

**UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC FORT :
MAINTENIR LES CANADIENS EN SANTÉ ET
CONSERVER NOTRE PLACE DANS UN MONDE COMPÉTITIF**

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



**Canadian Healthcare Association
Association canadienne des soins de santé**

Septembre 2006

SOMMAIRE

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) désire remercier les membres du Comité permanent des finances de la Chambre des communes de lui permettre de contribuer aux délibérations relatives au prochain budget fédéral. Prenant note de l'importance qu'accorde le Comité à la santé des citoyens, aux compétences appropriées, à la concurrence des entreprises et à l'infrastructure en place, 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'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 services fournis par des autorités régionales de la santé, des hôpitaux et d'autres établissements et organismes qui sont régis par des conseils d'administration et 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 est la championne d'un système de santé public qui donne accès à un continuum de services de santé comparables, à la grandeur du Canada. L'ACS a été fondée en 1931 et célèbre cette année son 75^e anniversaire.

Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de septembre 2004 contribue largement à l'amélioration du système de santé public du Canada, mais les Canadiens considèrent tout de même encore la question des soins de santé comme étant l'enjeu le plus important auquel est confronté le Canada. Un récent sondage effectué par le Strategic Counsel à la mi-juillet révèle que 20 % des Canadiens identifient les soins de santé comme étant la question la plus préoccupante, par rapport à 15 % d'entre eux en juin 2005. En tête des préoccupations chez 20 % des répondants, cette question devance de beaucoup celles de l'économie, des réductions d'impôt et autres.

Notre mémoire porte sur l'importance de l'éducation et de la formation comme composante de la santé et des ressources humaines en santé, ainsi que de la technologie, de la recherche et de l'innovation. Notre mémoire fait également référence, dans le cadre de son argumentation, aux plus récentes données publiées par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE – données publiées en juin 2006). Nous examinons certains éléments tels que les dépenses publiques, les dépenses privées (y compris l'assurance privée), le coût des produits pharmaceutiques et les changements en matière de dépenses en santé en comparant le Canada à d'autres pays de l'OCDE auquel il est souvent comparé. Le principal message à retenir des données de l'OCDE est qu'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. Les énoncés selon lesquels les dépenses en santé du Canada sont élevées sont généralement basés sur les dépenses totales (ensemble des dépenses publiques et privées); en réalité, les dépenses privées du Canada sont plus élevées que celles de la plupart des pays de l'OCDE auxquels il est comparé, tandis que ses dépenses publiques sont moins élevées.

Les données de l'OCDE indiquent également qu'entre 1990 et 2004, la part des dépenses publiques en santé du Canada a diminué de 4,7 %. La réduction réelle des dépenses publiques en santé au cours des années 1990, a donc eu un impact majeur sur le ratio des dépenses publiques/privées au Canada, les dépenses privées continuant d'augmenter à un rythme plus rapide que les dépenses publiques. Il subsiste cependant une idée fausse à l'effet que le coût des services de santé au Canada est hors contrôle et que nous ne pourrions éventuellement y faire face. Cette idée n'est pas fondée sur des faits réels et il faudra la combattre. Les chiffres indiquent que les coûts de santé du Canada ne sont pas hors contrôle, surtout si on les compare avec ceux des principaux pays membres de l'OCDE. La réalité est que la santé, en tant qu'industrie, contribue à l'économie canadienne et qu'en tant que service public, elle a des répercussions positives sur la compétitivité économique du Canada.

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. 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. 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.

On oublie souvent que le pourcentage du PIB qui est consacré aux services de santé – dépenses publiques et privées combinées – se maintient entre 9 et 10 % depuis plus de 15 ans. Il semble n'y avoir aucun lien entre la réalité (les dépenses en santé exprimées en pourcentage du PIB ont peu changé) d'une part, et la peur que les coûts de santé ne soient hors de contrôle, d'autre part. Tous les pays développés sont aux prises avec des coûts de santé élevés et cherchent des solutions aux défis posés par le système de santé – et de fait, ils mettent au point de nombreuses approches qui donnent des résultats probants, mais il n'y a aucune solution magique universelle. Les différents pays ont des approches différentes, fondées sur leur propre histoire et sur leurs réalités et nous pouvons en tirer des leçons. Il y a aussi beaucoup à apprendre des progrès réalisés au Canada. Pour certains, la solution est de privatiser davantage le financement, en se fondant sur l'hypothèse que les coûts de santé seront moins élevés si on les transfère à des personnes ou à leurs employeurs. Le transfert des coûts n'est toutefois pas une économie de coûts. Il existe des solutions et nous tenterons de les souligner dans ce mémoire, mais encore une fois, aucune d'entre elles n'est magique.

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.

L'ACS s'est engagée à collaborer avec les gouvernements afin de répondre aux besoins en santé des Canadiens. C'est pourquoi au fil des ans, nous avons tenu à présenter un mémoire prébudgétaire faisant état des sujets qui nous préoccupent et suggérant des changements ou des amendements susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens et la santé économique du pays.

Sommaire des recommandations :

1. L'ACS recommande que l'instauration d'un programme de garantie de temps d'attente soit assujettie à un fonds spécial pour les frais de déplacement. Un tel programme ne doit pas inciter aux poursuites juridiques, mais plutôt constituer une mesure de sécurité. De plus, la question des temps d'attente doit être examinée dans le contexte plus global d'un système de santé complexe aux prises avec de multiples problèmes. Enfin, la question des temps d'attente est une question de quantité, de qualité et de pertinence, et non pas seulement de quantité.
2. L'ACS recommande, comme mesure initiale, un investissement additionnel d'un (1) milliard de dollars sur trois ans pour soutenir un programme de soins à domicile comprenant des services de soins continus et chroniques reliés à des objectifs pancanadiens en matière de soins à domicile et de soins communautaires, tout en respectant la juridiction des provinces et territoires en matière de prestation des soins. L'ACS souligne également l'importance de se pencher sur la question des soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, ce qui demeure un autre domaine où il reste du travail à accomplir et pour lequel il faudra consacrer des fonds additionnels si l'on veut garantir l'accès et la qualité.
3. Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, 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 dossier de santé électronique interexploitable exhaustif dont la portée est suffisamment étendue.
4. 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 employeurs et les employés intéressés. Sans ressources humaines appropriées en santé, le système ne peut subsister, peu importe les montants investis dans l'infrastructure et la technologie.
5. Puisque les déterminants de la santé jouent un rôle important pour assurer la santé de la société, l'ACS plaide en faveur d'un financement de base approprié au Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) et d'une indexation au TCPS semblable à celle qui est prévue au Transfert canadien en matière de santé.
6. L'ACS demande que davantage de ressources soient accordées à des projets favorisant le mieux-être. L'ACS souscrit à des 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 adéquate des maladies chroniques sont un volet essentiel de ce travail.
7. L'ACS recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à l'établissement de politiques de réglementation du prix des médicaments génériques et des médicaments dont le brevet a expiré (marque nominale) en même temps qu'ils établissent les politiques relatives aux produits pharmaceutiques brevetés.
8. L'ACS souligne l'importance d'encourager l'utilisation adéquate des médicaments. Pour mieux rentabiliser les fonds dirigés vers les régimes d'assurance médicaments, l'ACS recommande que les formulaires des provinces et des territoires relient la couverture de certains médicaments particuliers à leur efficacité thérapeutique. De plus, l'ACS recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux assurent l'élaboration de lignes directrices de concert avec les recommandations d'inscription, afin d'encourager l'utilisation efficace et rentable de tous les produits pharmaceutiques.
9. L'ACS recommande qu'un montant représentant au moins 1 % des dépenses totales en santé soit consacré à la recherche en santé.

- 10. Étant donné l'impact positif du système de santé public du Canada sur la compétitivité économique 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 sur le système de santé et l'économie canadienne les décisions rapides ou les solutions magiques souvent fondées sur le rôle accru de l'assurance privée.**

- 11. 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. Pour assurer l'atteinte des objectifs fédéraux, provinciaux et territoriaux communs, il est essentiel d'adopter des méthodes comparables pour faire rapport aux Canadiens sur la performance du système de santé**

INTRODUCTION

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 services fournis par des autorités régionales de la santé, des hôpitaux et d'autres établissements et organismes qui sont régis par des conseils d'administration et 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 est la championne d'un système de santé public qui donne accès à un continuum de services de santé comparables, à la grandeur du Canada. L'ACS a été fondée en 1931 et célèbre cette année son 75^e anniversaire. Pour souligner cette occasion spéciale, elle publie un ouvrage sur l'histoire de l'organisme qui reflétera aussi l'histoire et l'évolution des soins de santé au Canada.

L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (ci-après appelé le « Plan décennal ») de septembre 2004 contribue substantiellement à l'amélioration du système de santé public du Canada. Malgré cela, les Canadiens considèrent encore la question des soins de santé comme le principal enjeu auquel le Canada doit faire face. Un récent sondage effectué par le Strategic Counsel à la mi-juillet révèle que 20 % des Canadiens identifient les soins de santé comme étant la question la plus préoccupante, par rapport à 15 % d'entre eux en juin 2005. En tête des préoccupations chez 20 % des répondants, cette question devance de beaucoup celles de l'économie, des réductions d'impôt et autres.

Bien que la contribution du gouvernement fédéral ait augmenté considérablement grâce au Plan décennal de 2004, il convient néanmoins de revenir sur les compressions budgétaires en santé des années 1990, puisque leurs effets se font encore sentir dans le système de santé.

De 1993 à 1996, alors qu'ils luttent contre des 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, en chiffres absolus, malgré les hausses substantielles des dépenses dans le secteur privé.¹ Au niveau fédéral, avec la mise en œuvre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), en 1996, on a assisté à une réduction des transferts fédéraux en santé, en éducation postsecondaire et en services sociaux d'un montant de 2,5 milliards de dollars en 1996-1997 et de 4,5 milliards de dollars en 1997-1998².

De 1997 à 2003, le gouvernement fédéral a adopté des mesures visant à contrer les effets des diminutions de financement antérieures. Toutefois, les données de l'OCDE indiquent qu'entre 1990 et 2004, la part des dépenses publiques en santé du Canada a diminué de 4,7 % (Éco-Santé OCDE 2006, Annexe A). La réduction réelle des dépenses publiques en santé au cours des années 1990 a donc eu un impact majeur sur le ratio des dépenses publiques/privées au Canada, les dépenses privées continuant d'augmenter à un rythme plus rapide que les dépenses publiques.

Le Plan décennal a ajouté des dollars fédéraux substantiels au Transfert canadien en matière de santé (qui succède au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, et ne s'applique qu'aux questions de santé), notamment : un montant total de 41 milliards de dollars sur dix ans, y compris une hausse de la base du Transfert canadien en matière de santé prévoyant une clause d'indexation annuelle de 6 %, un fonds pour l'équipement médical et de diagnostic et un fonds de fiducie spécial de 5,5 milliards de dollars sur dix ans pour la question des temps d'attente. Ces fonds correspondaient aux demandes de l'ACS relativement à du financement prévisible et à long terme assorti d'une clause d'indexation. C'est pourquoi l'ACS a appuyé l'entente de 2004, tout en soulignant qu'il faudrait néanmoins se pencher sur certaines autres questions dans le futur. Par contre, il subsiste une idée fautive à l'effet que le coût des services de santé au Canada est hors contrôle et que nous ne pourrions éventuellement y faire face. Cette idée n'est pas fondée sur des faits réels et il faudra la combattre. Les chiffres indiquent que les coûts de santé du Canada ne sont pas hors contrôle, surtout si on les compare avec ceux des principaux pays membres de l'OCDE. La réalité est que la santé, en tant qu'industrie, contribue à l'économie canadienne et qu'en tant que service public, elle a des répercussions positives sur la compétitivité économique du Canada.

On oublie souvent que le pourcentage du PIB qui est consacré aux services de santé – dépenses publiques et privées combinées – se maintient entre 9 et 10 % depuis plus de 15 ans. Les statistiques confirment que les coûts de santé, à savoir les dépenses en santé exprimées en pourcentage du PIB ont peu changé. La crainte de les voir hors de contrôle n'est donc pas justifiée. Tous les pays développés sont aux prises avec des coûts de santé élevés et cherchent des solutions aux défis posés par le système de santé – et de fait, ils mettent au point de nombreuses approches qui donnent des résultats probants, mais il n'y a aucune solution magique universelle. Les différents pays ont des approches différentes, fondées sur leur propre histoire et sur leurs réalités et nous pouvons en tirer des leçons. Il y a aussi beaucoup à apprendre des progrès réalisés au Canada. Pour certains, la solution est de privatiser davantage le financement, en se fondant sur l'hypothèse que les coûts de santé seront moins élevés si on les transfère aux citoyens ou à leurs employeurs. Le transfert des coûts ne permet toutefois pas de réaliser des économies. Il existe des solutions et nous tenterons de les faire valoir dans ce mémoire, mais encore une fois, aucune d'entre elles n'est magique.

CONTRIBUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ À L'ÉCONOMIE CANADIENNE

Selon Statistique Canada, le produit intérieur brut mensuel pour les soins de santé et l'aide sociale en mai 2006 s'établissait à 63 milliards de dollars, en hausse de 3 % par rapport à mai 2005. Ce montant représentait 5,77 % du PIB pour toutes les industries pour le mois de mai 2006. Aux fins de cette statistique, les soins de santé sont considérés comme une industrie de service, mais la santé comporte aussi un important volet professionnel, scientifique et technique. Si on tenait compte de la fabrication des produits pharmaceutiques et médicaux et de la fabrication des fournitures et équipements médicaux, la contribution du secteur de la santé au PIB pour 2005 augmenterait de 5,6 milliards de dollars (et représenterait un total de 6,3 % du PIB). Le secteur de la santé est donc un volet important de l'économie canadienne.

LE SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA ET SES INCIDENCES SUR LA COMPÉTITIVITÉ DU CANADA

C'est un fait important que le système de santé public du Canada offre un avantage concurrentiel important aux entreprises canadiennes, car le coût des avantages sociaux y est moins élevé. Dans 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 des avantages sociaux consentis à ses quelque 1,1 million d'employés américains par General Motors atteint 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. Dans un contexte où la valeur du dollar canadien est élevée, toute mesure visant à accroître les dépenses en santé des entreprises canadiennes en transférant aux employeurs une plus grande partie des coûts de santé réduirait notre avantage concurrentiel.

La récente annonce de General Motors à l'effet que la nouvelle Camaro sera construite à Oshawa illustre bien l'avantage concurrentiel offert par le système de santé du Canada. « La compétition est très forte », a déclaré Chris Piper, un professeur de la Richard Ivey School of Business. « Tous les gouverneurs des états américains, toutes les villes qui ont déjà une usine et tous les maires de ces villes ont déployé les plus grands efforts pour obtenir la construction de la Camaro ... mais c'était sans compter sur le système de santé du Canada qui permet à l'employeur d'épargner des milliers de dollars par année en assurance maladie... » Bien sûr, ce n'est pas le seul facteur qui a amené la compagnie à prendre cette décision, mais il est indéniable que cela ait joué un rôle déterminant et cet exemple n'en est qu'un parmi plusieurs autres où les charges de l'employeur en matière de coûts de santé ont joué un rôle important, surtout dans l'industrie automobile.

L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA : LA VÉRITÉ DERRIÈRE LES CHIFFRES

Le jugement de la Cour suprême rendu l'année dernière sur l'assurance maladie privée a ranimé le débat sur l'efficacité du système de santé. Certains prétendent que des 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. L'ACS a analysé les données les plus récentes de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et les résultats de son analyse réfutent cette allégation. 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 souvent comparé (Annexes A à D). L'ACS a examiné les données les plus récentes de l'OCDE (2004) pour le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède, la France et l'Allemagne.

- Dépenses totales en santé : Les dépenses publiques et privées en santé représentent 9,9 % du PIB au Canada en 2004. 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 %). Avec un taux de 7,7 %, le Royaume-Uni est en dessous de cette moyenne, mais procède actuellement à un réinvestissement substantiel.
- Dépenses publiques : L'OCDE établit à 71,6 % la moyenne des dépenses en santé financées par les fonds publics dans ses pays membres. Le Canada, à 69,8 % (en baisse de 0,3 % par rapport à l'année antérieure) et les États-Unis, à 44,7 % se classent en deçà de cette moyenne. Par contre, la France (78,4 %), l'Allemagne (78,2 %), le Royaume-Uni (85,5 %) et la Suède (84,9 %) sont au-dessus de la moyenne de l'OCDE et de la moyenne canadienne.
- Dépenses publiques en tant que pourcentage du PIB : Bien que le Canada, à 6,9 % se situe au-delà de la moyenne des dépenses publiques de l'OCDE, à 6,3 %, la France (8,23 %), la Suède (7,73 %) et l'Allemagne (8,52 %) se classent toutes au-dessus de la moyenne de l'OCDE et ce sont des pays auxquels on compare souvent le Canada.
- Dépenses publiques par habitant : En ce qui a trait aux dépenses publiques par habitant, la moyenne de l'OCDE est de 1 847 \$ et elle s'établit à 2 209 \$ au Canada. Parmi les pays de comparaison indiqués ci-dessus, seul le Royaume-Uni (2 177 \$ par habitant), se classe derrière le Canada. Il faut préciser à nouveau que ce pays procède actuellement à des investissements substantiels. La Suède (2 398 \$), la France (2 477 \$), l'Allemagne (2 350 \$) et les États-Unis (2 728 \$) se classent au-dessus de la moyenne de l'OCDE et des dépenses publiques en santé par habitant au Canada.

Ces chiffres démontrent que les dépenses du Canada n'excèdent pas celles des pays auxquels on le compare.

Dans le dernier rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) intitulé « *Les soins de santé au Canada 2006* », le chapitre intitulé « Ce que nous dépensons » fournit des données frappantes. On y souligne que le Canada se situe au milieu du peloton parmi les pays qui comptent leurs dépenses en santé selon un système qui se rapproche le plus du système de l'OCDE. L'ICIS note également qu'au cours des trois dernières décennies, les dépenses en santé du secteur privé ont augmenté plus rapidement que celles du secteur public (dépenses indexées pour tenir compte de l'inflation), soit en moyenne de 4,4 % par année contre 3,5 %. Ces taux ont grimpé plus rapidement au cours des cinq dernières années pour atteindre en moyenne 6 % dans le secteur privé et 4,5 % dans le secteur public. Transférer davantage de coûts au secteur privé entraînera une hausse encore plus rapide des coûts de santé. Le rapport de l'ICIS démontre aussi clairement que le secteur où la croissance des dépenses en santé augmente le plus rapidement est celui des produits pharmaceutiques. Il est démontré qu'en transférant une plus grosse part du fardeau du financement au secteur privé, on augmentera les coûts de santé totaux, comme nous le soulignerons plus en détail tout au long de ce document.

OÙ ALLONS-NOUS MAINTENANT

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 des besoins non satisfaits dans de nombreux domaines, notamment en ce qui a trait au temps d'attente, aux soins à domicile et aux soins communautaires, au dossier de santé électronique, aux ressources humaines en santé, à l'accès aux médicaments et à l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens. 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.

1. TEMPS D'ATTENTE

En ce moment, le public, les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé portent une attention particulière au temps d'attente, surtout en ce qui a trait aux tests de diagnostic et à certaines interventions chirurgicales identifiées comme étant prioritaires dans l'Accord de 2004. L'accès aux services de diagnostic s'est amélioré au

cours des dernières années. Selon des données de l'ICIS, entre 1990 et 2005, le nombre d'examen par IRM et TDM a augmenté de 826 % et 82 % respectivement. Cette augmentation est due en grande partie aux fonds spéciaux alloués par le gouvernement fédéral pour l'achat d'équipement de diagnostic au début des années 2000.

En ce qui a trait aux temps d'attente, comme nous l'avons indiqué précédemment, il y a un fonds de fiducie spécial de 4,5 milliards de dollars sur six ans qui prévoit un montant additionnel d'un milliard de dollars pour les quatre dernières années. Les premiers ministres canadiens se sont engagés à réduire de manière significative 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. Bien que l'entente de 2004 déterminait ces domaines comme étant prioritaires, l'ACS croit 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. En outre, 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. Certes, il est important de mettre l'accent sur la quantité – le nombre de procédures et l'accès en temps opportun – mais il est également important de s'assurer de la qualité et de la pertinence des soins.

L'ACS a insisté sur l'importance d'examiner les diverses questions reliées au temps d'attente, comme la recherche de repères ou de cibles menant à des objectifs fondés sur des preuves; la pertinence des interventions chirurgicales; les meilleures pratiques liées à la gestion de la demande de services; la gestion du processus d'attente par la préservation de la santé et les programmes de soutien à la santé et d'explorations de cas; les stratégies efficaces en matière de ressources humaines; une approche intégrée aux listes d'attente; l'utilisation efficace du temps en salle d'opération; des systèmes d'information et de gestion adéquats, y compris un dossier de santé électronique; et l'application de la théorie des files d'attente.

La mise en place de processus qui appuient et guident les patients revêt une importance particulière. Elle est surtout essentielle pour assurer la présentation de rapports au public et la transparence relativement au temps d'attente. Les citoyens ont le droit d'examiner les calendriers sur leur accès aux soins et d'être assurés que leurs besoins sont pris en considération de façon opportune. Le gouvernement fédéral a promis d'instaurer une garantie des temps d'attente et a entrepris des discussions avec les provinces et territoires sur le concept d'une garantie. Cette garantie assurerait que les patients en attente de services de santé aient droit au remboursement des frais de transport encourus pour se faire soigner dans une autre région ou une autre province, voire même un autre pays, s'ils n'ont pas eu accès aux soins dans des délais ciblés fondés sur les preuves. Vu la complexité de la question des temps d'attente, il faudra définir soigneusement cette garantie. Il serait difficile de justifier la réaffectation d'argent nécessaire pour offrir des soins en temps opportun dans notre propre pays au remboursement de frais de transport et au paiement de services de santé plus dispendieux aux États-Unis. Si elle est mise en place, la définition d'une garantie devra minimiser le risque potentiel de poursuites devant les tribunaux, tout en agissant comme valve de sécurité ou de dernier recours quand l'accès en temps opportun n'a pu être obtenu. L'ACS ne soutient pas la garantie de temps d'attente, mais souligne l'importance de mécanismes de sécurité, qui existent déjà d'ailleurs dans la plupart des autorités canadiennes. L'ACS rappelle aussi que l'Accord de 2004 prévoit un fonds devant servir à réduire les temps d'attente dans cinq domaines « prioritaires » et qu'il prévoit l'atteinte de cibles et de repères reliés à ces temps d'attente, mais qu'il ne fait aucune mention d'une garantie de temps d'attente.

Pour instaurer un programme de garantie de temps d'attente, il faudrait prévoir un fonds spécial pour les frais de déplacement. De plus, la question des temps d'attente doit être examinée dans le contexte plus global d'un système de santé complexe aux prises avec de multiples problèmes. Enfin, la question des temps d'attente est une question de quantité, de qualité et de pertinence, et non pas seulement de quantité.

2. SOINS À DOMICILE, SOINS COMMUNAUTAIRES ET SOINS DE LONGUE DURÉE

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. Le Plan décennal s'engage à fournir des soins postactifs à domicile à court terme et des soins communautaires à court terme en santé mentale et aux personnes en fin de vie, mais il ne comporte aucun engagement à offrir des soins prolongés et des soins aux malades chroniques dans la collectivité. Hollander, dans une étude sur la rentabilité des soins à domicile aux malades chroniques, a conclu qu'avec le temps, et pour tous les niveaux de besoins de santé, les soins à domicile, en moyenne, coûtaient beaucoup moins cher que les soins dans un établissement de soins de longue durée.³ Toutefois, une grande partie des soins à domicile sont prodigués par des soignants naturels (famille, amis) et on estime qu'il y a 2,1 millions de soignants naturels non rémunérés qui

permettent au système de santé de réaliser des économies de 5 milliards de dollars par année. Les soins à domicile ont donc un coût pour les Canadiens et pour l'économie canadienne.

L'Enquête sociale générale de 2002 de Statistique Canada fournit des données éloquentes sur les coûts « cachés » des soins à domicile. Elle a permis de recueillir les renseignements suivants :

- La plupart des soignants travaillent à l'extérieur de la maison.
- Plus du tiers des soignants assument des dépenses additionnelles.
- 27 % des femmes et 14 % des hommes ont dû changer leur régime de travail (p. ex., fractionner les heures de travail, quitter le travail plus tôt et compenser le temps).
- 20 % des femmes et 13 % des hommes ont indiqué qu'ils avaient réduit leurs heures de travail.
- 11 % des femmes et 9 % des hommes ont indiqué qu'ils avaient subi une perte de revenu.
- 3 % des femmes et 3 % des hommes ont indiqué qu'ils avaient refusé un emploi ou une promotion.
- 2 % des soignants naturels ont dû quitter un emploi rémunéré.

La prestation de soins par des soignants naturels n'est pas sans conséquence pour la carrière de ces derniers et sur cette question, l'Enquête avait des données très révélatrices. La majorité des soignants naturels étaient âgés de 45 à 54 ans et ils étaient donc dans leurs années de travail les plus productives. Les soignants naturels non rémunérés assument de menues dépenses estimées en moyenne à 1 569 \$ par année, ce qui représente un total de 2,287 milliards de dollars⁴. En plus de la perte de revenu de l'emploi délaissé, il faut aussi considérer la perte ou la diminution des avantages offerts par l'employeur, des crédits au Régime de pensions du Canada, des occasions de formation, de l'expérience dans son domaine et des promotions.^{5,6} Les tensions entre la prestation de soins à un membre de la famille et les responsabilités du travail sont aussi source d'insatisfaction au travail, d'absentéisme, d'arrêt de travail et d'absences prolongées et elles risquent aussi d'entraîner des conséquences coûteuses pour la carrière à cause des promotions auquel le soignant a renoncées et des occasions d'avancement restreintes.⁷ D'un point de vue économique, il est donc essentiel d'adopter une approche pancanadienne aux services de soins à domicile qui tienne compte des soins continus et des soins aux malades chroniques, aussi bien que des soins de courte durée.

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. C'est pourquoi l'ACS ne recommande pas que tous les coûts associés à un programme de soins continus et chroniques à domicile soient couverts. Il devrait y avoir une analyse sociale et un processus équitable visant l'établissement des niveaux de participation aux coûts.

Bien qu'il y ait un certain nombre de mesures fiscales et de modifications à l'assurance-emploi qui peuvent soutenir les besoins en soins chroniques et continus des Canadiens, ces mesures ne remplacent pas un ensemble exhaustif de services de soins continus, y compris des programmes qui offrent un répit aux soignants naturels.

L'ACS recommande, comme mesure initiale, un investissement additionnel d'un (1) milliard de dollars sur trois ans pour soutenir un programme de soins à domicile comprenant des services de soins continus et chroniques reliés à des objectifs pancanadiens en matière de soins à domicile et de soins communautaires, tout en respectant la juridiction des provinces et territoires en matière de prestation des soins. L'ACS souligne également l'importance de se pencher sur la question des soins de longue durée en établissements sur une base pancanadienne, ce qui demeure un autre domaine où il reste du travail à accomplir et pour lequel il faudra consacrer des fonds additionnels si l'on veut garantir l'accès et la qualité.

3. DOSSIER DE SANTÉ ÉLECTRONIQUE

Le dossier de santé électronique (DSE) est un élément fondamental pour aller de l'avant avec nombre de priorités visant à assurer le renouvellement du système de santé, telles que déterminées par les premiers ministres. Le meilleur accès aux soins, la grande qualité des services et l'efficacité et l'efficience du système de santé sont tous associés à la mise en place accélérée d'un dossier de santé électronique pancanadien interexploitable et exhaustif.

Trois rapports récents ont insisté sur l'importance d'accélérer la mise en œuvre du dossier de santé électronique.

1. Matthew Morgan⁸ a souligné la nécessité du DSE en tant qu'outil fondamental pour assurer la sécurité des patients. Il a indiqué que le système de santé ne pouvait que se détériorer sur le plan de la sécurité et de la qualité s'il continue de reposer sur de la documentation papier. À l'aide de données tirées d'une étude américaine qu'il a adaptées au contexte canadien, il a estimé que si 75 % des médecins de famille canadiens adoptaient la technologie dans leur pratique ambulatoire, la mesure, une fois implantée, permettrait d'économiser 236 millions de dollars par année. M. Morgan a aussi indiqué que l'informatisation complète de l'admission des patients hospitalisés permettrait aux hôpitaux canadiens de réaliser des économies de 1,2 milliard de dollars par année.
2. Le rapport publié récemment à la suite de la conférence de juin 2006 présentée par Inforoute Santé du Canada (ISC) et le Conseil canadien de la santé sur le dossier de santé électronique fournit des données sur le rendement des investissements requis pour un dossier de santé électronique complet :
 - L'étude de Booz Allen Hamilton⁹ menée au Canada a estimé les économies annuelles à 6 milliards de dollars avec un DSE complet, dont la mise en œuvre coûterait environ 1 milliard de dollars par an pendant 10 ans.
 - Le réseau de télésanté Ontario Telehealth Network en Ontario a économisé 5,2 millions de dollars uniquement en frais de déplacement en 2005-2006, avec l'évitement de déplacements totalisant 20 millions de kilomètres.
 - À Edmonton, l'utilisation du téléphone et du télécopieur pour l'échange d'information de laboratoire ou autre a grandement diminué au fur et à mesure que l'utilisation des portails informatiques augmentait.
3. Le conseiller fédéral sur les temps d'attente, le D^r Brian Postl, dans son rapport sur les temps d'attente, a souligné les avantages du DES pour le système de santé et les a identifiés comme suit : faciliter l'accès aux renseignements intégrés concernant les patients; réduire les examens et les prescriptions en double; réduire le nombre d'appels des pharmaciens aux médecins concernant les prescriptions; réduire les coûts des déplacements des patients et des fournisseurs; améliorer la gestion des vaccins; et améliorer la gestion de l'information, entraînant une réduction des coûts.

Le but et le mandat initiaux d'ISC ne correspondent pas aux besoins. L'objectif doit être que le DES couvre 100 % de la population canadienne et soit instauré dans tous les lieux de prestation des soins (p. ex., les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile, les bureaux de médecins, les cliniques de santé). Le contenu du DES doit aussi avoir une plus vaste portée. De plus, il faut établir un échéancier de mise en œuvre. Il faudra certes y consacrer des investissements substantiels, mais le défaut d'agir en temps opportun entraînera des coûts encore plus élevés.

Pour accroître l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, 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 dossier de santé électronique interexploitable exhaustif dont la portée est suffisamment étendue.

4. RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

La pénurie de ressources humaines en santé (RHS) demeure un sérieux problème. Au cours des cinq prochaines années, environ 20 % des médecins et 33 % des infirmières seront prêts à prendre leur retraite. Pour l'instant, il n'y a pas suffisamment de jeunes professionnels pour remplacer ceux qui quittent. Cette pénurie s'étend au-delà des médecins et des infirmières à tous les autres fournisseurs de soins de santé. En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu que leurs gouvernements augmenteraient la réserve de professionnels en santé en se fondant sur l'évaluation des besoins, 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. 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.

Il est important de s'attaquer à la question des RHS non seulement du point de vue des temps d'attente et des pénuries de ressources humaines, mais également sous l'angle de l'économie canadienne. La majorité des employés du domaine de la santé ont terminé des études postsecondaires. Statistique Canada a déterminé le revenu moyen de la population selon le diplôme obtenu (recensement de 2001). Selon ces données, une personne qui n'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires peut espérer gagner un revenu moyen de 21 230 \$, alors que la personne qui détient un diplôme d'études secondaires ou collégiales peut s'attendre à un revenu moyen de 32 736 \$ et celle qui détient un diplôme universitaire, à un revenu moyen de 48 648 \$. De plus, les détenteurs d'un diplôme d'études postsecondaires ou d'un baccalauréat ont plus de facilité à travailler durant toute leur vie active. Le secteur de la santé est une source importante d'emplois bien rémunérés et il apporte une grande contribution à l'économie et aux revenus fiscaux.

Le Budget fédéral de mai 2006 engageait le gouvernement à aller de l'avant avec la création d'une agence visant à assurer que les immigrants formés à l'étranger répondent aux normes canadiennes. L'embauche adéquate d'immigrants qui ont reçu une bonne formation et possédant des hauts niveaux de compétence améliorera la productivité et aidera à combler la pénurie de ressources humaines. Reconnaisant que les provinces sont responsables de la réglementation régissant les prestataires de soins de santé, les employeurs auraient avantage à coordonner leurs efforts à l'échelle pancanadienne pour identifier les besoins en diplômés de l'étranger. Toutefois, l'ACS n'appuie pas le recrutement de professionnels de la santé provenant de pays moins développés qui sont aussi aux prises avec une pénurie de RHS et recommande que le gouvernement fédéral collabore avec ses partenaires du G8 pour satisfaire aux besoins internes en matière de fournisseurs de soins de santé et réduire la pression sur le recrutement en provenance de pays déjà en manque de ressources.

L'ACS favorise la normalisation des exigences relatives aux titres de compétences des fournisseurs de soins de santé réglementés au sein des provinces et des territoires. Elle appuie aussi la formation qui favorise l'esprit d'équipe; qui facilite la communication et les processus de développement communautaire engageant la population et tous les fournisseurs de soins et organismes de la santé; et qui se traduit par l'acceptation, la satisfaction et la confiance du client.

L'ACS reconnaît que la main d'œuvre en santé doit être stable et que les fournisseurs de soins de santé doivent être en nombre adéquat, répartis équitablement selon une combinaison appropriée, pour offrir un accès raisonnable à des soins de grande qualité à tous les Canadiens.

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 employeurs et les employés intéressés. Sans ressources humaines appropriées en santé, le système ne peut subsister, peu importe les montants investis dans l'infrastructure et la technologie.

5. INVESTIR DANS LA SANTÉ DES CANADIENS

5.1 Déterminants sociaux de la 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).

L'espérance de vie et l'état de santé ne dépendent pas uniquement des dépenses consacrées au système de santé. L'éducation, le revenu, le logement, les services sociaux, l'environnement et les modes de vie sains sont également d'importants déterminants de la santé. C'est pourquoi on se préoccupe autant de voir les dépenses en santé supplanter les dépenses en éducation et en services sociaux à l'échelle provinciale et territoriale. La plus grande partie des problèmes de santé est attribuable aux conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent (les déterminants sociaux de la santé). Certes, la qualité des soins de santé est cruciale pour le bien-être de la population, mais les autres déterminants de la santé sont également importants. La maladie et la mauvaise santé ont des incidences négatives sur les revenus fiscaux, les profits des entreprises et la productivité fondée sur les salaires. Il s'ensuit qu'il y a moins d'argent disponible pour financer les initiatives gouvernementales en

matière de santé, d'éducation, de logement, et autre. Les politiques axées sur le marché du travail et les ressources humaines et sur l'éducation de la population, c'est-à-dire les politiques qui portent sur les principaux déterminants de la santé, sont vite rentabilisées étant donné qu'elles assurent et maintiennent la santé de l'ensemble des citoyens.

Une population en meilleure santé participe davantage à l'économie et réduit les coûts liés à la perte de productivité.

Le Budget 2006 prévoit un investissement ponctuel d'un milliard de dollars (versés dans une fiducie distincte) à l'infrastructure pour l'éducation et des crédits d'impôt à l'éducation et à l'emploi, de même que le paiement ponctuel de 800 millions de dollars pour corriger à court terme le problème de la pénurie de logements abordables. Ces mesures sont un bon départ pour résoudre certaines questions liées aux déterminants de la santé.

Puisque les déterminants de la santé jouent un rôle important pour assurer la santé de la société, l'ACS plaide en faveur d'un financement de base approprié au Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) et d'une indexation au TCPS semblable à celle qui est prévue au Transfert canadien en matière de santé.

5.2 Réforme des soins de santé primaires

Pour 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 trouver des solutions aux obstacles à la progression de la réforme des soins de santé primaires.

L'ACS a signalé l'importance d'atteindre les objectifs fixés dans l'Accord sur la santé de 2003 concernant la réforme des soins primaires. Des équipes de soins de santé primaires sont créées partout au pays, mais pas assez rapidement.

5.3 Santé publique

Une des solutions pour réduire les dépenses en santé – ou à tout le moins pour maintenir les hausses à un niveau viable – est d'investir davantage dans la santé publique, particulièrement dans des domaines comme les modes de vie sains (p. ex., les programmes contre le tabagisme); la prévention des blessures, notamment par l'utilisation des ceintures de sécurité et des casques de sport; la prévention et la gestion des maladies chroniques (qui requièrent 70 % des services de soins actifs); et les programmes axés sur la sécurité des personnes âgées et visant à prévenir les chutes. Jumelées à l'investissement dans les déterminants de la santé que sont l'éducation et les services sociaux – comme nous l'avons signalé précédemment – ces mesures permettraient de faire un grand pas en matière de gestion à long terme des coûts de la prestation des services de santé.

Ce n'est que depuis 2004 que l'ICIS déclare les dépenses en santé publique dans une catégorie distincte des dépenses en santé. Les dépenses en santé publique comprennent notamment les mesures de prévention de la propagation des maladies transmissibles, les programmes de sécurité des aliments et de l'eau, la préparation en cas de pandémie et en cas d'urgence, les stratégies visant à assurer la santé de la population, les programmes de vie saine, les programmes de prévention des blessures, les mesures de prévention et de contrôle des maladies chroniques, etc. Avec la création de l'Agence de santé publique du Canada et dans la foulée de l'épidémie de SRAS, ce secteur a récemment fait l'objet d'un financement et d'une attention accrues. En 1975, les dépenses en santé publique représentaient 3,7 % des dépenses totales en santé et 4,4 % des dépenses en santé du secteur public. En 2005, on a alloué 7,8 milliards de dollars à la santé publique, ce qui représente 5,5 % des dépenses totales en santé et 7,9 % des dépenses en santé du secteur public.

Les gouvernements et les intervenants en santé doivent tenter de réduire les coûts de santé futurs tout en offrant maintenant les services de santé à ceux qui en ont besoin. Il n'est pas question de choisir l'un ou l'autre. Nous devons tenter de réduire la demande future tout en comblant les besoins d'aujourd'hui.

L'ACS demande que davantage de ressources soient accordées à des projets favorisant le mieux-être. L'ACS souscrit à des 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 adéquate des maladies chroniques sont un volet essentiel de ce travail.

6. POLITIQUES PHARMACEUTIQUES

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) surveille et réglemente actuellement le prix des médicaments brevetés, mais pas celui des médicaments génériques. De manière générale, le prix des produits pharmaceutiques génériques est plus élevé au Canada que dans plusieurs autres pays de l'OCDE. Le CEPMB a rapporté que le prix des médicaments génériques au Canada excédait de 21 % à 51 % le prix médian de ces médicaments à l'étranger (2003). En octobre 2005, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont confié au CEPMB la responsabilité de surveiller le prix des médicaments non brevetés et de leur faire rapport.

Le coût des médicaments sur ordonnance a augmenté et représentait 14,6 % des dépenses totales en santé en 2004, par rapport à 8 % en 1990, selon les données de l'OCDE de 2006. L'examen des statistiques de l'OCDE sur les dépenses en médicaments révèle que la part du financement privé est beaucoup plus élevée au Canada que dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2004, les coûts assumés par le privé représentaient 62 % du coût total des médicaments vendus au Canada alors que la moyenne s'établissait à 39 % dans les pays de l'OCDE. La hausse du coût des produits pharmaceutiques, surtout si on la compare à la hausse des dépenses globales en santé, est une source d'inquiétude et soulève la nécessité d'avoir plus d'information sur la valeur des produits pharmaceutiques. Le secteur privé contribue davantage au paiement de produits pharmaceutiques qu'à celui de soins hospitaliers ou ambulatoires, car notre système de santé public offre une moins bonne protection pour les médicaments. Les programmes d'assurance médicaments gérés par les employeurs sont un succès sur le plan administratif, mais le coût croissant des régimes d'assurance maladie les menace. Les employeurs devront peut-être écarter des employés productifs qui ont besoin de médicaments onéreux ou transférer aux employés une plus grande partie du coût de ces régimes.

Il est impératif que le système de santé ait une preuve solide de la rentabilité des médicaments pour que les employeurs (de tous les secteurs), les gestionnaires de régimes d'assurance médicaments, les gouvernements et les gestionnaires du système de santé puissent prendre des décisions plus éclairées quant aux coûts et à l'utilisation des médicaments. Le gouvernement fédéral et l'industrie devraient donc encourager et soutenir l'intensification de la recherche sur l'efficacité des médicaments par rapport à leurs coûts et les bailleurs de fonds du système de santé, les gestionnaires et les fournisseurs de soins (y compris les médecins, les infirmières praticiennes et les pharmaciens) devraient intégrer l'analyse de rentabilité des médicaments à leur prise de décision, tout en optimisant les résultats et la viabilité dans tout le système.

L'ACS recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à l'établissement de politiques de réglementation du prix des médicaments génériques et des médicaments dont le brevet a expiré (marque nominale) en même temps qu'ils établissent les politiques relatives aux produits pharmaceutiques brevetés.

L'ACS souligne l'importance d'encourager l'utilisation adéquate des médicaments. Pour mieux rentabiliser les fonds dirigés vers les régimes d'assurance médicaments, l'ACS recommande que les formulaires des provinces et des territoires relient la couverture de certains médicaments particuliers à leur efficacité thérapeutique. De plus, l'ACS recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux assurent l'élaboration de lignes directrices de concert avec les recommandations d'inscription, afin d'encourager l'utilisation efficace et rentable de tous les produits pharmaceutiques.

7. RECHERCHE

Le lien entre la recherche et le développement économique est bien connu, tout comme l'importance de la recherche pour assurer la prestation de services de santé efficaces, de grande qualité et efficaces. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont besoin de financement suffisant pour réaliser leurs divers objectifs de recherche, notamment en matière de recherche biomédicale et clinique et de recherche sur la santé de la population et le système de santé. Au cours des dernières années, le Canada a progressé en ce domaine, grâce aux IRSC, à la Fondation canadienne pour l'innovation, aux chaires de recherche, à un soutien accru aux organismes financement, et à d'autres mesures. Il serait malheureux qu'il soit coupé dans son élan à cause d'augmentations insuffisantes du financement.

L'ACS recommande qu'un montant représentant au moins 1 % des dépenses totales en santé soit consacré à la recherche en santé.

L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE ET SES CONSÉQUENCES

Certains craignent que le système de santé public ne réponde pas aux besoins des Canadiens en temps opportun et qu'il coûte trop cher, ce qui les amène à considérer l'assurance maladie privée et la prestation de soins par le privé comme une solution magique. En outre, 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. Toutefois, l'assurance privée et les cliniques de soins privés ne sont pas une panacée.

Lorsqu'on examine la question du financement privé et de la prestation de soins par le privé il faut considérer sérieusement les répercussions sur les industries canadiennes qui exercent dans un contexte de compétition mondiale. Les montants payés par les compagnies d'assurance (assurance maladie privée) pour des services de santé, comptent en moyenne pour environ 6 % des dépenses en santé dans les pays de l'OCDE. Au Canada, ils comptent pour 12,7 % des dépenses totales en santé, en hausse par rapport à 8,1 % en 1990. Les montants que les Canadiens ont consacrés à l'assurance privée ont augmenté considérablement de 1990 à 2004. Les données de l'OCDE indiquent que les primes d'assurance privée au Canada sont passées de 5,8 milliards de dollars à 14,8 milliards de dollars entre 1990 et 2004 (valeurs exprimées par rapport au PIB de 2000). Les employeurs assument une partie importante de ces primes. L'augmentation du coût des avantages qu'ils offrent à leurs employés a des effets directs sur leur avantage concurrentiel à l'échelle mondiale.

Un éditorial publié dans le New York Times¹⁰ en 2005 soulignait que le grand avantage de l'assurance maladie universelle gouvernementale est son coût moins élevé. Le système d'assurance maladie public en vigueur au Canada entraîne une bureaucratie beaucoup moins lourde et des coûts administratifs de beaucoup inférieurs à ceux du système américain qui est largement privé. Les données de l'OCDE indiquent que le coût d'administration du régime d'assurance privée au Canada représente 2,2 % des dépenses totales en santé tandis que le coût d'administration du système public représente 1,9 % des dépenses totales en santé. Mis en perspectives, ces chiffres révèlent qu'il en coûte beaucoup plus cher pour administrer 30 % des dollars en santé (le volet privé) que pour administrer 70 % de ces dollars (le volet public).

Un mémoire de 2004 de l'OCDE intitulé « L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE » faisait ressortir plusieurs points importants :

- (1) les pays qui offrent d'importantes options d'assurance maladie privée sont généralement ceux qui ont les dépenses en santé les plus élevées;
- (2) l'assurance maladie privée n'a pas réduit significativement le fardeau du financement public;
- (3) l'accès à l'assurance maladie privée est souvent inéquitable, en grande partie parce que ce sont généralement les personnes ayant des revenus élevés qui achètent de l'assurance maladie privée;
- (4) les patients à haut risque ont de la difficulté à obtenir de l'assurance, ce qui introduit une ségrégation du marché en fonction du niveau de risque.

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. 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. 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 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'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 s'est déclarée 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.

Certains ont proposé des solutions simples, comme de privatiser davantage de services. D'autres ont proposé de sous-traiter davantage avec des cliniques de chirurgie privées. Ces cliniques privées peuvent générer des économies de coûts lorsqu'elles exécutent des procédures de routine à répétition. Il faut donc examiner cette option, à la condition qu'elle assure la qualité et la reddition de comptes. Toutefois, nous devons comprendre que les hôpitaux publics seront toujours responsables des procédures complexes et coûteuses introduites par les patients présentant des facteurs de risque élevé et de fortes comorbidités. Il est facile d'offrir des soins à moindres coûts lorsqu'on choisit ses patients. L'American Hospital Association (AHA) s'est d'ailleurs montrée inquiète de voir les cliniques privées choisir leurs patients et transférer les cas présentant des complications imprévues et des effets indésirables aux hôpitaux offrant toute la gamme des services.

C'est pourquoi l'ACS et ses membres continuent de soutenir un système de santé adapté aux besoins, largement financé par le secteur public, dont les modèles de prestation des services reconnaissent la complexité du secteur de la santé et sont fondés sur des preuves – un système de santé qui se préoccupe pas seulement de la quantité, mais aussi de la qualité et de la pertinence des soins. Nous croyons que ce type de système est dans le meilleur intérêt des Canadiens et concourt à améliorer la compétitivité et la croissance économique.

Étant donné l'impact positif du système de santé public du Canada sur la compétitivité économique 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 sur le système de santé et l'économie canadienne les décisions rapides ou les solutions magiques souvent fondées sur le rôle accru de l'assurance privée.

RESPONSABILISATION ET RAPPORT AUX CITOYENS

Tous les gouvernements ont convenu de faire rapport publiquement sur la performance du système de santé et de solliciter des conseils d'experts et de fournisseurs de soins sur les indicateurs les plus appropriés pour mesurer la performance. Les gouvernements présentent des rapports annuels et le Conseil de la santé du Canada a également publié des rapports.

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 la performance 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 performance 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'Accord de 2004 prévoit que le gouvernement fédéral fera un suivi des progrès réalisés en 2008. Ce sera aussi l'occasion d'examiner si les objectifs du Plan décennal de 2004 ont été atteints.

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. Pour assurer l'atteinte des objectifs fédéraux, provinciaux et territoriaux communs, il est essentiel d'adopter des méthodes comparables de faire rapport aux Canadiens sur la performance du système de santé.

QUESTIONS DE DÉSÉQUILIBRE FISCAL

Le gouvernement fédéral est résolu à s'attaquer à ce qui est perçu comme un déséquilibre fiscal entre les provinces et territoires et Ottawa, afin d'offrir aux provinces les fonds nécessaires pour améliorer leurs programmes sociaux. L'ACS a souligné dans son document comparatif des programmes électoraux de l'élection de 2006 : « *Si le déséquilibre fiscal doit être réglé par le transfert de marge fiscale aux provinces et territoires pour accroître le financement des services de santé, cela pourrait nuire et non pas aider à l'accès comparable aux services de santé à la grandeur du Canada... Il est important de noter que la valeur des points d'impôt reflète l'état relatif des économies des provinces et territoires et varie considérablement dans le pays; c'est pourquoi la capacité de financer les services de santé nécessaires pourrait être sérieusement compromise dans certaines régions si les transferts de points d'impôts devaient être utilisés dans le futur.* » L'ACS soutient depuis longtemps les transferts par habitant égaux dans les domaines où les objectifs pancanadiens sont importants (p. ex., la santé), et ce principe était sous-jacent dans l'Accord sur la santé de 2004. L'engagement à verser un montant égal par habitant ne se réalise pas rapidement, à cause de l'inclusion historique des transferts des points d'impôt de 1977 dans le calcul du transfert égal par habitant.

L'ACS reconnaît également le rôle d'un programme de péréquation approprié pour régler la question des différentes capacités fiscales des provinces et territoires, de sorte qu'ils puissent offrir des programmes sociaux comparables avec des niveaux de taxation comparables.

Bien que la prestation des services de santé soit de juridiction provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral a traditionnellement utilisé son pouvoir constitutionnel d'application des ressources pour faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* et atteindre les objectifs pancanadiens en matière de santé. L'ACS soutient depuis longtemps cette approche, tout en reconnaissant que les provinces et les territoires requièrent une certaine souplesse pour s'adapter à leurs situations particulières.

CONCLUSION : LES SOLUTIONS ET LES RECOMMANDATIONS DE L'ACS

Le financement des soins de santé a considérablement évolué au cours des trois dernières années. Cependant, il reste beaucoup à accomplir en soins de santé et les objectifs et les échéanciers du Plan décennal doivent être respectés.

En conclusion, il nous semble pertinent de rappeler les propos du Commissaire Romanow dans son rapport final : « Notre régime d'assurance-maladie 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. »¹³

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 Hollander, M.(2001) *Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services – Substudy 1*. Victoria BC: Hollander Analytical Services Ltd and the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care

⁴ Sécurité économique des aidantes et aidants naturels : Un processus d'élaboration de politiques pour mieux soutenir les aidantes et aidants naturels non rémunérés. Rapport sommaire du Forum sur la prestation de soins non rémunérés organisé par l'Association canadienne de soins et services communautaires et la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels.

⁵ Fast, Janet (1997) *Conceptualizing and Operationalizing the Costs of Informal Elder Care*. Rapport technique final au Programme national de recherche et développement en matière de santé, mars 1997.

⁶ Fast, Janet, Jacque Eales et Norah Keating (2001) *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport technique final à Condition féminine Canada, mars 2001.

⁷ Gignac, Monique, Kevin Kelloway et Benjamin Gottlieb (1996) The Impact of Caregiving on Employment: A Mediation Model of Work-Family Conflict. *Canadian Journal of Aging* 15(4): 525-42.

⁸ Morgan, Matthew (2004) In pursuit of a Safe Canadian Healthcare System. *HealthcarePapers* 5(3)

⁹ Booz/Allen/Hamilton – Pan-Canadian Electronic Health Record: Quantitative and Qualitative Benefits, mars 2005

¹⁰ Paul Krugman. « One Nation, Uninsured », **The New York Times**, June 13, 2005.

¹¹ 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. 22.

¹² 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.

¹³ Commissaire Roy J. Romanow, Q.C., **Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final**, 2002, p. xvi.