'est pas intrinsèquement mauvais, mais n'est pas non plus une panacée aux problèmes de notre système de santé. La position de l'ACS concernant la combinaison appropriée de financement et/ou de prestation de soins de santé par les secteurs privé et public est liée au principe de l'accès à des services qui reposent sur le besoin et non pas sur la capacité de payer. C'est une valeur canadienne fondamentale que l'on ne peut mettre en péril. L'ACS se déclare en faveur d'une approche fondée sur les preuves quant au moment, au lieu et à la manière selon lesquels peuvent intervenir le financement et/ou la prestation de services par le secteur privé.

Le jugement de la Cour suprême sur l'assurance maladie privée a aussi alimenté le débat sur l'efficacité du système de santé du Canada. Certains soutiennent que les pays dans lesquels la santé est financée par des fonds publics et privés et où il existe diverses options de prestation de services de soins de courte durée réalisent une meilleure performance que le Canada, où le système est à payeur unique. Toutefois, une analyse des statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) effectuée récemment par l'Association canadienne des soins de santé (ACS) réfute cette allégation. L'ACS a comparé les plus récentes données sur la santé (2003) publiées par l'OCDE, pour le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède, la France et l'Allemagne, et a examiné les dépenses publiques, prises isolément. En pourcentage du produit intérieur brut (PIB), et par habitant, le système de santé public du Canada est moins cher que celui des autres pays auxquels il est comparé; ceux qui prétendent que les dépenses en santé du Canada sont élevées fondent leur argumentation sur les dépenses totales (ensemble des dépenses publiques et privées), ce qui induit en erreur.

Notre système de santé public est respecté à l'échelle internationale, car il permet d'avoir des travailleurs en santé et donne aux entreprises installées au Canada un avantage concurrentiel distinct. (Par exemple, aux États-Unis, General Motors dépense plus d'argent pour les soins de santé de ses pensionnés que pour l'acier servant à la construction de ses automobiles.) Le secteur de la santé est également une source potentielle de création de richesse, d'exportations et d'emplois du 21^e siècle pour les Canadiens (la récente décision de Toyota d'investir dans une usine au Canada repose en partie sur notre système de santé, qui lui offre un avantage financier par rapport à ses concurrents de pays où il n'y a pas de système à payeur unique, et sur notre système d'éducation, qui fournit une main-d'œuvre instruite). Notre système à payeur unique permet de réaliser des économies d'échelle qui pourraient stimuler le développement d'une industrie nationale de l'exportation, en tirant parti de l'excellente qualité de nos programmes de formation professionnelle en santé, des travaux de nos chercheurs, de nos régimes de prestation de services et du développement des technologies de l'information. Nous ne devrions pas considérer les investissements consacrés à l'innovation et à la réforme du secteur de la santé comme des fardeaux, mais y voir plutôt des incitatifs au développement de produits, et reconnaître le potentiel du système de santé en matière de création d'emplois et d'exportations. En tant que créateur d'emplois, le secteur de la santé a des incidences positives tant sur les déterminants de la santé que sur l'état de santé des Canadiens.

L'ACS et ses membres se sont engagés à surveiller les incidences du Plan décennal au fur et à mesure de la réalisation du Plan, tant pour planifier leur contribution à la viabilité du système de santé public que pour plaider en faveur d'améliorations qui permettront de répondre aux besoins non satisfaits. Cela est particulièrement important dans le contexte où les attentes du public au regard des progrès immédiats réalisés en vertu du Plan décennal ne concordent pas souvent avec la réalité de la ligne de front et avec le temps qu'il faudra pour mettre en place l'infrastructure, les mécanismes et les prestataires nécessaires pour améliorer le système de santé de manière tangible. Bien sûr, le système de santé du Canada fait face à des problèmes complexes, mais il y a des solutions – même si aucune d'entre elles ne constitue un remède miracle ou une panacée. L'ACS s'est engagée à collaborer avec les gouvernements afin de répondre aux besoins en santé des Canadiens.

**L'Association canadienne des soins de santé (ACS) est la fédération des hôpitaux et des organismes de santé provinciaux et territoriaux du Canada. Par ses membres, l'ACS représente un vaste continuum de soins. Notre mission est d'améliorer la prestation des services de santé au Canada par l'élaboration de politiques, la défense de points de vue et le leadership et nous sommes déterminés à réaliser la vision d'un système de santé public qui offre à tous les Canadiens l'accès à un vaste éventail de services de santé comparables à la grandeur du pays.*

Sommaire des recommandations :

1. L'ACS recommande que l'imputation progressive à l'exercice financier des fonds fédéraux versés au système de santé soit surveillée tout en s'assurant du respect des autorités provinciales et territoriales concernant la prestation des services de santé.
2. L'ACS recommande de se pencher sur diverses questions reliées aux temps d'attente, telles que la pertinence des interventions chirurgicales, les meilleures pratiques en matière de gestion de la demande de services, la gestion du processus d'attente par des programmes de maintien de la santé et d'appui à la santé, une approche intégrée aux listes d'attente et des systèmes d'information et de gestion adéquats.
3. L'ACS appuie l'établissement de cibles et d'indicateurs basés sur les preuves les plus solides à l'échéance du 31 décembre 2005, tel qu'énoncé dans le Plan décennal, en faisant remarquer qu'il doit bien y avoir un point de départ et que la constitution des preuves les plus solides sera un processus continu et itératif. L'ACS appuie également l'élaboration accélérée d'indicateurs pancanadiens qui mesureront la performance du système de santé en matière d'accès aux soins. Par-dessus tout, il est essentiel de s'assurer de la présentation de rapports destinés au public et de la transparence de l'information relative aux temps d'attente. Les citoyens ont le droit d'examiner les échéanciers sur leur accès aux soins et d'être assurés que leurs besoins sont pris en considération de façon opportune.
4. Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et instaurer un système de dossiers de santé électroniques pancanadien, l'ACS recommande le versement d'un montant additionnel de 6,2 milliards de dollars sur 5 ans à Inforoute Santé du Canada, lui permettant ainsi d'accélérer le développement et l'instauration d'un système de dossiers de santé électroniques, et d'en élargir la portée.
5. L'ACS recommande qu'une stratégie ou un cadre pancanadien sur les ressources humaines en santé soit élaboré en collaboration avec les représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et avec les parties intéressées parmi les employeurs et les employés. Sans ressources humaines en santé, le système ne peut subsister, peu importe les montants investis dans l'infrastructure et la technologie.
6. L'ACS recommande comme point de départ, un investissement additionnel de 1 milliard de dollars sur trois ans pour accroître l'envergure du programme de soins à domicile afin qu'il comprenne des services de soins prolongés et chroniques reliés aux objectifs pancanadiens en matière de soins à domicile et de soins communautaires, tout en respectant les autorités provinciales et territoriales en ce qui a trait à la prestation des soins. Dans le passé, l'ACS a également signalé l'importance d'examiner les soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, ce qui demeure un autre point à accomplir pour lequel il faudra consacrer des fonds additionnels si l'on veut garantir l'accès et la qualité.
7. L'ACS signale l'importance d'atteindre les objectifs fixés dans l'Accord sur la santé de 2003 concernant la réforme des soins primaires.
8. L'ACS signale l'importance d'aller de l'avant le plus rapidement possible concernant la stratégie et les programmes d'assurance-médicaments ayant des objectifs pancanadiens de combler les disparités relatives à l'accès, le manque d'équité et le fardeau financier exagéré. L'ACS plaide également en faveur d'un engagement à élaborer et à soutenir l'utilisation optimale des médicaments.
9. L'ACS appuie les initiatives visant à assurer que le système de santé aura la capacité adéquate et saura répondre aux urgences en santé publique et à l'écllosion de maladies infectieuses.
10. L'ACS a demandé que davantage de ressources soient accordées aux projets de mieux-être et est en faveur de programmes visant à promouvoir la santé et l'acquisition d'habitudes de vie saines, ainsi qu'à des investissements dans les déterminants de la santé. Les programmes de gestion adéquats des maladies chroniques sont également un volet essentiel de ce travail.
11. L'ACS plaide en faveur d'une indexation du Transfert canadien en matière de programmes sociaux semblable à celle du Transfert canadien en matière de santé.
12. L'ACS soutient le principe selon lequel le rôle du gouvernement fédéral en santé est d'assurer une diversité de services comparables aux Canadiens grâce à un financement adéquat, tout en

- veillant au respect de la *Loi canadienne sur la santé* et des autres mesures législatives ou cadres stratégiques en place, afin que les objectifs pancanadiens puissent être atteints.
13. L'ACS soutient cette démarche et se réjouit à l'idée de voir se réaliser le plan d'action pour la santé des Autochtones, tout en faisant remarquer qu'il demeure urgent de relever les défis posés par les problèmes de santé de cette population.
 14. En vue de promouvoir le développement des capacités de recherche à l'échelle pancanadienne, l'ACS recommande que le Fonds des hôpitaux de recherche de 500 millions de dollars, sous les auspices de la Fondation canadienne pour l'innovation, renonce à l'exigence voulant que 60 % du financement provienne d'autres sources. De plus, le Fonds devrait demeurer suffisamment souple pour tenir compte des priorités provinciales et territoriales aussi bien que des priorités fédérales. Par ailleurs, l'ACS recommandait dans son mémoire de l'an dernier qu'un montant représentant au moins 1 % des dépenses totales en santé soit consacré à la recherche en santé. L'ACS réaffirme cette prise de position.
 15. L'ACS recommande que des éclaircissements soient apportés concernant les établissements, les agences et les services additionnels qui seront admissibles au remboursement de 83 % de la TPS auquel seuls les hôpitaux avaient droit dans le passé. Cette question mérite une attention prioritaire, car les nouvelles mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005. L'ACS recommande également que les règles interprétatives déterminant quels sont les établissements, agences et services dorénavant admissibles au remboursement de 83 % de la TPS soient le plus inclusives possible.
 16. Étant donné les incidences positives du système de santé public du Canada sur la capacité économique concurrentielle et la productivité, l'ACS recommande que toute étude sur la combinaison adéquate de financement et de prestation de services par les secteurs public et privé soit fondée sur une évaluation rigoureuse des éléments de preuve. L'analyse des éléments de preuve faite par l'ACS démontre l'efficacité et l'efficience du système de santé du Canada et souligne les conséquences négatives qu'auraient les solutions rapides ou magiques fondées sur le rôle accru de l'assurance privée sur le système de santé et l'économie canadienne.

1.0 INTRODUCTION

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) désire remercier les membres du Comité permanent des finances de lui permettre de contribuer aux délibérations relatives au prochain budget fédéral. Prenant note des questions du Comité concernant le capital entrepreneurial, humain et physique, notre mémoire prébudgétaire démontre comment un système de santé public fort améliore la capacité concurrentielle du Canada et favorise la croissance économique tout en soutenant la valeur canadienne fondamentale de l'accès à des services de santé qui reposent sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer.

L'ACS est la fédération des hôpitaux et des organismes de santé provinciaux et territoriaux du Canada. Par ses membres, l'ACS représente un vaste continuum de soins comprenant des soins actifs, des soins à domicile et en milieu communautaire, des soins de longue durée, des services de santé publique et de santé mentale, des soins palliatifs, des services de lutte contre la toxicomanie, des services aux enfants, aux jeunes et aux familles et des services d'hébergement. Les services sont fournis par l'entremise des autorités régionales de la santé, des hôpitaux et des autres établissements et organismes qui servent les Canadiens et sont régis par des administrateurs qui agissent dans l'intérêt public.

L'ACS et ses membres sont déterminés à réaliser la vision d'un système de santé public qui offre à tous les Canadiens l'accès à un vaste éventail de services de santé comparables. L'ACS a pour mission d'améliorer la prestation des services de santé au Canada par l'élaboration de politiques, la défense de points de vue et le leadership. Les programmes de formation à distance de l'ACS, ses conférences et ses services de publication contribuent à lui assurer ce leadership national.

2.0 NOS ANTÉCÉDENTS EN SOINS DE SANTÉ

Pour bien comprendre les récents événements importants en matière de soins de santé, tels que le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (ci-après nommé le « Plan décennal ») de septembre 2004 et le jugement de la Cour suprême du Canada de juin 2005 concernant l'assurance maladie privée, nous devons d'abord examiner les conséquences des restrictions budgétaires des années 1990 sur notre système de santé.

2.1 Les conséquences des restrictions, 1993-1996

De 1993 à 1996, dans leurs mesures pour contrer les déficits, la plupart des gouvernements du Canada ont imposé de sérieuses restrictions aux dépenses publiques dans le domaine de la santé. En conséquence, les dépenses totales en santé (l'ensemble des dépenses publiques et privées) ont diminué malgré les hausses substantielles des dépenses dans le secteur privé.¹ Au niveau fédéral, la mise en œuvre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), en 1996, a entraîné une réduction des transferts fédéraux en santé d'un montant de 2,5 milliards de dollars en 1996-1997 et de 4,5 milliards de dollars en 1997-1998.²

En juin 1998, l'ACS exprimait sa vive inquiétude concernant les incidences de ces coupures dans une lettre ouverte au premier ministre. L'ancien président de l'ACS, John Baker soulignait à la publication de la lettre :

Ces conséquences sont très sérieuses. La confiance du public envers le système de santé s'est érodée au cours de la dernière décennie. Les citoyens ont peur de ne pas avoir accès aux services dont ils ont besoin. La privatisation du système de santé atteint un niveau qui aura des répercussions sur l'accès aux services de santé requis au moment où les individus et les employeurs assument de plus en plus de coûts de santé autrefois payés par les gouvernements. En outre, la frustration au sein des fournisseurs de soins de santé qui essaient de s'adapter aux changements constants a atteint des niveaux critiques.³
[trad.]

2.2 Mesures d'amélioration, 1997-2004

De 1997 à 2003, le gouvernement fédéral a adopté un certain nombre de mesures :

- Il a fixé le plancher des transferts d'espèces au titre du TCSPS à 12,5 milliards de dollars en 1997. L'établissement d'un plancher des transferts en espèces a évité l'érosion des transferts de fonds fédéraux à néant, ce qui aurait signifié la fin du régime d'assurance-maladie comme programme pancanadien.⁴
- Le « budget des soins de santé », en 1999, marquait un pas dans la bonne direction, mais n'allouait pas suffisamment de fonds pour répondre aux besoins des Canadiens en santé ou pour créer un système de santé viable.⁵
- Le budget fédéral de 2000 comprenait un investissement de 2,5 milliards de dollars en santé, sur quatre ans. Toutefois, puisque ce montant ne s'ajoutait pas aux TCSPS, il n'améliorait pas la viabilité du système.⁶
- Les investissements fédéraux consentis en vertu d'Accords des premiers ministres sur la santé, en 2000 et 2003, représentaient un certain avancement vers la viabilité, mais les investissements fédéraux ont continué à être versés en un paiement unique et à être applicables plus tard.^{7,8}
- En 2003, à la suite de la flambée des cas de SRAS, le gouvernement fédéral a mis sur pied la nouvelle Agence de santé publique du Canada en vue de se pencher sur les disparités entre la capacité en santé publique et la capacité d'intervention en situation d'urgence.⁹ En outre, les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de concert avec les principales organisations intéressées en santé, ont fondé l'Institut canadien de la sécurité du patient – une agence indépendante qui s'intéresse à tous les établissements où sont prodigués des soins.¹⁰

En septembre 2004, les premiers ministres se sont entendus sur un Plan décennal pour le système de santé du Canada, en vertu duquel ils s'engagent à réaliser des progrès importants dans des domaines clés.¹¹ Toutefois, bien des points demeurent en suspens. Nous présentons ci-après un « bulletin » des progrès réalisés, accompagné de commentaires concernant ce qu'il reste à accomplir et de recommandations.

- Financement :
 - *Progrès réalisés :* Le Plan décennal ajoute des fonds fédéraux substantiels à la nouvelle base du Transfert canadien en matière de santé, qui correspondent au montant de 3 milliards de dollars par année que l'ACS avait recommandé. Le plan comprend également une indexation explicite de 6 % pour refléter la hausse de l'inflation et des inducteurs de coûts du système de santé. Ces fonds sont permanents (sauf le montant de 0,5 milliard de dollars prévu au budget 2004-2005 pour de l'équipement médical), ce qui répond à la demande de l'ACS pour un financement prévisible et à long terme indexé. L'ACS aimerait toutefois rappeler que tous les volets du continuum de soins doivent être financés adéquatement et que les Canadiens méritent l'accès à des services de santé comparables à tous les niveaux de ce continuum. S'il est vrai que les hôpitaux ont besoin de budgets suffisants pour résoudre les problèmes d'attente et répondre aux besoins des patients en soins actifs, il faut toutefois aussi aller de l'avant dans les autres domaines.
 - *Ce qu'il reste à accomplir :* Il n'y a aucun contrôle de l'imputation progressive à l'exercice financier des fonds fédéraux versés au système de santé. Le Plan décennal prévoit un examen futur des résultats et la mesure des progrès réalisés à une date ultérieure, en se fondant sur des indicateurs comparables qui ont fait l'objet d'une entente. Il y aura aussi un rapport public et un examen parlementaire. Le Conseil canadien de la santé a indiqué que les Canadiens veulent savoir si les investissements accrus en soins de santé soutiennent le type de changement que les gouvernements ont convenu de mettre en place.
L'ACS appuie la position du Conseil et recommande en outre que l'imputation progressive à l'exercice financier des fonds fédéraux versés au système de santé soit surveillée tout en s'assurant du respect des autorités provinciales et territoriales concernant la prestation des services de santé.
- Temps d'attente :
 - *Progrès réalisés :* Afin de réduire les temps d'attente, le gouvernement fédéral investira 4,5 milliards de dollars sur six ans (5,5 milliards de dollars sur dix ans) par l'entremise du Fonds de réduction des temps d'attente (FRTA). Les premiers ministres se sont engagés à déterminer des indicateurs ou des cibles pancanadiens en matière de temps d'attente, d'ici le 31 décembre 2005, et à réduire

considérablement les temps d'attente dans les domaines de l'oncologie, de la cardiologie, de l'imagerie diagnostique, du remplacement d'articulations et de la restauration de la vue, d'ici le 31 mars 2007. Puisque l'entente de 2004 déterminait ces domaines comme étant prioritaires, l'ACS suppose que la diminution des temps d'attente dans ces « domaines prioritaires » n'est que le début de la démarche et n'en est pas l'aboutissement.

- *Ce qu'il reste à accomplir* : L'ACS voit la question des temps d'attente dans le contexte plus global d'un système de santé complexe aux prises avec de multiples problèmes. Il est important de mettre l'accent sur la quantité des soins, mais il faut également accorder à la qualité et à la pertinence des soins l'importance qu'elles méritent. Se pencher sur les temps d'attente, c'est aussi se pencher sur la question cruciale de la pertinence des soins et faire la distinction entre le besoin et la demande. Un récent rapport du Conseil canadien de la santé fait remarquer qu'à Vancouver, « un pourcentage important de patients qui devaient subir une chirurgie de la cataracte prévue ont obtenu des résultats élevés au test d'acuité visuelle *avant* de subir l'intervention chirurgicale, ce qui laissait entendre que les indications seuils dans le cas de la chirurgie de la cataracte étaient très basses. »¹²

L'ACS recommande de se pencher sur diverses questions reliées aux temps d'attente, telles que la pertinence des interventions chirurgicales, les meilleures pratiques en matière de gestion de la demande de services, la gestion du processus d'attente par des programmes de maintien de la santé et d'appui à la santé, une approche intégrée aux listes d'attente et des systèmes d'information et de gestion adéquats.

L'ACS appuie l'établissement de cibles et d'indicateurs basés sur les preuves les plus solides à l'échéance du 31 décembre 2005, tel qu'énoncé dans le Plan décennal, en faisant remarquer qu'il doit bien y avoir un point de départ et que la constitution des preuves les plus solides sera un processus continu et itératif. L'ACS appuie également l'élaboration accélérée d'indicateurs pancanadiens qui mesureront la performance du système de santé en matière d'accès aux soins. Par-dessus tout, il est essentiel de s'assurer de la présentation de rapports destinés au public et de la transparence de l'information relative aux temps d'attente. Les citoyens ont le droit d'examiner les échéanciers sur leur accès aux soins et d'être assurés que leurs besoins sont pris en considération de façon opportune.

- Dossier de santé électronique

- *Progrès réalisés* : Le dossier de santé électronique (DSE) est un élément fondamental à l'avancement de nombreuses priorités du renouvellement de la santé telles que déterminées par les premiers ministres. Les questions et les défis reliés à l'accès aux soins, à la qualité des services et à l'efficacité et l'efficience du système de santé sont toutes associées à la mise en place accélérée d'un dossier de santé électronique pancanadien interopérable. Les premiers ministres ont convenu d'accélérer l'élaboration et la mise en place du DSE et tous réalisent son importance pour faire face aux principaux défis que posent notamment les temps d'attente, l'accroissement de la sécurité des patients et la plus grande efficience résultant de la réduction du dédoublement des tests, du transfert de l'information et d'un plus grand partage de l'information. Inforoute Santé du Canada (ISC) s'apprête à aider et à habiliter toutes les autorités à faire avancer ensemble le programme de DSE, sur la base d'un cadre d'action accepté par les parties visant une architecture pancanadienne du DSE. Il y a aussi la possibilité d'intégrer des systèmes locaux, régionaux et provinciaux/territoriaux. Le projet d'investissement initial d'ISC prévoyait de donner à 50 % de la population canadienne l'accès à des dossiers de santé électroniques d'ici 2009. ISC a commencé ses travaux avec un budget de 1,2 milliard de dollars et a investi ou s'est engagée à verser elle-même jusqu'à 1,064 milliard de dollars d'ici le 31 mars 2006. Par ailleurs, l'organisme fait face à un manque à gagner de 600 millions de dollars à la suite de sa décision de financer les gouvernements provinciaux et territoriaux sur une base de 75:25 plutôt que sur la base antérieurement prévue de 50:50, à cause de l'incapacité de ces gouvernements de participer au projet dans une proportion de 50:50.
- *Ce qu'il reste à accomplir* : Il faut continuer d'accélérer le rythme de l'intégration des systèmes d'information et de communication. L'accès de 50 % de la population d'ici 2009, ce n'est pas suffisant. Les dossiers de santé électroniques amélioreront l'accès, la qualité des soins et la productivité et même si des études ont démontré les économies substantielles générées par l'utilisation de technologies de l'information et des communications (TIC) appropriées, certaines provinces ne font

que commencer le processus de transformation. Si nous sommes vraiment sérieux quant au DSE, il faudra y consacrer des fonds additionnels au cours des prochaines années. Il manque actuellement les fonds suivants : 600 millions de dollars pour compléter le mandat actuel réalisé selon un mode de financement 75:25, 1,2 milliard de dollars pour étendre la portée du programme afin d'inclure 100 % des Canadiens de toutes les provinces et de tous les territoires, et 4,4 milliards de dollars pour étendre la portée du programme à 100 % des Canadiens dans tous les établissements de santé, de toutes les provinces et les territoires, et pour automatiser les cabinets de médecins.

Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et instaurer un système de dossiers de santé électroniques pancanadien, l'ACS recommande le versement d'un montant additionnel de 6,2 milliards de dollars sur 5 ans à Inforoute Santé Canada, lui permettant ainsi d'accélérer le développement et l'instauration d'un système de dossiers de santé électroniques, et d'en élargir la portée.

• Ressources humaines en santé :

- *Progrès réalisés* : Malgré l'injection de nouveaux fonds et l'engagement de développer une approche normalisée pour déterminer des temps d'attente appropriés sur le plan clinique, le manque de ressources humaines en santé demeure un sérieux problème. Les premiers ministres ont convenu que leurs gouvernements augmenteraient la réserve de professionnels en santé en se fondant sur l'évaluation des lacunes, et qu'ils rendraient leurs plans d'action publics, y compris les cibles relatives à la formation, au recrutement et au maintien en poste des professionnels, d'ici le 31 décembre 2006.
- *Ce qu'il reste à accomplir* : L'ACS remarque que le recrutement, le maintien en poste et d'autres questions clés sont des problèmes maintenant reconnus et potentiellement résolus. Toutefois, il faut coordonner ces initiatives à un niveau pancanadien.

L'ACS recommande qu'une stratégie ou un cadre pancanadien sur les ressources humaines en santé soit élaboré en collaboration avec les représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et avec les parties intéressées parmi les employeurs et les employés. Sans ressources humaines en santé, le système ne peut subsister, peu importe les montants investis dans l'infrastructure et la technologie.

• Soins à domicile et soins communautaires :

- *Progrès réalisés* : Les premiers ministres ont convenu de couvrir à partir du premier dollar un certain nombre de services à domicile en fonction de besoins déterminés. L'entente traite notamment des services de substitution des soins actifs, des services communautaires à court terme en santé mentale et des soins palliatifs. Les ministres de la Santé de chaque autorité doivent faire rapport sur les prochaines étapes nécessaires au respect de cet engagement d'ici le 31 décembre 2006. (Ces objectifs ont déjà été mentionnés dans l'Accord sur la santé de 2003).
- *Ce qu'il reste à accomplir* : L'ACS préconise depuis longtemps l'adoption d'un programme de soins à domicile et de soins communautaires qui offre à la fois des soins actifs à domicile se substituant aux soins en établissement et des services de soins prolongés et chroniques. L'ACS a toujours demandé que les services médicalement nécessaires prévus à la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les services assurés à domicile en remplacement des soins actifs continuent d'être financés par les deniers publics (palier unique). Toutefois, l'ACS a également reconnu que d'autres services pourraient faire l'objet d'un type de participation aux coûts. Par exemple, certains patients pourraient assumer une partie des frais des services de soutien à domicile, d'autres pourraient participer raisonnablement aux coûts de leur hébergement en établissement de soins de longue durée et un ticket modérateur pourrait être appliqué aux médicaments, à la condition qu'une telle participation aux coûts ne réduise pas l'accès aux services. Même si le Plan décennal s'engage à fournir des soins postactifs à domicile à court terme, il n'y a aucun engagement à offrir des soins prolongés et chroniques dans la collectivité.

L'ACS recommande comme point de départ, un investissement additionnel de 1 milliard de dollars sur trois ans pour accroître l'envergure du programme de soins à domicile afin qu'il comprenne des services de soins prolongés et chroniques reliés aux objectifs pancanadiens en matière de soins à domicile et de soins communautaires, tout en respectant les autorités provinciales et territoriales en ce qui a trait à la prestation des soins. Dans le passé, l'ACS a également signalé l'importance d'examiner les soins de longue durée en établissements sur une

base pancanadienne, ce qui demeure un autre point à accomplir pour lequel il faudra consacrer des fonds additionnels si l'on veut garantir l'accès et la qualité.

• Réforme des soins primaires :

- *Progrès réalisés :* En vue d'atteindre les objectifs de l'Accord sur la santé de 2003 établissant que 50 % des Canadiens auront accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des équipes multidisciplinaires d'ici 2011, les premiers ministres ont convenu de créer le « Réseau des pratiques exemplaires » afin de partager de l'information et de surmonter les obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires, et de rendre régulièrement des comptes sur les progrès réalisés.
- *Ce qu'il reste à accomplir :* L'ACS est en faveur de la réforme des soins primaires et encourage l'identification de « champions » de divers groupes, organismes et écoles de pensée. L'ACS appuie aussi la formation qui : favorise l'esprit d'équipe; facilite la communication et les processus de développement communautaire qui engagent la population, tous les fournisseurs de soins et les organismes de la santé; et fait en sorte que le client s'y rallie, soit satisfait et ait confiance.

L'ACS signale l'importance d'atteindre les objectifs fixés dans l'Accord sur la santé de 2003 concernant la réforme des soins primaires.

• Médicaments :

- *Progrès réalisés :* Les ministres de la Santé ont créé un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale relative aux médicaments et de faire rapport sur l'avancement de leurs travaux d'ici le 30 juin 2006.
- *Ce qu'il reste à accomplir :* L'ACS se réjouit que les questions concernant la couverture et l'utilisation des médicaments onéreux (p. ex., les coûts, la prescription appropriée, etc.) seront examinées dans le cadre de cette stratégie. Cependant, il reste aussi un engagement à respecter concernant un processus pancanadien visant à établir une liste de médicaments et à évaluer les avantages thérapeutiques et le rapport coût-efficacité des médicaments.

L'ACS signale l'importance d'aller de l'avant le plus rapidement possible concernant la stratégie et les programmes d'assurance-médicaments ayant des objectifs pancanadiens de combler les disparités relatives à l'accès, le manque d'équité et le fardeau financier exagéré. L'ACS plaide également en faveur d'un engagement à élaborer et à soutenir l'utilisation optimale des médicaments.

• Prévention, promotion et santé publique

- *Progrès réalisés :* Les premiers ministres se sont engagés à poursuivre davantage la collaboration et la coopération pour élaborer, par l'entremise du nouveau Réseau de santé publique, des interventions coordonnées en cas d'éclosions de maladies infectieuses et d'autres urgences de santé publique. Ils se sont aussi engagés à accélérer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne pour la santé publique. Les gouvernements établiront des buts et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne. Le gouvernement fédéral s'est aussi engagé à renforcer les investissements dans l'immunisation.
- *Ce qu'il reste à accomplir :* Les événements récents dans la côte du golfe du Mexique aux États-Unis et l'expérience canadienne avec le SRAS ont fait ressortir l'importance de systèmes de santé publique et de traitements forts pour réduire au minimum les conséquences des catastrophes et l'éclosion de maladies infectieuses sur l'économie générale et la santé des Canadiens.

L'ACS appuie les initiatives visant à assurer que le système de santé aura la capacité adéquate et saura répondre aux urgences en santé publique et à l'éclosion de maladies infectieuses.

Les maladies chroniques sont parmi les problèmes les plus courants et les plus coûteux des Canadiens, mais elles sont aussi celles que l'on peut le mieux prévenir. Certes, certains facteurs de risque de maladies chroniques ne peuvent être modifiés, mais bon nombre de comportements qui augmentent les facteurs de risque peuvent toutefois l'être.

L'ACS a demandé que davantage de ressources soient accordées aux projets de mieux-être et est en faveur de programmes visant à promouvoir la santé et l'acquisition d'habitudes de vie saines, ainsi qu'à des investissements dans les déterminants de la santé. Les programmes de gestion adéquats des maladies chroniques sont également un volet essentiel de ce travail.

L'espérance de vie et l'état de santé ne dépendent pas que des dépenses consacrées au système de santé. Des déterminants de la santé, tels que le revenu, le niveau d'instruction, le logement, les services sociaux et les modes de vie sains sont tous des facteurs cruciaux. Puisque ces facteurs jouent un rôle important pour garantir une société en santé, **l'ACS plaide en faveur d'une indexation du Transfert canadien en matière de programmes sociaux semblable à celle du Transfert canadien en matière de santé.**

- Responsabilisation et rapport aux citoyens :
 - *Progrès réalisés :* Tous les gouvernements ont convenu de faire rapport publiquement sur le rendement du système de santé et de solliciter des conseils d'experts et de fournisseurs de soins sur les indicateurs les plus appropriés pour mesurer le rendement. Les gouvernements ont commencé à présenter des rapports annuels et le Conseil de la santé a également publié son premier rapport.
Ce qu'il reste à accomplir : L'ACS se réjouit de l'engagement à développer des indicateurs pancanadiens et reconnaît que la façon de faire rapport au public a bien évolué. Il reste toutefois beaucoup à accomplir pour produire aux Canadiens des rapports comparables sur le rendement du système de santé. L'ACS croit que le gouvernement fédéral ne peut pas remettre un chèque en blanc sans être assuré de l'atteinte des objectifs et des résultats de rendement qui ont fait l'objet d'une entente, tout en reconnaissant que la prestation des services de santé est de responsabilité provinciale et territoriale et qu'il faudra une certaine souplesse pour aborder les réalités régionales.
L'ACS soutient le principe selon lequel le rôle du gouvernement fédéral en santé est d'assurer une diversité de services comparables aux Canadiens grâce à un financement adéquat, tout en veillant au respect de la Loi canadienne sur la santé et des autres mesures législatives ou cadres stratégiques en place, afin que les objectifs pancanadiens puissent être atteints.

3.0 AUTRES ACTIONS REQUISES POUR SOUTENIR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PUBLIC

En plus du « bulletin » et des recommandations de la section 2, l'ACS fait remarquer qu'il faudra adopter certaines mesures dans les domaines suivants pour assurer l'évolution de notre système de santé public et pour le préserver et le renforcer :

- Questions autochtones
 - Le Plan décennal de 2004 s'est engagé à l'élaboration menée en collaboration d'un projet de plan d'action pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones et les services de santé offerts aux peuples autochtones.
L'ACS soutient cette démarche et se réjouit à l'idée de voir se réaliser le plan d'action pour la santé des Autochtones, tout en faisant remarquer qu'il demeure urgent de relever les défis posés par les problèmes de santé de cette population.
- Recherche
 - **En vue de promouvoir le développement des capacités de recherche à l'échelle pancanadienne, l'ACS recommande que le Fonds des hôpitaux de recherche de 500 millions de dollars, sous les auspices de la Fondation canadienne pour l'innovation, renonce à l'exigence voulant que 60 % du financement provienne d'autres sources. De plus, le Fonds devrait demeurer suffisamment souple pour tenir compte des priorités provinciales et territoriales aussi bien que des priorités fédérales. Par ailleurs, l'ACS recommandait dans son mémoire de l'an dernier qu'un montant représentant au moins 1 % des dépenses totales en santé soit consacré à la recherche en santé. L'ACS réaffirme cette prise de position.**
- TPS dans le secteur de la santé
 - L'ACS a longtemps prôné en faveur d'un seul taux de remboursement de la TPS (83 %) pour tout le système de santé et non pas seulement pour les hôpitaux. Le dernier budget annonçait que le remboursement de 83 % s'appliquerait à certains autres services de santé, ce dont se réjouissent l'ACS

et ses membres, mais demeurerait nébuleux sur les établissements qui pourraient se prévaloir de cette nouvelle mesure.

L'ACS recommande que des éclaircissements soient apportés concernant les établissements, les agences et les services additionnels qui seront admissibles au remboursement de 83 % de la TPS auquel seuls les hôpitaux avaient droit dans le passé. Cette question mérite une attention prioritaire, car les nouvelles mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005. L'ACS recommande également que les règles interprétatives déterminant quels sont les établissements, agences et services dorénavant admissibles au remboursement de 83 % de la TPS soient le plus inclusives possible.

4.0 LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

Le gouvernement fédéral a déclaré : « Réduire les temps d'attente est devenu le test ultime de l'engagement du gouvernement à favoriser des soins de santé universels, de grande qualité et financés publiquement. Ces préoccupations grandissantes au sujet des temps d'attente font en sorte que bon nombre de citoyens tournent le dos au système public. »¹³ L'ACS et ses membres partagent cette inquiétude. Nulle part cette probabilité n'est-elle mieux illustrée que dans la décision de juin 2005 de la Cour suprême du Canada, qui permet de souscrire de l'assurance maladie privée pour des soins actifs au Québec.

Comme l'a fait remarquer le commissaire Romanow : « Les soins de santé ont souvent été décrits comme étant la structure organisationnelle la plus complexe qui soit. »¹⁴ Vu cette complexité et vu la preuve des effets négatifs de l'assurance maladie privée, la prétention de certains, endossée par la majorité des juges de la Cour suprême, à l'effet que l'assurance maladie privée apportera en quelque sorte une solution rapide aux problèmes de notre système de santé est déconcertante.

Dans un jugement rendu à quatre contre trois, la majorité des juges ont convenu avec Jacques Chaouli et son patient, George Zeliotis, que les délais pour recevoir des soins dans le système de santé financé publiquement prive les patients de la sécurité personnelle ou de la vie, et que l'empêchement de souscrire une assurance maladie privée prévu aux lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie du Québec viole la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Cependant, même si les juges dissidents conviennent que les temps d'attente ne pourraient entraîner de telles conséquences, ils maintiennent que l'empêchement de souscrire de l'assurance maladie privée était justifié pour protéger l'équité d'accès :

... le Québec veut que l'accès au système de santé soit fondé sur le besoin plutôt que sur la capacité de payer ou le statut social. Le Québec entend éviter de laisser de côté les personnes non assurables. Pour réaliser cet objectif sanctionné par la *Loi canadienne sur la santé*, le Québec tente d'empêcher la croissance de la prestation, par le secteur privé, de services « assurés » qui serait fondée sur la capacité de payer et l'assurabilité. Nous croyons que l'interdiction a un lien rationnel avec l'objectif du Québec et qu'elle n'est pas incompatible avec cet objectif (par. 239).

Les juges dissidents ont insisté sur la validité et le poids de la preuve examinée par les Commissions Romanow et Kirby et par d'autres rapports concernant les répercussions importantes de l'assurance maladie privée, notamment : les iniquités en matière d'accès aux services basé sur la capacité de payer; l'allongement des temps d'attente et un déclin de la qualité des services dans le secteur public; et « l'écrémage » (attirer les patients qui ne sont pas atteints de maladies graves et éviter ceux qui posent un plus grand risque financier pour l'assureur). Les juges dissidents ont souligné que : « ... Rien dans la preuve ne justifie le désaccord de nos collègues avec la conclusion de la juge de la Cour supérieure [juge de première instance] selon laquelle l'accessibilité générale à l'assurance maladie [privée] entraînera une forte croissance du secteur de la santé privé au détriment du secteur de la santé public. » (par. 168)

L'ACS et ses membres sont d'ardents défenseurs du système de santé public du Canada. Cela étant dit, nous ne considérons l'engagement du secteur privé dans le financement et la prestation de services de santé ni comme intrinsèquement mauvais, ni comme une panacée aux problèmes de notre système de santé. La position de

L'ACS concernant la combinaison appropriée de financement et/ou de prestation privés de soins de santé est liée au principe de l'accès à des services qui reposent sur le besoin de soins et non pas sur la capacité de payer. C'est une valeur canadienne fondamentale que l'on ne peut mettre en péril. L'ACS se déclare en faveur d'une approche fondée sur les preuves quant au moment, au lieu et à la manière selon lesquels le financement privé ou la prestation de services peuvent intervenir.

4.1 L'assurance maladie privée et ses conséquences

Comme l'ont souligné les juges dissidents, il y a des preuves péremptoires considérables à l'effet que l'assurance maladie privée ne résoudra pas les problèmes d'accès que connaît le système public et qu'à l'inverse, il est même possible qu'elle ait des incidences néfastes sur notre système de santé et notre compétitivité économique. Voici quelques éléments à considérer :

- Les conséquences sur l'accès et les temps d'attente. Selon l'OCDE, les marchés privés n'ont pas résolu le problème de l'accès et l'assurance maladie privée soulève des inquiétudes sérieuses sur l'équité d'accès. Dans les pays où l'assurance privée est permise, les personnes qui représentent des risques plus élevés ont de la difficulté à s'assurer. Même dans les pays où l'assurance publique n'est pas exhaustive ou universelle et où l'assurance privée a amélioré l'accès, l'OCDE souligne que « cet accès est souvent inéquitable parce que ce sont les personnes à revenu élevé qui peuvent se procurer de l'assurance. »[trad.]¹⁵

Toutefois, comme le souligne aussi l'OCDE, indépendamment de l'accès plus rapide aux soins pour ceux qui peuvent se l'offrir, et contrairement aux prétentions des défenseurs de l'assurance maladie privée à l'effet que les soins privés enlèveraient supposément de la pression sur le système public, « il n'y a aucune preuve concrète que les temps d'attente sont également réduits dans le secteur public, qui demeure le seul choix de l'ensemble des personnes à faible revenu. »[trad.]¹⁶ En fait, tel qu'indiqué plus loin dans ce mémoire, les patients des pays où il existe des systèmes privés de santé parallèles, comme la Grande-Bretagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont soumis à des temps d'attente aussi longs sinon plus que ceux du Canada. Cette situation s'explique, comme l'a observé la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), par le fait que « la théorie du système de santé privé parallèle n'a pas vraiment de sens – un plus grand nombre d'établissements de soins privés ne veut pas dire un plus grand nombre de fournisseurs de soins de santé. Le système de santé privé ne forme pas d'infirmières et d'infirmiers, ni de médecins; ceux qu'il embauche proviennent du système public. Or ces derniers ne peuvent être à deux endroits en même temps. »[trad.]¹⁷ En outre, selon Stephen Lewis, professeur auxiliaire en politique de la santé à l'Université de Calgary, « il n'y a aucun surplus de professionnels de la santé adéquatement formés au Canada et le fait d'attirer ces professionnels dans le système privé réduirait la capacité publique ». M. Lewis ajoute « qu'il faut 10 ans pour accroître le nombre de spécialistes. Les patients du système public attendront donc encore plus longtemps, pas moins. »[trad.]¹⁸ En fait, comme l'a demandé Colleen Flood, professeure de droit à l'Université de Toronto et titulaire de la chaire de recherche du Canada en droit et politique de la santé: « La Suède, le Luxembourg, la Grèce et l'Italie interdisent aux médecins d'exercer leur profession à la fois dans le secteur public et le secteur privé, dans l'objectif de garder le plus grand nombre possible de médecins dans le secteur public. Si le fait d'autoriser l'assurance maladie privée n'avait pas de répercussions néfastes sur le système public, pourquoi ces pays adopteraient-ils de telles mesures? »[trad.]¹⁹

Comme nous le rappelle la FCRSS, il est important de ne pas oublier que le Canada, à l'instar de nombreux pays, « n'a pas adopté de normes pour définir ou mesurer les temps d'attente. La Fondation ajoute que cela mène à une situation où les revendications en matière de temps d'attente varient considérablement. »[trad.]²⁰ Soulignant la complexité des questions liées au temps d'attente²¹, le Conseil canadien de la Santé observe quant à lui que « les temps d'attente sont aussi un élément normal de tout système de santé. S'il n'y avait pas d'attente, cela signifierait que le système est inefficace [à cause de sa capacité excédentaire]. La question consiste à déterminer comment gérer les listes d'attente afin d'assurer que les patients sont soignés au bon moment.... Parfois, une "veille attentive" constitue la meilleure stratégie clinique. Il faut distinguer ces temps d'attente de ceux qui causent du tort. »²²

- Les conséquences sur les tensions de coûts et l'efficacité. La FCRSS a examiné les résultats d'une étude américaine portant sur le programme d'assurance maladie des États-Unis, qui révèle que « les dépenses dans le secteur de la santé augmentaient plus vite dans les collectivités desservies par des hôpitaux payants ». ²³ En outre, les hôpitaux payants font payer 600 \$ de plus pour chaque patient qui a quitté l'hôpital et « dépensent beaucoup plus en frais administratifs pour chaque jour-patient ». ²⁴ L'OCDE souligne quant à elle que

l'assurance maladie privée a augmenté le montant des dépenses totales en santé. La plupart des pays de l'OCDE exercent un moins grand contrôle sur les activités et les prix du secteur privé que sur les programmes et les fournisseurs de services publics. Les assureurs privés ont tendance à avoir un moins grand pouvoir de négociation sur le prix et la qualité des soins que les systèmes publics, surtout ceux à payeur unique. Les pays qui ont de multiples sources d'assurance de premier rang, y compris ceux qui ont un important marché pour l'assurance maladie privée, ont tendance à être aussi ceux qui ont les niveaux de dépenses en santé par habitant les plus élevés, notamment les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et la France. ²⁵ [trad.]

La National Health Service Consultants Association (médecins qui travaillent au NHS) ne connaît que trop bien les tensions de coûts et les pratiques non efficaces associées aux systèmes de santé à deux vitesses. ²⁶

Selon un article publié dans le New York Times :

Le grand avantage de l'assurance maladie universelle gouvernementale est son coût moins élevé. Le système d'assurance maladie d'État en vigueur au Canada entraîne une bureaucratie beaucoup moins lourde et des coûts administratifs de beaucoup inférieurs à ceux de notre gros système privé... les systèmes à payeur unique ne consacrent pas d'importantes ressources à filtrer les clients à risque élevé ou à leur facturer des frais plus élevés. *Les économies réalisées par un système à payeur unique excéderaient probablement 200 milliards de dollars, beaucoup plus que le coût de l'assurance de tous les citoyens non assurés.* ²⁷ [italique ajouté.] [trad.]

- Les conséquences sur la qualité des soins. La qualité des soins offerts dans les établissements de santé à but lucratif n'est pas supérieure. En fait, la recherche indique plutôt que les résultats obtenus dans des établissements payants des États-Unis sont pires que ceux obtenus dans les établissements non payants, et que les établissements payants offrent moins de services préventifs, p. ex. la mammographie et la vaccination. Ainsi, des patients en dialyse traités dans des centres payants « avaient plus de chances de mourir que ceux qui étaient traités dans des centres gratuits... cela signifie que jusqu'à 2 500 décès prématurés pourraient être dus au traitement dans des centres payants. Par ailleurs, les personnes traitées dans des cliniques payantes courent moins de risques de devoir subir une greffe de rein. » ²⁸

La perspective que les cliniques payantes ne choisissent que les cas les plus rentables représentant de faibles risques, laissant ainsi les cas les plus coûteux représentant des risques plus élevés au système public, a soulevé d'importantes inquiétudes sur la qualité des soins dans les cliniques payantes auprès des médecins du NHS en Grande-Bretagne, étant donné que ces cliniques acceptent

les cas simples et assument peu de responsabilités quant aux complications ultérieures ou au suivi à accorder aux patients. Leurs ententes relatives à la gouvernance des cliniques sont nébuleuses et suscitent déjà des inquiétudes sur la qualité des soins dans les ISTC [centres de traitement du secteur indépendant]. Le retrait de la plupart des opérations chirurgicales non urgentes du NHS rend plus à risque la formation dans certaines spécialités. Parce qu'il y a moins de cas à faible risque dans les NHS, les jeunes chirurgiens ne suivent plus la formation dont ils auraient besoin... la concentration de soins épisodiques de courte durée détourne l'attention et les fonds de la majorité des patients, qui ont besoin de la gestion à long terme de leur maladie ou de leur déficience chronique. [trad.] ²⁹

Ce sujet préoccupe également l'American Hospital Association qui s'inquiète de la croissance d'hôpitaux détenus par des médecins et n'offrant que des « services limités », des hôpitaux qui se spécialisent dans un seul type d'intervention.

Les hôpitaux spécialisés détenus par des médecins traitent les patients les plus rentables et offrent les services les plus rentables, laissant ainsi aux hôpitaux communautaires le soin de traiter une portion disproportionnée de cas moins rentables ... l'accès direct aux médecins soulève de sérieuses inquiétudes sur le conflit d'intérêts, la sélection des patients, la surveillance de la qualité et l'accès de la collectivité aux services vitaux tels que la traumatologie et les soins aux brûlés... [cela] crée une série d'incitatifs qui ne vont pas dans le sens des intérêts des patients et de la collectivité en général.[trad.]³⁰

- Les conséquences sur la capacité concurrentielle et les avantages économiques. On sait depuis longtemps que le système de santé public du Canada offre un avantage concurrentiel important aux entreprises canadiennes, puisqu'il leur impose des coûts moindres en matière de prestation de maladie. Pour l'industrie automobile, un secteur qui génère des milliards de dollars dans l'économie canadienne, cet avantage se chiffre à environ 4 \$ l'heure par travailleur. Le coût de la fourniture d'une assurance maladie et médicaments de General Motors à ses employés des États-Unis représente environ 1 500 \$ par véhicule. Par contre, les coûts des avantages sociaux de Toyota, son principal concurrent étranger, représentent moins de 300 \$ par année. Les coûts des avantages sociaux consentis à ses 1,1 million d'employés américains par General Motors atteignent presque 6 milliards de dollars. Cette situation, décrite par le président et chef de la direction comme une « crise » qui mine la capacité concurrentielle des compagnies américaines, n'est pas exclusive à General Motors. Il en résulte que les négociations de la compagnie avec ses syndicats sont très difficiles sur la question des avantages sociaux. Certains analystes ont déclaré que GM et d'autres entreprises américaines devront peut-être se placer sous la protection de la loi sur les faillites.³¹ En mai, Standard and Poor's a qualifié les obligations de General Motors et de Ford d'investissement à haut risque.³²

Notre système de santé public est respecté à l'échelle internationale, car il permet d'avoir des travailleurs en santé et donne aux entreprises installées au Canada un avantage concurrentiel distinct. (Par exemple, aux États-Unis, General Motors dépense plus d'argent pour les soins de santé de ses pensionnés que pour l'acier servant à la construction de ses automobiles.) Le secteur de la santé est également une source potentielle de création de richesse, d'exportations et d'emplois du 21^e siècle pour les Canadiens. (La récente décision de Toyota d'investir dans une usine au Canada repose en partie sur notre système de santé, qui lui offre un avantage financier par rapport à ses concurrents de pays où il n'y a pas de système à payeur unique, et sur notre système d'éducation, qui fournit une main-d'œuvre instruite).

Notre système à payeur unique permet de réaliser des économies d'échelle qui pourraient stimuler la mise en œuvre d'une industrie nationale de l'exportation, en tirant parti de l'excellente qualité de nos programmes de formation professionnelle en santé, des travaux de nos chercheurs, de nos systèmes de prestation de services et du développement des technologies de l'information. Nous ne devrions pas considérer les investissements consacrés à l'innovation et à la réforme du secteur de la santé comme des fardeaux, mais y voir plutôt des incitatifs au développement de produits et nous devrions reconnaître que le secteur de la santé est porteur d'un potentiel de création d'emplois et d'exportations. En tant que créateur d'emplois, le secteur de la santé a des incidences positives tant sur les déterminants de la santé que sur l'état de santé des Canadiens.

L'implantation de l'assurance maladie privée comme solution supposément rapide au problème complexe et difficile des temps d'attente n'a pas été démontrée. En fait, il est plus probable que l'assurance maladie privée augmente les coûts, nuise à notre capacité concurrentielle et à notre croissance, dégrade la qualité des soins, allonge les listes d'attente et entraîne des iniquités en matière d'accès aux soins. Bref, l'implantation de l'assurance maladie privée pour les services de soins actifs se ferait au détriment de la préservation et de l'amélioration de notre système de santé financé par des fonds publics et pourrait avoir des incidences négatives sur l'économie du Canada.

Étant donné les incidences positives du système de santé public du Canada sur la capacité économique concurrentielle et la productivité, l'ACS recommande que toute étude sur la combinaison adéquate de financement et de prestation de services par les secteurs public et privé soit fondée sur une évaluation

rigoureuse des éléments de preuve. L'analyse des éléments de preuve faite par l'ACS démontre l'efficacité et l'efficience du système de santé du Canada et souligne les conséquences négatives qu'auraient les solutions rapides ou magiques fondées sur le rôle accru de l'assurance privée sur le système de santé et l'économie canadienne.

4.2 L'efficacité du système de santé du Canada : La vérité derrière les chiffres

Le jugement de la Cour suprême sur l'assurance maladie privée a aussi alimenté le débat sur l'efficacité du système de santé du Canada. Certains soutiennent que les pays dans lesquels la santé est financée par des fonds publics et privés et où il existe diverses options de prestation de services de soins de courte durée réalisent une meilleure performance que le Canada, où le système est à payeur unique. Toutefois, une analyse des statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) effectuée récemment par l'ACS réfute cette allégation.³³ En fait, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), et par habitant, le système de santé public du Canada est moins cher que celui des autres pays auxquels il est comparé. L'ACS a comparé les plus récentes données sur la santé (2003) publiées par l'OCDE, pour le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède, la France et l'Allemagne, et a examiné les dépenses publiques, prises isolément; ceux qui prétendent que les dépenses en santé du Canada sont élevées fondent leur argumentation sur les dépenses totales (ensemble des dépenses publiques et privées), ce qui induit en erreur; il est essentiel d'établir la différence entre les dépenses publiques et les dépenses totales (ensemble des dépenses publiques et privées).

- **Dépenses totales en santé :** Les dépenses publiques et privées en santé représentent 9,9 % du PIB au Canada en 2003. Ce résultat est au-dessus de la moyenne de 8,6 % pour les pays de l'OCDE; il en va de même pour la Suède (9,2 %), la France (10,1 %), l'Allemagne (11,1 %) et les États-Unis (15 %). Seul le Royaume-Uni est en deçà de la moyenne, avec un pourcentage de 7,7 %. Il faut toutefois préciser que ce pays a annoncé des hausses substantielles. Il n'est pas étonnant que les nations industrialisées plus riches consacrent plus de fonds en santé.
- **Dépenses publiques :** La moyenne de l'OCDE pour les dépenses en santé financées par les fonds publics s'établit à 72 % des dépenses totales. Le Canada (70 %) et les É.-U. (44 %) se classent en deçà de cette moyenne. Par contre, la France (76,3 %), l'Allemagne (78,2 %), le Royaume-Uni (83 %) et la Suède (85,3 %) sont au-dessus de la moyenne de l'OCDE et de la moyenne canadienne.

Dans son analyse, l'ACS a multiplié les données de l'OCDE sur les dépenses totales exprimées en pourcentage du PIB par les données de l'OCDE sur les dépenses en santé financées par le secteur public. Selon cette analyse, le Canada, à 6,9 % se situe au-delà de la moyenne des dépenses publiques de l'OCDE, à 6,1 %. La France (7,7 %), la Suède (7,8 %) et l'Allemagne (8,6 %) se classent toutes au-dessus de la moyenne de l'OCDE et devant le Canada.

- **Dépenses par habitant :** Les dépenses moyennes par habitant allouées au système de santé dans les pays de l'OCDE (l'ensemble des dépenses publiques et privées, exprimées en dollars américains), sont de 2 307 \$. Seul le Royaume-Uni est en deçà de cette moyenne. La Suède (2 594 \$), la France (2 903 \$), l'Allemagne (2 996 \$), le Canada (3 003 \$) et les États-Unis (5 635 \$) excèdent tous la moyenne de l'OCDE.

L'ACS a multiplié ces données par les pourcentages de l'OCDE des dépenses gouvernementales en santé, pour produire les données sur les dépenses publiques par habitant en soins de santé. La moyenne s'établit à 1 661 \$ dans les pays de l'OCDE et à 2 012 \$ au Canada. Seul le Royaume-Uni (1 851 \$ par habitant), se classe derrière le Canada. La Suède (2 212 \$), la France (2 214 \$), l'Allemagne (2 342 \$) et les États-Unis (2 479 \$) se classent au-dessus de la moyenne de l'OCDE et des dépenses publiques en santé par habitant au Canada. Il faut noter que le Royaume-Uni procède actuellement à des investissements substantiels.

- **État de santé :** L'espérance de vie moyenne dans les pays membres de l'OCDE est de 77,8 ans. Elle est inférieure aux États-Unis (77,2 ans) alors qu'elle est supérieure en Allemagne (78,4 ans), au Royaume-Uni (78,5 ans), en France (79,4 ans) et au Canada (79,7 ans). C'est en Suède qu'elle est la plus élevée parmi les

six pays (80,2 ans). Il est important de souligner que certains de ces pays dépensent considérablement plus que le Canada pour les services sociaux.

- Temps d'attente : Un récent rapport de l'OCDE indiquait que les comparaisons internationales demeurent limitées, en raison, notamment, du fait qu'il y a de nombreuses manières différentes de mesurer les temps d'attente. Le rapport énonce que les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes sont une préoccupation politique prioritaire dans environ la moitié des pays de l'OCDE. Ce rapport faisait mention des conclusions d'une autre étude qui portait sur les différences entre cinq pays relativement au pourcentage de patients qui attendent pour des interventions chirurgicales non urgentes. Avec 38 %, le Royaume-Uni obtient le pire résultat. Avec 27 %, les résultats du Canada sont semblables à ceux de la Nouvelle-Zélande (26 %) et de l'Australie (23 %). Les résultats pour les États-Unis sont de 5 %, mais il ne faut pas oublier que les personnes non assurées n'ont pas accès aux interventions chirurgicales non urgentes et ne figurent donc sur aucune liste d'attente.

5.0 CONCLUSION : LES SOLUTIONS ET LES RECOMMANDATIONS DE L'ACS

Le Plan décennal de 2004 offre un cadre pour l'avenir, sur le plan du financement et des objectifs. Cependant, il reste beaucoup à accomplir en soins de santé et les objectifs et les échéanciers du Plan décennal doivent être respectés. À la lumière du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli, il est important de redoubler d'efforts pour veiller à ce que le Plan décennal se réalise.

L'ACS et ses membres se sont engagés à surveiller les incidences du Plan décennal au fur et à mesure de la réalisation du Plan, tant pour planifier leur contribution à la viabilité du système de santé public que pour plaider en faveur d'améliorations qui permettront de répondre aux besoins non satisfaits. Cela est particulièrement important dans le contexte où les attentes du public au regard des progrès immédiats réalisés en vertu du Plan décennal ne concordent pas souvent avec la réalité de la ligne de front et avec le temps qu'il faudra pour mettre en place l'infrastructure, les mécanismes et les prestataires nécessaires pour améliorer le système de santé de manière tangible. Bien sûr, le système de santé du Canada fait face à des problèmes complexes, mais il y a des solutions – même si aucune d'entre elles ne constitue un remède miracle ou une panacée. L'ACS s'est engagée à collaborer avec les gouvernements afin de répondre aux besoins en santé des Canadiens.

En conclusion, il nous semble pertinent de rappeler les propos du Commissaire Romanow dans son rapport final : « Notre régime d'assurance-santé a toujours permis à la plupart des Canadiens qui en avaient besoin, et non uniquement à ceux qui en avaient les moyens, d'avoir accès facilement et rapidement à des soins de qualité à un coût abordable. Ce régime a contribué à notre compétitivité sur le plan international, au niveau de vie extraordinaire dont nous jouissons ainsi qu'à la qualité et à la productivité de notre main-d'œuvre. »³⁴

Sommaire des recommandations :

1. L'ACS recommande que l'imputation progressive à l'exercice financier des fonds fédéraux versés au système de santé soit surveillée tout en s'assurant du respect des autorités provinciales et territoriales concernant la prestation des services de santé.
2. L'ACS recommande de se pencher sur diverses questions reliées aux temps d'attente, telles que la pertinence des interventions chirurgicales, les meilleures pratiques en matière de gestion de la demande de services, la gestion du processus d'attente par des programmes de maintien de la santé et d'appui à la santé, une approche intégrée aux listes d'attente et des systèmes d'information et de gestion adéquats.
3. L'ACS appuie l'établissement de cibles et d'indicateurs basés sur les preuves les plus solides à l'échéance du 31 décembre 2005, tel qu'énoncé dans le Plan décennal, en faisant remarquer qu'il doit bien y avoir un point de départ et que la constitution des preuves les plus solides sera un processus continu et itératif. L'ACS appuie également l'élaboration accélérée d'indicateurs pancanadiens qui mesureront la performance du système de santé en matière d'accès aux soins. Par-dessus tout, il est essentiel de s'assurer de la présentation de rapports destinés au public et de la transparence de l'information relative aux temps d'attente. Les citoyens ont le droit d'examiner les échéanciers sur leur accès aux soins et d'être assurés que leurs besoins sont pris en considération de façon opportune.
4. Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé et instaurer un système de dossiers de santé électroniques pancanadien, l'ACS recommande le versement d'un montant additionnel de 6,2 milliards de dollars sur 5 ans à Inforoute Santé du Canada, lui permettant ainsi d'accélérer le développement et l'instauration d'un système de dossiers de santé électroniques, et d'en élargir la portée.
5. L'ACS recommande qu'une stratégie ou un cadre pancanadien sur les ressources humaines en santé soit élaboré en collaboration avec les représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et avec les parties intéressées parmi les employeurs et les employés. Sans ressources humaines en santé, le système ne peut subsister, peu importe les montants investis dans l'infrastructure et la technologie.
6. L'ACS recommande comme point de départ, un investissement additionnel de 1 milliard de dollars sur trois ans pour accroître l'envergure du programme de soins à domicile afin qu'il comprenne des services de soins prolongés et chroniques reliés aux objectifs pancanadiens en matière de soins à domicile et de soins communautaires, tout en respectant les autorités provinciales et territoriales en ce qui a trait à la prestation des soins. Dans le passé, l'ACS a également signalé l'importance d'examiner les soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, ce qui demeure un autre point à accomplir pour lequel il faudra consacrer des fonds additionnels si l'on veut garantir l'accès et la qualité.
7. L'ACS signale l'importance d'atteindre les objectifs fixés dans l'Accord sur la santé de 2003 concernant la réforme des soins primaires.
8. L'ACS signale l'importance d'aller de l'avant le plus rapidement possible concernant la stratégie et les programmes d'assurance-médicaments ayant des objectifs pancanadiens de combler les disparités relatives à l'accès, le manque d'équité et le fardeau financier exagéré. L'ACS plaide également en faveur d'un engagement à élaborer et à soutenir l'utilisation optimale des médicaments.
9. L'ACS appuie les initiatives visant à assurer que le système de santé aura la capacité adéquate et saura répondre aux urgences en santé publique et à l'éclosion de maladies infectieuses.
10. L'ACS a demandé que davantage de ressources soient accordées aux projets de mieux-être et est en faveur de programmes visant à promouvoir la santé et l'acquisition d'habitudes de vie saines, ainsi qu'à des investissements dans les déterminants de la santé. Les programmes de gestion adéquats des maladies chroniques sont également un volet essentiel de ce travail.
11. L'ACS plaide en faveur d'une indexation du Transfert canadien en matière de programmes sociaux semblable à celle du Transfert canadien en matière de santé.
12. L'ACS soutient le principe selon lequel le rôle du gouvernement fédéral en santé est d'assurer une diversité de services comparables aux Canadiens grâce à un financement adéquat, tout en veillant au respect de la *Loi canadienne sur la santé* et des autres mesures législatives ou cadres stratégiques en place, afin que les objectifs pancanadiens puissent être atteints.
13. L'ACS soutient cette démarche et se réjouit à l'idée de voir se réaliser le plan d'action pour la santé des Autochtones, tout en faisant remarquer qu'il demeure urgent de relever les défis posés par les problèmes de santé de cette population.

14. En vue de promouvoir le développement des capacités de recherche à l'échelle pancanadienne, l'ACS recommande que le Fonds des hôpitaux de recherche de 500 millions de dollars, sous les auspices de la Fondation canadienne pour l'innovation, renonce à l'exigence voulant que 60 % du financement provienne d'autres sources. De plus, le Fonds devrait demeurer suffisamment souple pour tenir compte des priorités provinciales et territoriales aussi bien que des priorités fédérales. Par ailleurs, l'ACS recommandait dans son mémoire de l'an dernier qu'un montant représentant au moins 1 % des dépenses totales en santé soit consacré à la recherche en santé. L'ACS réaffirme cette prise de position.
15. L'ACS recommande que des éclaircissements soient apportés concernant les établissements, les agences et les services additionnels qui seront admissibles au remboursement de 83 % de la TPS auquel seuls les hôpitaux avaient droit dans le passé. Cette question mérite une attention prioritaire, car les nouvelles mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2005. L'ACS recommande également que les règles interprétatives déterminant quels sont les établissements, agences et services dorénavant admissibles au remboursement de 83 % de la TPS soient le plus inclusives possible.
16. Étant donné les incidences positives du système de santé public du Canada sur la capacité économique concurrentielle et la productivité, l'ACS recommande que toute étude sur la combinaison adéquate de financement et de prestation de services par les secteurs public et privé soit fondée sur une évaluation rigoureuse des éléments de preuve. L'analyse des éléments de preuve faite par l'ACS démontre l'efficacité et l'efficacité du système de santé du Canada et souligne les conséquences négatives qu'auraient les solutions rapides ou magiques fondées sur le rôle accru de l'assurance privée sur le système de santé et l'économie canadienne

NOTES

¹ Presses de l'ACS. **The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities**. Document de politique de l'ACS, Ottawa, 2001, p. 16, citant des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé tirées du rapport **Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000**.

² Ministre des Finances, l'hon. Paul Martin. **Discours du budget, 1995**.

³ Association canadienne des soins de santé. « Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership pour contrer 'l'atmosphère de crise' dans le système de santé canadien », déclare l'Association canadienne des soins de santé.

Communiqué de presse, 8 juin 1998.

⁴ Edward Greenspon. « Ottawa's health plan attacked », **Globe and Mail**, 5 juin 1995.

⁵ Comme le soulignait l'ACS à l'époque, « La somme allouée aux soins de santé dans ce budget semble impressionnante (11,5 milliards de dollars sur cinq ans), mais elle ne permettra de régler que les problèmes les plus urgents de notre système de santé...le montant additionnel de 2,5 milliards de dollars alloué au plancher des transferts en espèces du TCSPS, qui est promis dans trois à quatre ans, n'est que le budget de la santé qui a été coupé des transferts fédéraux il y a trois ans. Ce montant ne tient pas compte de l'inflation ni d'une population croissante et vieillissante. À moins d'allouer un investissement de base suffisant dans les nombreux services de santé requis et de préserver la valeur réelle des transferts fédéraux, les dépenses privées en santé continueront d'augmenter et l'accessibilité sera compromise. », « La viabilité des soins de santé n'est pas assurée, déclare l'Association canadienne des soins de santé en réaction au budget fédéral d'aujourd'hui. » **Communiqué de presse**, 16 février 1999.

⁶ Comme le soulignait l'ACS au moment de la présentation du budget : « Nous sommes inquiets de constater que le budget ne prévoit aucun engagement fiscal tangible pour assurer la viabilité et améliorer l'accessibilité aux services de santé dont les Canadiens auront besoin au-delà de cette année. » « Le gouvernement fédéral doit procéder à des investissements permanents pour s'assurer que notre système de soins de santé puisse répondre aux besoins des Canadiens au moment où ils en ont besoin, a déclaré l'Association canadienne des soins de santé en réaction au budget fédéral de 2000. » **Communiqué de presse**, 28 février 2000.

⁷ Comme le soulignait l'ACS dans un communiqué sur l'entente sur les soins de santé intervenue entre les premiers ministres en septembre 2000 : « Ce n'est toutefois pas avant 2002-2003 que les transferts fédéraux en argent accordés aux provinces au titre de la santé reviendront à leur niveau de 1993-1994. Le financement ciblé qui vise à répondre au besoin d'acheter de l'équipement médical et d'instaurer des technologies d'information sur la santé et des réformes des soins primaires sont d'une insuffisance lamentable . . . Sans oublier qu'on n'effectue aucun investissement ciblé afin de lutter contre la crise des ressources humaines en santé, d'élaborer des mesures d'imputabilité envers les Canadiens ou d'indexer le financement pour assurer la viabilité du système. » « Le gouvernement fédéral ne saisit pas l'occasion que lui offre son exposé économique d'augmenter immédiatement le financement du système de santé, argent dont on a un besoin criant, affirme l'Association canadienne des soins de santé ». **Communiqué de presse**, 18 octobre 2000.

⁸ Comme le soulignait l'ACS concernant l'Entente des premiers ministres de 2003 : « Cette entente stabilise-t-elle le système actuel de soins actifs? Non. Même si l'entente prévoit une augmentation importante du financement dans cinq ou six ans, cette augmentation ne compense pas le fait que des fonds suffisants ne sont pas disponibles aujourd'hui. Les Canadiens ne peuvent continuer à attendre des services dont ils ont besoin », « L'Entente sur la santé n'est pas à la hauteur : Association canadienne des soins de santé », **Communiqué de presse**, 6 février 2003.

⁹ L'ACS et ses membres insistent depuis longtemps sur la nécessité d'améliorer notre système de santé public. L'ACS a transmis les recommandations suivantes au D^r David Naylor, président du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique : 1) la législation fédérale doit s'adapter aux programmes et services de santé publique; 2) la création d'un Centre canadien de lutte contre les maladies; 3) la création d'un poste de médecin-chef pour le Canada; et 4) que le système de santé reçoive les fonds appropriés pour la prestation des soins (dans les systèmes de santé communautaire et de courte durée) en situation de très forte demande. Voir la lettre de l'ACS au D^r David Naylor, président, Comité national consultatif sur le SRAS et la santé publique, le 4 juillet 2003.

¹⁰ L'ACS a participé aux travaux du Comité provisoire sur la sécurité des patients (ICSP), formé de multiples intervenants provenant d'organisations non gouvernementales, d'organismes de réglementation, de gouvernements et autres parties intéressées. Le Comité a assuré une continuité organisationnelle à partir du processus initial dirigé par les intervenants et a supervisé la planification de l'ICSP.

¹¹ **Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004 : Un plan décennal pour consolider les soins de santé**, entente signée le 16 septembre 2004. Des communiqués additionnels traitent d'une entente distincte pour le Québec et de la question de la santé des Autochtones.

- ¹² Conseil canadien de la santé. **Temps d'attente et accès**. Un document de travail joint à **Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement**, janvier 2005, p. 7.
- ¹³ Parti libéral du Canada. **Aller droit devant : Le plan de Paul Martin pour atteindre nos buts**, 2004, p. 17.
- ¹⁴ Commissaire Roy Romanow, **QC Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Discours devant la 134^e assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne**, 14 août 2001.
- ¹⁵ Rapport de l'OCDE. **L'assurance-maladie dans les pays de l'OCDE**, 2004, p. 3.
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). « Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public », **À bas les mythes**, 2001, p. 2.
- ¹⁸ Stephen Lewis. « Private health care will line doctors' pockets — whether they opt out of the public system or not », **Winnipeg Free Press**, 14 août 2005.
- ¹⁹ Colleen Flood. « Will private health insurance deliver? » **Toronto Star**, 3 juillet 2005.
- ²⁰ FCRSS, op.cit. Faisant référence à une étude du Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, la Fondation souligne que les temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales au Manitoba étaient beaucoup moins élevés que les chiffres présentés par l'Institut Fraser.
- ²¹ Conseil canadien de la santé, p. 2.
- ²² Ibid, p. 3.
- ²³ FCRSS. « Mythe : Les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace », **À bas les mythes**, 2004, p. 1. Le texte fait référence à une étude publiée par E.M. Silverman et al., 1999. « The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending, » **New England Journal of Medicine**, 341(6) : 1523-1528.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ **L'assurance-maladie dans les pays de l'OCDE**, op.cit., p. 4.
- ²⁶ Peter Fisher, président du NHSC et Jacky Davis, conseil d'administration du NHSC. **Letter to Dr. Ruth Collins-Nakai, President-elect, Canadian Medical Association**, 15 août 2005, pp. 2-3.
- ²⁷ Paul Krugman. « One Nation, Uninsured », **The New York Times**, 13 juin 2005.
- ²⁸ FCRSS. « Mythe : Les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace », **À bas les mythes**, 2004, pp. 1-2. Le texte fait référence à une étude sur la mortalité des patients en dialyse dans les hôpitaux payants, publiée par P.J. Devereaux et al. 2002. « Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis, » **Journal of the American Medical Association**, 288(19): 2449-2457. Le texte fait également référence à une étude sur les personnes traitées dans des cliniques payantes qui courent moins de risques de devoir subir une greffe de reins publiée par P.P. Garg et al. 1999. « Effects of ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation, » **New England Journal of Medicine**, 341(22): 1653-1660.
- ²⁹ Fisher et Davis, op.cit., p. 2.
- ³⁰ « Community hospital leaders press to keep lid on limited-service hospitals », **AHA News**, Vol. 41, No. 11, 30 mai 2005, p. 2.
- ³¹ Paul Waldie. « How health care costs hurt the Big Three », **Globe and Mail**, 22 mars 2005.
- ³² Danny Hakim. « A U.A.W. Chief Awaits a G.M. Showdown », **New York Times**, 23 juin 2005.
- ³³ Voir le document de l'ACS : **La vérité derrière les chiffres : l'ACS analyse les statistiques de l'OCDE sur la santé**. Accessible à : www.cha.ca/documents/CHA_OECD_Analysis.pdf. L'analyse examinait les données sur la santé publiées dans le rapport **Eco-Santé OCDE 2005 : Statistiques et Indicateurs pour 30 pays**, juin 2005, qui contient les données les plus récentes (celles de 2003) et les renseignements compris dans le rapport **Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries**, de Luigi Siciliani et Jeremy Hurst, OECD Health Working Papers, 7 octobre 2003.
- ³⁴ Commissaire Roy J. Romanow, Q.C., **Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final**, 2002, p. xvi.