

**UN CADRE POUR LA PROSPÉRITÉ,  
LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES CANADIENS**

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



**Août 2007**

## **SOMMAIRE**

Cette année, le mémoire de l'Association canadienne des soins de santé (ACS) au Comité permanent des finances porte comme il se doit sur les questions d'ordre fiscal posées par le comité, ce qui ne permet pas une analyse des questions soulevées dans les mémoires antérieurs de l'ACS, à savoir : les dépenses en santé et la prestation des services par les secteurs public et privé et la nécessité d'adopter une approche fondée sur des preuves à ce chapitre; la complexité de la question des temps d'attente; le besoin de tenir compte des déterminants de la santé et du bien-être; les défis posés par la gestion des maladies chroniques; et le besoin d'un mécanisme pancanadien en matière de ressources humaines en santé, qui va au-delà d'une stratégie. L'ACS a exprimé son point de vue sur ces questions et sur bien d'autres, dans ses mémoires antérieurs au Comité permanent des finances que l'on peut consulter sur son site Web ([www.cha.ca](http://www.cha.ca)).

En ce qui a trait au budget 2008, l'ACS recommande au Comité des finances d'envisager un financement dans les domaines suivants. Ils sont en ordre de priorité, mais tous sont importants pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé :

1. **Le dossier de santé électronique** - Pour améliorer l'efficacité et l'efficacéité du système de santé du Canada, l'ACS recommande des investissements additionnels de 6,2 milliards \$ sur cinq (5) ans en vue d'accélérer le développement et la mise en œuvre d'un dossier de santé électronique pancanadien et d'en élargir la portée.
2. **Un nouveau fonds pour de l'équipement médical/de diagnostic** - L'ACS recommande un fond renouvelé pour de l'équipement médical/de diagnostic de 1 milliard \$ sur trois (3) ans, lié à la sécurité des travailleurs de la santé et des patients de tous les lieux de soins.
3. **Un fonds pour l'infrastructure en santé** - L'ACS recommande l'établissement d'un programme national d'investissement de 5 milliards \$ sur cinq (5) ans pour des projets d'infrastructure en santé, en partenariat avec les provinces et les territoires. Ce programme d'investissement devrait promouvoir et encourager des modes de réalisation efficaces, conformément aux principes du renouvellement du système de santé.
4. **Régler les questions en suspens**
  - a. **Soins à domicile, soins communautaires et soins de longue durée** - L'ACS recommande d'abord un investissement de 1 milliard \$ sur trois (3) ans pour soutenir un programme de soins à domicile, incluant des services de soins prolongés/aux malades chroniques, lié aux objectifs pancanadiens et respectant la juridiction provinciale/territoriale relative à la prestation des soins. L'ACS signale également l'importance de se pencher sur la question des soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, car cette question demeure elle aussi en suspens et devra dans le futur faire l'objet d'investissements additionnels pour assurer l'accès et la qualité.
  - b. **Fonds de recherche** - L'ACS recommande que l'investissement dans la recherche en santé représente au moins 1 % des dépenses totales en santé
  - c. **Remboursement de TPS pour les établissements de santé sans but lucratif** - L'ACS recommande que soient déterminés clairement les établissements de santé, agences et services additionnels maintenant admissibles au remboursement de 83 % de la TPS qui ne s'appliquait autrefois qu'aux hôpitaux. De plus, l'ACS souhaite s'assurer que toutes les fonctions des hôpitaux sont admissibles à ce remboursement, y compris la recherche. L'ACS recommande également que les règles d'interprétation déterminant les établissements de santé, agences et services qui seront dorénavant admissibles au remboursement de 83 %, soient les plus inclusives possible. Idéalement, le système de santé devrait avoir droit à un remboursement de 100 % de la TPS.
  - d. **Médicaments** - L'ACS souligne l'importance de passer rapidement à l'action en matière de stratégie et de programmes d'assurance médicaments aux objectifs pancanadiens afin de réduire les disparités au chapitre de l'accès, du manque d'équité et du fardeau financier excessif. L'ACS plaide également en faveur d'un engagement à stimuler et à soutenir l'utilisation optimale des médicaments.
5. **Soutien aux aidants naturels** - L'ACS recommande l'insertion d'une clause dans le RPC/RRQ qui permette l'exclusion pour prendre soin des aînés ou qui permette à ceux qui quittent leur emploi pour soigner un aîné de continuer à contribuer au RPC/RRQ. Le RPC permet aux parents d'exclure les années de revenus faibles ou nuls du calcul de leurs rentes de retraite, mais aucune clause de ce type n'existe pour les aidants naturels. L'ACS recommande également la transférabilité des services de soins de longue durée partout au Canada, réduisant ou éliminant ainsi les périodes d'attente pour des services résidentiels ou des services communautaires, de sorte que les aidants naturels puissent être près de ceux qu'ils chérissent.

**6. Fonds égaux par habitant** – L'ACS recommande que le budget de l'an prochain instaure des transferts égaux par habitant en matière de santé, par l'augmentation du financement au chapitre du TCS dans la loi d'exécution du budget.

La plupart des dépenses énumérées ci-dessus peuvent être financées par les surplus identifiés cette année et placés dans des fonds de fiducie, comme ce fut le cas pour les projets de garanties des délais d'attente décrits dans le budget de mars 2007.

Oliver Wendell Holmes a déclaré un jour que « Les impôts sont ce que nous payons pour vivre dans une société civilisée ». La façon d'utiliser les revenus provenant de ces impôts et la façon d'imposer les citoyens sont déterminantes pour faire du Canada le pays que nous souhaitons. Nos commentaires sur les impôts et leurs relations avec les questions de santé sont exposés dans le mémoire qui suit.

L'Association canadienne des soins de santé 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 services fournis par des autorités régionales de la santé, des hôpitaux et d'autres établissements et organismes qui sont régis par des administrateurs agissant dans l'intérêt public. L'ACS est un chef de file en matière d'élaboration et de promotion de solutions politiques en santé qui répondent aux besoins des Canadiens et elle est résolument en faveur d'un système de santé public qui donne accès à un continuum de services de santé comparables, à la grandeur du Canada

### **Les mythes entourant la viabilité du système de santé**

Certaines inquiétudes perdurent concernant le financement et la viabilité du système de santé du Canada. Avant de répondre aux questions du comité et de présenter les recommandations de l'ACS concernant les besoins du système de santé, nous remettrons ces mythes en cause en comparant les dépenses du système de santé du Canada à celles d'autres pays de l'OCDE. Nous pouvons démontrer avec les dernières statistiques de l'OCDE que le système de santé du Canada est viable et efficient.

Les données sur la santé de l'OCDE pour 2007<sup>1</sup> commentant les statistiques de 2005, soulignent qu'une part croissante de l'économie est allouée à la santé au sein des pays membres de l'OCDE. En 1970, les dépenses totales en santé (des secteurs public et privés combinés) ne représentaient que 5 % du PIB. En 1990, ce pourcentage frôlait les 7 %. Aujourd'hui, il a grimpé à 9 %. Un pays de l'OCDE sur quatre consacre maintenant plus de 10 % de ses revenus à la santé. Les États-Unis arrivent en tête, avec 15,3 %, suivis par la Suisse (11,6 %), la France (11,1 %) et l'Allemagne (10,7 %).

Au Canada, le pourcentage du PIB qui est consacré aux services de santé – dépenses publiques et privées combinées – s'est maintenu entre 9 et 10 % depuis plus de 15 ans. L'inquiétude voulant que les coûts de santé soient hors de contrôle ne semble donc pas fondée sur les faits. Tous les pays du monde développé sont aux prises avec la hausse des coûts de santé et cherchent des solutions pour faire face aux défis posés par leur système de santé. Il existe des solutions, certes, mais aucune n'est magique. Une des solutions proposées – privatiser davantage le financement par l'assurance privée ou l'augmentation des dépenses personnelles – part du principe que les coûts de santé seront moins onéreux si on les transfère aux individus ou à leurs employeurs. Or, le transfert des coûts n'est pas synonyme d'économie de coûts.

Le secteur public est la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis, du Mexique et de la Grèce. Les chiffres de l'OCDE indiquent qu'en 2005, 70,3 % de toutes les dépenses en santé du Canada étaient financées par des sources publiques, moins que la moyenne de 72,5 % de l'ensemble des pays de l'OCDE.

Entre 2000 et 2005, les dépenses en santé par habitant au Canada ont augmenté en chiffres absolus, de 3,6 % par année en moyenne, un taux de croissance inférieur au taux moyen de 4,3 % de l'OCDE. En 2005, après avoir accordé les hausses prévues à l'Accord sur la santé de 2004, le Canada s'est classé au neuvième rang pour les dépenses totales en santé par habitant, à 3 326 \$ US (alors qu'il occupait le sixième rang dans les données sur la santé de l'OCDE pour 2003). La liste des pays dont les dépenses en santé sont plus élevées que celles du Canada comprend tous les pays de l'Europe occidentale auxquels le Canada est généralement comparé, ainsi que les États-Unis. La hausse des dépenses en médicaments a été l'un des facteurs de la hausse des dépenses totales en santé au Canada et dans plusieurs autres pays de l'OCDE. En 2005, ces dépenses ont représenté 17,7 % des dépenses totales en santé au Canada, en hausse par rapport à 1995 où elles en représentaient 13,8 %.<sup>2</sup>

Le système de santé public du Canada offre un avantage concurrentiel important aux entreprises canadiennes, car les coûts des avantages sociaux en santé des employeurs y sont moins élevés. Comme le dollar canadien s'est apprécié, toute mesure visant à augmenter la dépense en santé des entreprises canadiennes en augmentant la charge des employeurs aurait pour effet d'éliminer notre avantage concurrentiel. Pour reprendre les propos d'Henry Friesen : « Le Canada a sans doute l'un des meilleurs systèmes de santé au monde et l'un des mieux gérés. Ce savoir est aussi exportable et rentable que le bois ou le pétrole. »<sup>3</sup> « Nous devons voir le secteur de la santé d'un autre œil – pas simplement comme un fournisseur de soins de santé, mais comme un générateur de richesses pour le Canada. »

### **Impôts, revenus et Loi canadienne sur la santé**

« Les impôts sont le prix à payer par les citoyens d'un pays pour les biens et services qu'ils fournissent collectivement pour eux-mêmes et pour les autres. »<sup>4</sup> Les impôts sont une importante source de revenus qui permet au gouvernement fédéral d'offrir des services et de financer des programmes pour la santé et le bien-être social de la population canadienne. Bien que la prestation des services de santé relève de la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral a traditionnellement utilisé son pouvoir constitutionnel de

dépenser pour soutenir la *Loi canadienne sur la santé* et atteindre les objectifs pancanadiens en santé. L'ACS appuie depuis longtemps cette approche pancanadienne, tout en reconnaissant que les provinces et les territoires ont besoin de souplesse en raison de leurs situations particulières. Toute mesure visant à restreindre le pouvoir fédéral de dépenser aurait un impact négatif sur les futurs programmes de santé, notamment l'assurance médicaments.

Le gouvernement doit être responsable en matière de fiscalité face à ses électeurs, et il doit équilibrer ses décisions budgétaires pour tenir compte de la réduction de la dette, des réductions d'impôt et des dépenses des programmes. Depuis quelques années, le ministre des Finances amasse d'importants surplus, souvent imprévus, qui servent en grande partie à diminuer la dette. L'ACS admet qu'il faut diminuer la dette nationale, mais considère aussi qu'il faut mettre une partie de ces fonds de côté pour de nouveaux programmes et pour offrir des réductions d'impôt générales qui réduiront la pauvreté et favoriseront l'égalité des chances.

### **Réductions d'impôt**

L'ACS est particulièrement intéressée par la question posée par le comité à savoir si les modifications au régime fiscal devraient s'appliquer à tous ou cibler des groupes précis. Les réductions générales de l'impôt sur le revenu permettent davantage de soulager le fardeau fiscal des citoyens ayant un revenu inférieur à la moyenne et des habitudes de consommation discrétionnaires limitées tout en maximisant la croissance économique. Il est bien connu que le statut socio-économique est lié à l'état de santé. C'est donc dire qu'une amélioration de la situation financière des personnes à faible revenu découlant de la diminution de leur taux d'imposition serait avantageuse pour le système de santé et pour tous les citoyens, quel que soit leur niveau de revenu.

Le Budget 2007 a annoncé un Allègement fiscal garanti lié aux économies réalisées en frais d'intérêt sur la dette. L'ACS, comme nous l'avons souligné, aimerait s'assurer qu'une partie des surplus soit allouée à des fonds de fiducie servant à atteindre certains buts spécifiques qui répondent aux besoins du système de santé plutôt que de voir tous les surplus non prévus alloués à la réduction de la dette et/ou aux réductions des impôts.

Les points suivants méritent d'être examinés attentivement :

1. Les dernières données de l'OCDE pour 2004 indiquent que les recettes fiscales dans la moyenne des pays industrialisés de l'OCDE étaient de 38,3 % du PIB alors qu'au Canada, elles sont de 35,9 %.

2. ***Un régime fiscal à l'américaine ne peut offrir de services à l'européenne.*** Brooks et Hwong<sup>5</sup>, ont comparé les pays nordiques aux taux d'imposition élevés avec les pays anglo-américains aux taux d'imposition peu élevés en ce qui a trait à 50 mesures sociales et économiques et ont conclu que les pays nordiques aux taux d'imposition élevés obtenaient de meilleurs résultats dans 42 catégories. Ainsi, ces pays affichent de plus faibles taux de pauvreté, une distribution plus égale du revenu, un taux plus élevé de participation au travail; un PIB par habitant plus élevé; des taux d'épargne des ménages et un taux d'épargne national net plus élevés. Ils sont plus innovateurs et consacrent un pourcentage plus élevé de leur PIB à la recherche et au développement; ils se classent mieux selon l'indice de compétitivité de la croissance du Forum économique mondial; ils ont des taux de diplomation plus élevés au secondaire et à l'université; leurs citoyens consomment moins de drogues, ont plus de loisirs et ont une plus grande satisfaction de vivre.

Brooks et Hwong ont aussi démontré que les Américains assument des coûts sociaux élevés pour vivre dans l'un des pays les moins imposés du monde, puisque les É.-U. se classent près des derniers parmi les 21 pays industrialisés sur plusieurs indicateurs sociaux. À l'inverse, la Finlande se classe près des premiers parmi le monde industrialisé dans la plupart des indicateurs sociaux et elle a été nommée le pays le plus concurrentiel au monde par le Forum économique mondial quatre années de suite.

3. ***Les Canadiens veulent-ils des réductions d'impôt ou des services?*** Un sondage réalisé par le Strategic Counsel pour le compte du Globe and Mail<sup>6</sup> à la mi-juillet a révélé que seulement 3 % des répondants considéraient les impôts comme le problème le plus important des Canadiens, tandis que 16 % ont indiqué que la question des soins de santé les préoccupait (par rapport à 20 % en juillet 2006). Un tel pourcentage place la question des soins de santé bien avant celles de l'économie, des réductions d'impôt et autres.

D'autres sondages antérieurs ont révélé que les Canadiens sont prêts à payer des impôts pour obtenir des services. À preuve, le sondage réalisé au Québec quand le premier ministre Charest a fait savoir que les fonds de péréquation provenant du gouvernement fédéral serviraient à diminuer les impôts. Les Québécois ont indiqué qu'ils aimeraient mieux que ces fonds aillent aux programmes de santé et aux programmes sociaux<sup>7</sup>.

L'ACS ne plaide pas en faveur d'impôts plus élevés. Elle veut seulement souligner que les impôts servent à payer des services nécessaires et que s'il y a des réductions d'impôt, il faudrait qu'elles soient générales pour favoriser la croissance économique, aider les Canadiens à faible revenu et améliorer leur état de santé.

## **Allègement fiscal ciblé**

L'Institut CD Howe a indiqué que le recours du gouvernement aux crédits d'impôt ciblés, qui compliquent le régime fiscal, n'améliore pas nécessairement les perspectives de croissance économique ou l'équité.<sup>8</sup> « *Si les gouvernements continuent de privilégier ce type de réforme fiscale, l'accumulation des mesures d'allègement fiscal ciblé aura un coût important qui pourrait être mieux utilisé pour financer des réductions générales des taux d'imposition. Les réductions des taux d'imposition incitent les gens à travailler davantage et à prendre des risques sans que les gouvernements ne se placent eux-mêmes dans la position de choisir les gagnants et les perdants, ce qu'ils ont rarement réussi.* »

Le recours aux crédits d'impôt/dépenses fiscales ou aux réductions d'impôt ciblées comme instruments de politique sociale ne convient pas, car il marginalise les Canadiens qui n'ont pas la capacité financière d'économiser ou d'utiliser ces crédits. Les crédits d'impôt offerts pour certaines activités dont les sports ou les laissez-passer de transport en commun sont des mesures plus ou moins « justes ». Bien que les crédits d'impôt sont une façon de promouvoir certains programmes comme celui qui incite les jeunes à faire du sport pour améliorer leur santé physique, ils n'atteignent pas nécessairement leur but parce que les groupes de notre société qui profiteraient le plus de tels programmes n'ont pas les salaires qui leur permettent de profiter des crédits d'impôt. De plus, les divers régimes enregistrés d'épargne ne profitent qu'aux personnes qui ont les moyens d'économiser. Le gouvernement crée donc deux classes de citoyens : les « nantis » qui disposent de revenus leur permettant de réclamer le crédit d'impôt et les « démunis », les petits salariés et ceux qui sont en marge de la société et ne peuvent réclamer le crédit.

Toutes ces mesures institutionnalisent ou officialisent les iniquités que subissent les personnes à faible revenu ou celles qui gagnent des salaires minimaux de subsistance.

L'Institut CD Howe a conclu que : « *Les gouvernements canadiens devraient revenir à un programme de réforme fiscale, et tenter de réduire les taux d'imposition des personnes et des entreprises à des niveaux acceptables sur la scène internationale, tout en conservant la généralité et la neutralité des bases fiscales ... pour favoriser la plus grande croissance économique possible tout en assurant l'équité du régime fiscal.* »<sup>9</sup>

Bien souvent, les besoins de la population sont mieux servis par des programmes dirigés que par des crédits d'impôt/dépenses fiscales, particulièrement dans le cas des programmes de santé. Les mesures fiscales qui soutiennent la santé ne sont pas un substitut aux programmes positifs.

## **Au-delà des réductions d'impôt – où devrait-on dépenser les surplus budgétaires?**

Au fil des ans, l'ACS a identifié des domaines qui exigent l'injection de nouveaux fonds ou de fonds additionnels. En ce qui a trait au budget 2008, l'ACS recommande au Comité des finances d'envisager un financement dans les domaines suivants. Ils sont en ordre de priorité, mais tous sont importants pour répondre aux besoins des Canadiens en santé :

1. **Le dossier de santé électronique (DES)** – Le DSE est le pivot permettant d'aller de l'avant pour réaliser plusieurs priorités du renouvellement de la santé établies par les premiers ministres. Le meilleur accès aux soins, la grande qualité des services, la sécurité des patients et l'efficacité et l'efficience du système de santé sont tous liés à la mise en œuvre accélérée d'un dossier de santé électronique pancanadien interexploitable.

**Pour améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé du Canada, l'ACS recommande des investissements additionnels de 6,2 milliards \$ sur cinq (5) ans en vue d'accélérer le développement et la mise en œuvre d'un dossier de santé électronique pancanadien et d'en élargir la portée.**

2. **Un nouveau fonds pour de l'équipement médical/de diagnostic** – Au cours de la dernière décennie, on a observé que la plupart des pays de l'OCDE possédaient de plus en plus d'équipements de diagnostic comme les unités de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique.<sup>10</sup> Les fonds pour de l'équipement prévus dans les accords de 2003 et 2004 ont aidé les autorités sanitaires et les hôpitaux à augmenter le nombre de ces appareils, mais certains établissements manquent toujours d'autres types d'équipement nécessaires pour assurer la sécurité des patients et des travailleurs de la santé. **L'ACS recommande un fond renouvelé pour de l'équipement médical/de diagnostic de 1 milliard \$ sur trois (3) ans, lié à la sécurité des travailleurs de la santé et des patients de tous les lieux de soins.**

3. **Un fonds pour l'infrastructure en santé** – Les investissements fédéraux des dernières années ont facilité dans une certaine mesure l'acquisition d'équipement médical, mais n'ont pas couvert la revitalisation des établissements. Le budget 2007 indiquait que les dépenses de tous les ordres de gouvernement en infrastructures publiques, exprimées en pourcentage du produit intérieur brut, avaient diminué au cours des trois décennies qui ont suivi les années 1960. Les réductions budgétaires des années 1990 ont augmenté la pression sur l'infrastructure du

Canada. Le budget 2007 a donc déterminé que le Canada avait besoin d'une infrastructure moderne, de classe mondiale. Il a fourni un investissement de plus de 16 milliards \$ sur sept (7) ans pour l'infrastructure. Toutefois, cet investissement servira pour « le réseau routier, le transport en commun, les ponts, les systèmes d'adduction d'eau et d'égoûts, ainsi que l'énergie verte. »<sup>11</sup> *Le plan ne couvrirait pas spécifiquement le financement de nouvelle infrastructure matérielle en santé, bien que certains projets d'énergie verte se rapportent à des établissements de santé.*

Beaucoup de nos établissements de santé, surtout des hôpitaux, ont été construits dans les années 1950 et 1960 et le gouvernement fédéral contribuait alors 0,50 \$ par dollar dépensé en vertu du programme de subvention à la Santé nationale. Les gouvernements provinciaux sont aux prises avec des établissements de santé vieillissants qui ont besoin de rénovations. Plusieurs d'entre eux ont annoncé le financement de nouveaux projets. Le gouvernement fédéral devrait les aider à les réaliser.

**L'ACS recommande l'établissement d'un programme national d'investissement de 5 milliards \$ sur cinq (5) ans pour des projets d'infrastructure en santé, en partenariat avec les provinces et les territoires. Ce programme d'investissement devrait promouvoir et encourager des modes de réalisation efficaces, conformément aux principes du renouvellement du système de santé.**

4. Régler les questions en suspens – il faudrait régler les dossiers suivants qui demeurent inachevés :

a. Soins à domicile, soins communautaires et soins de longue durée – L'ACS plaide depuis longtemps en faveur d'un programme de soins à domicile et de soins communautaires qui offre des services de remplacement pour les soins de courte durée et des services continus pour les malades chroniques/en soins de longue durée. Le Plan décennal s'engage à offrir des soins actifs à domicile à court terme et des soins en santé mentale communautaire et des soins en fin de vie à court terme. Toutefois, il n'y a aucun engagement envers les soins prolongés/aux malades chroniques au sein de la communauté.

**L'ACS recommande d'abord un investissement de 1 milliard \$ sur trois (3) ans pour soutenir un programme de soins à domicile, incluant des services de soins prolongés/aux malades chroniques, lié aux objectifs pancanadiens et respectant la juridiction provinciale/territoriale relative à la prestation des soins. L'ACS signale également l'importance de se pencher sur la question des soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, car cette question demeure elle aussi en suspens et devra dans le futur faire l'objet d'investissements additionnels pour assurer l'accès et la qualité.**

b. Fonds de recherche – Le lien entre la recherche et le développement économique est bien connu, tout comme l'importance de la recherche pour la prestation de services de santé efficaces, efficaces et de grande qualité. Au cours des dernières années, le Canada a progressé dans le domaine de la recherche en santé, grâce aux Instituts canadiens de recherche en santé, à la Fondation canadienne pour l'innovation, aux chaires de recherche, au soutien accru aux organismes de financement et autres. Il serait malheureux de perdre cet élan à cause des hausses insuffisantes de financement futur. **L'ACS recommande que l'investissement dans la recherche en santé représente au moins 1 % des dépenses totales en santé.**

c. Remboursement de TPS pour les établissements de santé sans but lucratif – **L'ACS recommande que soient déterminés clairement les établissements de santé, agences et services additionnels maintenant admissibles au remboursement de 83 % de la TPS qui ne s'appliquait autrefois qu'aux hôpitaux. De plus, l'ACS souhaite s'assurer que toutes les fonctions des hôpitaux sont admissibles à ce remboursement, y compris la recherche. L'ACS recommande également que les règles d'interprétation déterminant les établissements de santé, agences et services qui seront dorénavant admissibles au remboursement de 83 %, soient les plus inclusives possible. Idéalement, le système de santé devrait avoir droit à un remboursement de 100 % de la TPS.**

d. Médicaments – **L'ACS souligne l'importance de passer rapidement à l'action en matière de stratégie et de programmes d'assurance médicaments aux objectifs pancanadiens afin de réduire les disparités au chapitre de l'accès, du manque d'équité et du fardeau financier excessif. L'ACS plaide également en faveur d'un engagement à stimuler et à soutenir l'utilisation optimale des médicaments.**

5. Soutien aux aidants naturels – L'absence de soutien adéquat aux soins informels du système de santé aura des répercussions négatives sur les soins formels. Une part substantielle des soins à domicile est fournie par des aidants naturels (famille, amis) et on estime que les 2,1 millions d'aidants naturels non rémunérés permettent au système de santé de réaliser des économies de 5 milliards \$ par année. Les soins à domicile entraînent toutefois des coûts pour les Canadiens et l'économie canadienne. En plus de la perte de revenu qui découle de l'arrêt de travail, il faut aussi tenir compte de la perte ou de la réduction des avantages offerts par les employeurs, des crédits du Régime de pensions du Canada, des possibilités de formation, de l'expérience acquise dans son domaine et des

promotions. **L'ACS recommande l'insertion d'une clause dans le RPC/RRQ qui permette l'exclusion pour prendre soin des aînés ou qui permette à ceux qui quittent leur emploi pour soigner un aîné de continuer à contribuer au RPC/RRQ. Le RPC permet aux parents d'exclure les années de revenus faibles ou nuls du calcul de leurs rentes de retraite, mais aucune clause de ce type n'existe pour les aidants naturels. L'ACS recommande également la transférabilité des services de soins de longue durée partout au Canada, réduisant ou éliminant ainsi les périodes d'attente pour des services résidentiels ou des services communautaires, de sorte que les aidants naturels puissent être près de ceux qu'ils chérissent.**

6. **Fonds égaux par habitant** – L'engagement de verser un montant en espèces égal par habitant ne se réalise pas assez vite. Le budget 2007 prévoyait des fonds égaux par habitant pour le Transfert canadien en matière de programmes sociaux à compter de 2008, mais indiquait que le financement égal par habitant pour le Transfert canadien en matière de santé (TCS) ne serait instauré qu'à l'échéance de l'Accord de 2004, en 2014. Les fonds de fiducie pour les délais d'attente ont été établis sur la base d'un financement par habitant, tout comme les fonds de garantie pour les délais d'attente de 2007 et les fonds antérieurs pour l'équipement médical. Le principe est donc bien établi. L'ACS soutient de longue date les transferts de montants en espèces égaux par habitant dans les domaines où l'atteinte d'objectifs pancanadiens est importante (comme en santé) et ce principe est à l'origine de l'Accord sur la santé de 2004. **L'ACS recommande que le budget de l'an prochain instaure des transferts égaux par habitant en matière de santé, par l'augmentation du financement au chapitre du TCS dans la loi d'exécution du budget.**

L'ACS reconnaît également le rôle d'un programme de péréquation approprié pour régler les problèmes de capacité fiscale au sein des provinces et territoires, de manière à ce qu'ils puissent offrir des programmes sociaux comparables à des niveaux d'imposition comparables.

Cette année, le mémoire de l'Association canadienne des soins de santé (ACS) au Comité permanent des finances porte comme il se doit sur les questions d'ordre fiscal posées par le comité, ce qui ne permet pas une analyse des questions soulevées dans les mémoires antérieurs de l'ACS, à savoir : les dépenses en santé et la prestation des services par les secteurs public et privé et la nécessité d'adopter une approche fondée sur des preuves à ce chapitre; la complexité de la question des temps d'attente; le besoin de tenir compte des déterminants de la santé et du bien-être; les défis posés par la gestion des maladies chroniques; le besoin d'un mécanisme pancanadien en matière de ressources humaines en santé qui va au-delà d'une stratégie. L'ACS a exprimé son point de vue sur ces questions et sur bien d'autres, dans ses mémoires antérieurs au Comité permanent des finances que l'on peut consulter sur son site Web ([www.cha.ca](http://www.cha.ca)).

---

<sup>1</sup> Données de l'OCDE sur la santé de 2007, *How Does Canada Compare*, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup>; Alan Bernstein, *We're in a global race with no finish line*, *Globe and Mail*, 23 mai 2007

<sup>4</sup> Brooks and Hwong, *The Social Benefits and Economic Costs of High and Low-Tax Countries*, Canadian Centre for Policy Alternatives, décembre 2006

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Gloria Galloway, *Cutting taxes not top priority, Harper says*. *Globe and Mail*, 3 août 2007

<sup>7</sup> Lysiane Gagnon, *Quebecers don't want a tax cut*. *Globe and Mail*, 4 juin 2007

<sup>8</sup> Chen, Mintz and Tarasov; *Federal and Provincial Tax Reforms: Let's Get Back on Track*, document d'information de l'Institut CD Howe; n° 102, juillet 2007

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Au Canada, le nombre d'appareils IRM a aussi augmenté au fil du temps, pour se fixer à 5,5 par million d'habitants en 2005, mais le Canada était toujours loin derrière la moyenne des pays de l'OCDE, qui était de 9,8 appareils par million d'habitants. Il en va de même pour le nombre de tomodensitomètres : le Canada en possédait 11,2 par million d'habitants en 2005 alors que la moyenne dans les pays de l'OCDE était de 20,6.

<sup>11</sup> L'honorable James M. Flaherty, C.P., député; *Viser un Canada plus fort, plus sécuritaire et meilleur*, Le plan budgétaire 2007, déposé à la Chambre des communes le 19 mars 2007.