

**UN SYSTÈME DE SANTÉ SUBVENTIONNÉ PAR L'ÉTAT:
LA CLÉ DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE, DE LA PROSPÉRITÉ
ET DES SOINS POUR LES CANADIENS**

Mémoire soumis à la Chambre des Communes
Comité de gestion des finances



Par l'Association canadienne des soins de santé

Septembre 2003

1.0 INTRODUCTION

L'Association canadienne des soins de sante (ACS) est une federation reunissant les hopitaux et les organismes de sante des provinces et des territoires au Canada. Les membres de l'ACS offrent toute une gamme de soins dont des soins actifs, des soins a domicile et dans la communaute, des soins de longue duree, des services de sante publique, de sante mentale, des soins palliatifs, des services de toxicomanie, des services aux enfants, a la jeunesse et a la famille, des services d'hebergement, ainsi que des organismes professionnels et de reglementation professionnelle. Ces services sont dispenses par les autorites regionales responsables de la sante, les hopitaux, ainsi que d'autres organisations et agences qui desservent les Canadiens et qui sont regies par des fiduciaires agissant dans l'interet du public.

L'Association canadienne des soins de sante fut fondee en 1931 et represente depuis toujours les associations d'hopitaux des provinces et territoires a l'echelle nationale. En 1995, nous remplacions notre appellation d'alors, soit l'*Association des hopitaux du Canada* par celui d'*Association canadienne des soins de sante* afin de refleter l'eventail sans cesse croissant de nos membres.

La mission de l'ACS consiste a ameliorer la prestation des services de sante au Canada par des moyens tels l'elaboration de politiques, la promotion et le leadership. Les programmes d'enseignement a distance, les conferences et les services de publication de l'ACS contribuent a assurer ce leadership a l'echelle nationale. L'ACS et nos membres sont determines a realiser cette vision d'un systeme de sante subventionne par l'etat et permettant un acces a un vaste eventail de services de sante qui soient comparables d'un ocean a l'autre.

L'ACS aprecie cette chance unique qu'on lui offre de prendre part aux deliberations du Comite permanent des finances de la Chambre des Communes portant sur le budget federal 2004 et nous remercions les membres du Comite d'accorder leur attention a cet expose.

Le Comite a pose aux individus desireux de contribuer a ce rapport trois questions portant sur le budget federal 2004, soit:

- Quelles mesures sur le plan de l'imposition, des depenses et autres devrait-on prendre pour assurer la croissance economique et la creation d'emplois, des budgets federaux equilibres, ainsi que pour apporter les changements necessaires en ce qui concerne le rapport entre le montant net de la dette et le PIB ?
- Quelles mesures sur le plan de l'imposition, des depenses et autres devrait-on prendre pour investir davantage dans tous les membres de la societe canadienne et mieux nous occuper d'eux ?
- Quelles mesures sur le plan de l'imposition, des depenses et autres devrait-on prendre pour assurer que les communautes urbaines, rurales et eloignees soient des endroits ou l'on souhaite vivre et travailler et pour maximiser leurs contribution a la prosperite canadienne ?

L'ACS et ses membres croient qu'un systeme de sante durable, imputable et a l'ecoute des besoins puisse repondre aux trois questions. L'ACS et ses organisations membres sont determinees a mettre ce systeme en oeuvre en partenariat avec les gouvernements, les intervenants du domaine de la sante, les entreprises et les travailleurs, ainsi que les autres organismes sectoriels et le public.

Deux facteurs sont essentiels si l'on veut assurer la durabilite de notre systeme de sante public:

- stabiliser l'actuel systeme d'assurance-maladie qui repose sur les hopitaux et les medecins; et
- favoriser les changements qui s'imposent pour s'assurer que le systeme soit a l'avenir a l'ecoute des besoins afin d'offrir ainsi aux Canadiens un vaste eventail de services de sante qui soient comparables d'un ocean a l'autre.

Au cours des dernieres annees, le gouvernement federal a instaure des mesures dans le but d'atteindre des objectifs, et la plus recente fut l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de sante, ainsi que le budget federal qui a suivi. Lorsqu'on annonca l'Accord des premiers ministres, l'ACS reconnut qu'on avait realise certains progres afin d'atteindre ces buts et au moment de publier le budget federal, l'ACS appuya les nombreux investissements dont on y faisait mention et qui avaient pour effet d'ameliorer la sante et le bien-etre des Canadiens.

Cependant, alors que l'Accord de 2003 et le budget federal subssequent renferment certaines mesures positives, l'ACS s'inquiete grandement pour les raisons suivantes :

- L'Accord ne fait etat pour les cinq prochaines annees d'aucun plan global ni d'aucun financement federal suffisant afin de stabiliser l'actuel systeme et permettre de vrais changements qui viendront ameliorer l'accès aux services dont on a besoin dans la sequence globale des soins.
- Malgré la recommandation de la Commission Romanow qui consiste a accroître le financement du federal de 15 milliards \$ en trois ans, l'Accord et le budget federal ne prevoient que la somme de 12 milliards \$ au cours de cette meme periode.
- Une disposition faisant etat d'un financement unique de l'ordre de 2 milliards \$ dans cet Accord, et ce, pourvu que l'excédant budgetaire du federal permette un tel transfert, nage maintenant dans le doute, en raison de la croissance economique plus faible que prevue, attribuable aux effets du syndrome respiratoire aigu severe (SRAS), de l'encephalopathie bovine spongiforme (EBS ou maladie de la vache folle), des recents incendies en Colombie-Britannique, de la valeur croissante du dollar canadien et de la reprise economique inegale aux Etats-Unis. Cependant, certaines provinces ont deja integre ces sommes dans leurs budgets de sante pour cette annee. Voilà qui illustre bien la raison pour laquelle le financement des soins de sante doit etre stable, previsible et adequat plutot que d'etre ponctuel et unique.
- Un financement insuffisant pour soutenir et stabiliser l'actuel systeme de soins de sante qui depend des hopitaux et des medecins menace d'engloutir les fonds consacres a la reforme des soins de sante qu'on doit employer afin d'instaurer un

changement veritable, un aspect de l'Accord et du budget federal au sujet duquel le commissaire Romanow s'est dit inquiet. L'ACS est convaincue qu'on doit transférer aux provinces et aux territoires un montant suffisant pour financer les services en vertu de la Loi canadienne sur la sante. Autrement dit, nous devons « prioriser l'essentiel » tout en nous assurant de consacrer les autres fonds à la réforme des soins de sante. Après tout, les Canadiens ont réaffirmé à maintes reprises leur inquiétude face aux listes d'attente, un problème qu'on ne peut atténuer sans injecter de nouvelles sommes.

- L'Accord n'a aucunement permis d'alléger sur le plan politique l'aigreur qui existe entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux concernant notre système de sante et laquelle nous empêche de procéder à des réformes.

Suites aux rapports Romanow et Kirby, à l'Accord des premiers ministres et au budget fédéral, on a été tenté de prétendre que notre système de sante avait fait son temps et qu'on ne pouvait se permettre d'y investir davantage. Au contraire, l'ACS prétend que nous ne pouvons nous permettre – que ce soit sur la plan de notre compétitivité économique ou de notre qualité de vie – de ne pas combler les lacunes contenues dans cet Accord.

2.0 DES SOINS DE SANTÉ DURABLES, FINANCÉS PAR L'ÉTAT SONT LA CLÉ DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE, DE LA PROSPÉRITÉ ET DES SOINS POUR LES CANADIENS

Face aux pronostics répétés de certains concernant l'insolvabilité, l'inefficience, l'inefficacité et le besoin conséquent de remplacer notre système de sante subventionné publiquement, l'idée que ce système fournisse la clé à la croissance économique, à la prospérité et aux soins des Canadiens peut paraître inconvenant. En guise de réponse, nous devrions rappeler un paragraphe clé qui précède l'ensemble du rapport final « Un message aux Canadiens » du Commissaire Romanov :

Je suis heureux de dire aux Canadiens que la fleur de rhétorique souvent surchauffée au sujet des coûts du régime de l'assurance –maladie, de l'efficacité et de la viabilité ne résiste pas à une étude minutieuse. Nos résultats de sante, à quelques exceptions près, sont parmi les meilleurs au monde, et une forte majorité de Canadiens qui utilisent le système sont hautement satisfaits de la qualité et de la norme des soins qu'ils reçoivent. Le régime d'assurance-maladie a livré des soins de haute qualité d'une manière abordable, opportune, accessible à une majorité écrasante de Canadiens sur une base de soins et non de revenu. Il a contribué à notre compétitivité internationale, au niveau de vie extraordinaire que nous apprécions et à la qualité et à la productivité de notre main d'oeuvre.¹

2.1 DES SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONNÉS PAR L'ÉTAT, UNE VALEUR DE BASE CANADIENNE

¹ Commissaire Roy J. Romanow, Q.C., *Construire sur des valeurs: l'avenir des soins de sante au Canada ? Rapport Final*, 2002, p. xvi.

L'ASC et ses membres ont accueilli continuellement la valeur de base canadienne qui accede aux services de sante a etre fournis, sur la base de sons de sante et non sur la facilite de payer. Tel que releve dans le *Plan en dix points* de l'ACS, elabore en 2002 afin d'identifier ce qu'il fallait pour assurer qu'un systeme de sante canadien subventionne par l'Etat soit receptif, durable et en meilleure position pour realiser une veritable reforme de la sante, cette valeur est caracteristique de ce qui est connu comme etant "une approche de risque partage" par opposition a « une approche de risque individuel »² qui caracterise davantage habituellement, la fourniture de services de sante dans des pays comme les Etats-Unis.

Bien que le rapport Romanov n'ait pas nie le besoin de changements a l'interieur du systeme afin d'assurer qu'il soit veritablement national, global et justifiable, il rejette fondamentalement toute approche comme le ticket modérateur, les comptes d'epargne medicaux, les services de radiations, une plus grande privatisation, un systeme prive parallele, une quote-part ou d'autres suggestions qui degraderaient effectivement la valeur de base canadienne d'un acces base sur le besoin et non sur la facilite a payer.

Il n'y a aucune evidence que ces solutions occasionneront des soins meilleurs ou moins onereux, ou amelioreront l'accessibilite (excepte peut-etre pour ceux qui ne peuvent pas se payer de leurs propres poches). Pour etre plus precis, les principes sur lesquels reposent ces solutions, ne peuvent pas etre concilies aux valeurs qui sont au coeur du probleme des soins de sante ou avec les principes de la Loi de sante Canada que les Canadiens appuient farouchement.³

La ou l'ACS a reellement de la difficulte avec le rapport Romanov, c'est qu'il se concentre presque exclusivement sur le systeme de sante de courte duree et ne fournit pas de plan detaille pour creer l'acces pour les Canadiens, a des soins permanents, des soins de longue duree ou a des soins pour malades chroniques. Ce message en dira plus sur la question, plus tard.

2.2 DES SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONNÉS PAR L'ÉTAT, UN INVESTISSEMENT ÉCONOMIQUE SÛR

L'ACS et ses membres ont aussi soutenu longtemps que l'investissement dans notre systeme de sante subventionne par l'Etat contribue non seulement a notre bien-etre individuel et collectif, mais aussi a notre rendement economique. Tel que mentionne dans la soumission pre budgetaire de 2001 de l'ACS au Comite permanent des finances : « des soins de sante subventionnes par l'Etat contribuent a une main d'oeuvre saine, a une productivite accrue, au developpement economique (a travers la recherche et

² ACS, *Un systeme de sante receptif, durable, subventionne par l'Etat au Canada: l'art du possible*, Fevrier 2002, p. 4, www.cha.ca.

³ *Construire sur des valeurs*, p. xx.

l'innovation), a la qualite de vie liee aux decisions d'affaires pour situer le Canada et ameliorer sa competitivite.⁴

2.2.1 DES SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONNÉS PAR L'ÉTAT, un avantage compétitif

Il est bien connu que notre système de santé subventionné par l'État permet un avantage compétitif certain à des commerces basés au Canada, dû à des différences de coûts administratifs significatifs entre le système canadien d'un assureur unique (le gouvernement) pour les services hospitaliers et médicaux et le système américain multi payeurs (les compagnies privées). Une récente étude par exemple, dans le "*New England Journal of Medicine*" (NEJM) a dressé les conclusions suivantes, suite à l'analyse des données de 1999:

- Le total des coûts administratifs à l'intérieur du système américain sont de 294G\$ US par année, comparativement à environ 9G\$ US au Canada; ce qui représente une différence de plus de 300 pour cent.
- À un niveau per capita, les coûts administratifs étaient estimés à 1 059\$ U.S. aux États-Unis comparativement à 307\$ U.S. au Canada.
- L'administration compte pour 31 pour cent des dépenses de soins de santé aux États-Unis, mais seulement de 16,7 pour cent au Canada. Fait intéressant, les frais généraux parmi les assureurs privés canadiens étaient plus élevés que ceux des États-Unis (13,2 pour cent comparativement à 11,7 pour cent). Par contre, l'assurance santé nationale canadienne avaient des frais généraux de 1,3 pour cent. Les coûts administratifs des fournisseurs étaient beaucoup plus bas au Canada.
- Les auteurs de l'étude concluent que 209 G\$ peuvent être sauvés aux États-Unis « si les coûts administratifs pouvaient être coupés en implantant un système de soins de santé de style canadien. »⁵

L'auteur responsable de l'étude, le Dr Steffie Woodlander, un professeur agrégé de médecine de l'Université de Harvard, conclut dans une entrevue que les difficultés avec le système de santé canadien comme les listes d'attente pour des traitements proviennent d'un financement inadéquat pour les soins médicaux. « Selon nous, votre financement est trop bas, mais votre système est très bon. » Par contre, aux États-Unis, « nous avons un problème systémique ici. Il y a beaucoup de ballottage d'argent; nous avons déjà 41 millions de personnes sans assurance-maladie, les aînés ne peuvent pas se payer de médicament et beaucoup d'autres problèmes. »⁶

⁴ Voir par exemple ACS, *Le système de santé canadien subventionné par l'État: la base pour la compétition mondiale, les occasions fiscales et la qualité de vie*, Message soumis au Comité permanent des finances de la Chambre des Communes, Août 2001, site Web op.cit.

⁵ Steffie Woolhandler, M.D., M.P.H., Terry Campbell, M.H.A., David U. Himmelstein, M.D., "Costs of Health Care Administration in the United States and Canada," Online Abstract, *New England Journal of Medicine*, Vol. 349: 768-775, No. 8, August 21, 2003, www.nejm.org; "U.S. health administration costs 300% higher than in Canada," *National Post*, August 21, 2003, www.nationalpost.com; "Canada-U.S. gap in health care grows," *Globe and Mail*, August 21, 2003, www.theglobeandmail.com.

⁶ Woolhandler rapporté dans le *National Post*, 21 août 2003.

Dans un commentaire relie a la revue *NEJM*, l'economiste Henry Aaron de l'Institut Brookings a affirme que: « Je regarde le systeme des soins de sante americain et je vois la monstruosite administrative, un veritable melange bizarre de milliers de payeurs avec un systeme de paiement qui differe pour aucune raison avantageuse sur le plan social. » Bien que M. Aaron ait eu une estimation differente sur le montant precis qui pouvait etre sauve en adoptant un systeme de sante de style canadien pour les Etats-Unis, son estime de 159 G\$ U.S.⁷ est presque deux fois la prevision totale des depenses (en dollars constants publics et privs) pour le systeme de sante canadien dans son entier, pour l'annee 2002 qui tout juste en-dessous de 102G\$.⁸

L'impact de cette difference de couts dans le commerce est dramatique. Par exemple:

- General Motors depense plus pour les soins de sante de ses employes a la retraite qu'elle ne le fait pour l'acier qu'elle utilise pour ses automobiles; la corporation estime que 1 300\$ par auto vont aux soins medicaux pour ses anciens employes, faisant de celle-ci, le plus grand des fournisseurs de soins de sante au monde. Ce poids financier est une motivation derriere la strategie de la corporation de couper des prix afin d'accroitre les ventes, pour ainsi echelonner le cout sur plusieurs vehicules. Les benefices en soins de sante des travailleurs retraites ont ajoute plus de 4,1G\$ U.S. aux couts de la corporation en 2002 et on prevoit qu'ils vont couter 4,5G\$ U.S. cette annee, pres du double profits anticipes. « Il s'agit de l'une des plus grosses questions dans l'esprit des investisseurs quand ils pensent a GM, » selon Rod Lache, auto analyste de l'auto de la Deutsche Bank.⁹ « D'un point de vue competif, cela [des soins de sante subventionnes publiquement au Canada] fait partie de l'avantage competif » selon le porte-parole de General Motors Canada, Stewart Low.¹⁰
- Ce fardeau financier n'est pas unique a General Motors ou seulement au secteur manufacturier de l'automobile. General Electric par exemple, etait forcee de demordre, cette annee, apres que les travailleurs fussent aller en greve pour protester contre ses desirs de leur faire payer davantage pour leurs soins de sante, meme si les augmentations de salaire etaient moderees en echange.¹¹

2.2.2 LA SANTÉ PUBLIQUE: ESSENTIELLE À NOTRE ÉCONOMIE ET À NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

L'ACS et nos membres plaident la cause que toutes les composantes du systeme de sante doivent etre renforcer pour repondre aux besoins des Canadiens en fournissant un acces a une vaste etendue de services comparables a travers le Canada, incluant des soins medicaux d'urgence, des soins actifs, des soins palliatifs, des soins a domicile, des soins a long terme et communautaires et pour la sante mentale. Etant donne la recente eclosion du SRAS et son impact nefaste et important sur notre economie et notre systeme de sante,

⁷ Article d'Aaron cite dans le *National Post*, 21 août 2003.

⁸ *Total des depenses pour la sante, Canada, 1975 a 2002 - Résumé*, Institut canadien pour l'information sur la sante, www.cihi.ca.

⁹ "GM pensioner care biggest cost in vehicle," *National Post*, 20 août 2003.

¹⁰ "US health care carriers big price for taxpayers: Canada's medicare offers competitive advantage in business," *National Post*, 9 février 2001, p. A13; cite dans ACS, 2001, p. 5.

¹¹ *National Post*, 20 août 2003.

ce message traitera des mesures necessaires dont on a instamment besoin pour rectifier les insuffisances a l'interieur de notre systeme de sante.

En tant qu'importante partie de notre systeme de sante subventionne par l'Etat, un systeme de sante publique fort est capital pour une prevention fructueuse, une surveillance et un controle des maladies infectieuses comme le SRAS, et pour repondre a d'autres urgences de la sante publique causees par le bio terrorisme, les accidents, les desastres environnementaux, etc.; en d'autres termes, une approche tous risques. Il n'y a pas de doute que l'eclosion du SRAS a demontre le professionnalisme et l'engagement d'un nombre incalculable d'agents responsables de la sante publique. L'eclosion du SRAS a egalement expose les failles dans la capacite et la preparation aux urgences du systeme canadien de la sante publique.

Le gouvernement federal ne doit pas presupposer que le professionnalisme et le devouement des fournisseurs et des gestionnaires de soins de sante suffiront lors de l'apparition d'un autre evenement sanitaire extraordinaire dans l'absence d'un leadership necessaire pour traiter ces manquements. A moins que ces failles ne soient comblees, les impacts economiques et sanitaires de situations urgentes possibles dans la sante publique pourraient meme etre plus importantes. **L'ACS recommande que le gouvernement federal fasse preuve d'un leadership fort pour une approche pancanadienne afin de repondre a des problemes de sante publique..**

L'ACS et nos membres ont longuement insiste sur le besoin d'ameliorer notre systeme de sante publique. Dans la section 2.3 du *Plan en dix points* de l'ACS, prepare il y a plusieurs annees, un paragraphe important sur le besoin d'ameliorer la sante publique stipule que : « On a besoin maintenant, de plus grands investissements dans la promotion de la sante et la prevention de la maladie. » Les decès dus à l'eau contaminee, la maladie de la vache folle et les recentes attaques terroristes demontrent justement comment notre systeme de sante publique actuel est vulnerable.»¹²

L'ACS a ete invitee a soumettre ses premieres observations concernant les "leçons retenues" du SRAS dans le but d'informer l'examen d'approches a long terme pour la sante publique au Canada, au Dr David Naylor, President du Comite consultatif national sur le SRAS et la sante publique.

L'ACS a fait quatre recommandations specifiques au Comite:

- Une legislation federale pour accommoder les services et les programmes de sante publique;
- La creation d'un Centre canadien pour le controle des maladies;
- La mise en place d'un medecin chef de la sante pour le Canada; et
- Que le systeme de sante recoive un investissement approprie pour un systeme de livraison de soins de sante (a la fois dans les systemes de sante actif et communautaire) pour s'efforcer de conserver un equilibre.

¹² ACS, op.cit, 2002, p. 9.

Des details relatifs a ces recommandations, que nous joignons pour votre revision, ont ete inclus dans notre soumission au Dr Naylor (Appendice 1).

Pour ces motifs, l'ACS est fiere de l'entente du 4 septembre 2003 des Ministres de la sante federale, provinciales et territoriales, afin de collaborer au developpement d'un systeme ameliore de sante publique qui comprendrait :

- Une clarification des roles et des responsabilites pour prevenir et repondre efficacement aux menaces de la sante publique tout en respectant les juridictions federales, provinciales et territoriales;
- La creation d'un reseau national de centres de science de la sante publique;
- Des ressources humaines de la sante publique renforcees, incluant le besoin d'une capacite de reponse plus robuste regionale et nationale a une urgence de sante publique; et
- Une surveillance nationale et une infrastructure d'information ameliorees.¹³

Nous croyons que ce message reflète l'engagement du gouvernement pour un systeme de sante publique plus fort. Toutefois, ce message doit etre appuyé par une subvention qui, non seulement tient compte du role ameliore du federal dans la sante publique, mais transfere aux provinces et territoires des fonds suffisants a la fois pour une infrastructure de la sante publique et une capacite equilibree d'un systeme de livraison de sante. Nous croyons que cela va necessiter un surplus de 1G\$ de la part du gouvernement federal au cours des cinq prochaines annees.

2.3 DES SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONNÉS PAR L'ÉTAT COMPARÉ À D'AUTRES INITIATIVES ET À D'AUTRES PRIORITÉS

En reponse a plusieurs initiatives de subventions federales pour la sante au cours des quelques dernieres annees (le "budget de la sante" de 1999, l'Accord sur la sante de 2000, le budget federal et l'Accord de 2003, par exemple), il a semble que notre systeme de sante subventionne par l'Etat recoit plus que sa part equitable de fonds publics et qu'il est en quelque sorte, un drain pour notre economie, plutot qu'un investissement dans celle-ci. (Voir section 4.) Comme l'ont reconnu les leaders du monde des affaires et le gouvernement federal lui-meme, ceci est faux.

2.3.1 Investissement federal dans les vastes determinants de la sante et autres investissements sociaux

L'ACS n'a jamais prone d'investir dans la sante au detriment d'autres domaines importants de la vie canadienne. En effet, l'ACS et nos membres reconnaissent les efforts federaux afin d'appuyer les plus vastes determinants de la sante et d'autres investissements sociaux valables. Lorsque le budget federal a ete annonce cette annee, « L'ACS a fait l'eloge des investissements de budget federal de 2003 qui influence la vie

¹³ Conference des ministres de la sante federal/provinciales/territoriales Halifax, Nouvelle-Ecosse – 4 septembre 2003, Communiqué de presse, Santé Canada.

et le bien-etre des Canadiens. Ceux-ci comprennent: l'environnement, les mesures dirigees vers les enfants, la recherche et l'innovation en sante, l'information nationale sur la sante, la sante des communautes des Premieres nations et des Inuits, la securite du patient et la qualite des soins, la planification des ressources humaines de la sante, un programme national d'immunisation, une plus grande comptabilite pour le rendement de notre systeme de sante finance par l'Etat. »¹⁴

L'ACS aimerait apporter une attention speciale a l'engagement des Premiers ministres federaux, provinciaux et territoriaux dans l'Accord de la sante de 2003, pour une strategie nationale, en vue d'ameliorer la securite des patients, et pour la promesse du gouvernement federal de subventionner l'Institut canadien pour la securite des patients. Nous nous rejoyissons par consequent, de l'annonce par les Ministres de la sante federaux, provinciaux et territoriaux d'ouvrir un Institut canadien pour la securite des patients pour la fin de 2003 "destine a faciliter la collaboration parmi les initiatives qui sont entreprises par les gouvernements et les parties interessees afin d'accroitre la securite des patients. ».¹⁵

2.3.2 Initiatives economiques federales: reduction des taxes

Dans son discours du 25 juin au "Economic Club" de Toronto, le vice-premier ministre et Ministre des finances John Manley a annonce une reduction de taxes de 100G\$ sur une periode de cinq ans, dans le budget federal de l'an 2000.¹⁶

Comme il a ete mentionne dans les messages pre budgetaires de la ACS, notre association ne s'oppose pas aux reductions de taxes. Cependant, les retombees pour les reductions de taxes individuelles comparees a l'investissement personnel/privé dans la sante doivent etre examine. Ceci est particulierement important, etant donne que les depenses au privé pour la sante augmentent plus rapidement que les depenses publiques pour la sante en 2001 et 2002.¹⁷ Et, puisque les iniquites dans le revenu sont un puissant determinant de la sante, on doit prendre soin de s'assurer que les reductions de taxes retrécissent et n'augmentent pas les iniquites de revenu dans la societe canadienne.

Il faut se rappeler que les 100G\$ en coupures de taxes sur une periode de cinq ans est trois fois le montant du federal annonce pour la sante dans l'Accord pour la sante, de 34,8G\$, de 2003 repartis sur cinq ans. Rappelez-vous, les Canadiens ont dit que la sante etait leur priorite numero un. De plus, une partie du montant federal annonce dans l'Accord sur la sante de 2003, est tout simplement un renouvellement de l'annonce des initiatives de subventions de l'Accord de la sante de l'an 2000 (voir section 3). De meme, les 34,8G\$ comprennent les augmentations de depenses directes au niveau federal, en

¹⁴ ACS, "L'ACS appuie l'orientation du budget federal mais demeure preoccupee sur la subvention du systeme de sante," *Communiqué de presse*, 18 fevrier 2003, www.cha.ca.

¹⁵ Communiqué de presse, Santé Canada, 4 septembre 2003, op.cit.

¹⁶ Discours de l'Honorable John Manley, P.C., M.P., Vice-Premier ministre et Ministre des finances, à l'Economic Club of Canada, 25 juin 2003, Ministère canadien des finances, www.fin.gc.ca.

¹⁷ ICIS, *Tableaux sur les depenses publiques et privees pour la sante, par province et territoire 1975 à 2002 - Dollars courants*, www.cihi.ca.

plus des transferts aux provinces et territoires. Ils incluent egalement, les montants cumulatifs ainsi que certaines subventions renouvelables.

2.3.3 Initiatives economiques federales: reduction de la dette

Dans son discours du 25 juin, le ministre Manley a aussi mentionne la reduction de la dette federale d'environ 50G\$ depuis 1997-1998, due aux surplus federaux depuis ce temps. Mentionnant la possibilite d'un surplus plus bas que celui prevu pour 2003, le ministre a affirme que: « Une fois que les livres seront fermes, je m'attends a ce que les surplus de 2002-03 sera a peu pres egal aux 3G\$ de la reserve pour les eventualites qui avaient ete incorpores dans le budget de 2003. *Ce surplus reduira la dette federale.* »¹⁸ (C'est nous qui soulignons.)

En revanche, le budget federal de 2003 souligne "un engagement du gouvernement federal de fournir un 2G\$ additionnel pour la sante pour les provinces et les territoires a la fin de l'annee fiscale 2003-04, *si le Ministre des finances determine que durant le mois de janvier 2004, il y aura un surplus suffisant au-dessus de la reserve normale des eventualites pour permettre un tel investissement.*"¹⁹ (C'est nous qui soulignons.)

L'ACS reconnaît l'importance de la reduction de la dette pour l'economie canadienne. Toutefois, nous ne croyons pas que la reduction de la dette devrait se poursuivre a n'importe quel prix et nous rappelons au gouvernement federal que le « budget de la sante » de 1999 creait un precedent pour une partie du surplus federal anticipé, qui devait etre utilise pour la reduction de la dette, mais qui a plutot ete utilise pour fournir des fonds immediats aux provinces et aux territoires, pour la sante.²⁰ Etant donne que les deux provisions budgetaires faisant partie de l'Accord sur la sante ne repondent pas a ce que le rapport Romanov recommandait et le risque de tensions ulterieures federales-provinciales-territoriales sur la sante ne s'aggrave, **l'ACS recommande que les 2G\$ du 3G\$ de surplus anticipé pour 2003, qui sont presentement diriges vers la reduction de la dette, soient plutot envoyés aux provinces et territoires pour la sante.** Ceci est bien inspire a la lumiere des recents rapports que la dette du Canada par rapport au ratio du PIB se compare favorablement a celle des autres pays.

2.3.4 La recherche en sante

L'engagement du gouvernement federal pour la recherche en sante a ete demontre par la creation des Instituts canadiens de la recherche en sante avec un budget ameliore. Ce qui est particulierement important, c'est le mandat qui s'adresse a la recherche bio medicale, la recherche clinique, la recherche des systemes de sante et la recherche en sante de la population. Des investissements dans la recherche sur la sante contribuent de facon

¹⁸ Manley, op.cit.

¹⁹ *Le plan budgetaire*, 2003. Depose a la Chambre des Communes par l'Honorable John Manley, P.C., M.P., Vice-Premier ministre du Canada et Ministre des finances, 18 fevrier 2003, p. 69.

²⁰ "Le budget de 1999: renforcer les soins de sante pour les Canadiens," *Feuille de documentation*, Bureau du Premier ministre du Canada, 16 fevrier 1999, www.pm.gc.ca.

significative, à la croissance économique et au développement du Canada, et aide à inverser l'exode des cerveaux. L'ACS appuie les investissements fédéraux ultérieurs dans la recherche en santé et recommande que ces investissements soient augmentés de manière à ce qu'ils soient de 1% des dépenses totales en santé.

3.0 L'ACCORD SUR LA SANTÉ DE 2003 ET LE BUDGET FÉDÉRAL: UNE CRITIQUE

À l'automne 2002, dans le prolongement des Rapports finaux du Commissaire Romanov et du Sénateur Kirby, de l'annonce du premier Accord des Ministres de la santé et du budget fédéral de 2003, on anticipait beaucoup que les discussions fédérales-provinciales-territoriales sur la santé aboutiraient à une entente qui contiendrait un plan global avec des fonds fédéraux suffisants sur une période de cinq ans afin de stabiliser le système des soins de santé existant et faciliterait un échange réel en vue d'améliorer l'accès aux services de santé nécessaires le long d'un plus vaste continuum de soins. On s'attendait aussi à ce que les gouvernements fassent un rapport sur le progrès vers la réalisation des objectifs nationaux liés aux sommes fédérales pour la santé et que, basés sur des indicateurs comparables, tous les gouvernements seraient redevables envers les Canadiens, en ce qui a trait au rendement du système de santé et au statut de la santé de notre population.

L'Accord sur la santé et le budget fédéral de 2003 ont-ils rencontré ces défis? Bien que les deux contiennent des mesures positives, malheureusement, la réponse est non. Bien que l'engagement fédéral pour notre système de santé subventionné par l'État selon ces initiatives semble généreux à première vue, en examinant de plus près, il ne l'est pas.

L'Accord sur la santé est moindre que ce que le Commissaire Romanov avait proposé, et les sommes pour stabiliser le système existant des soins de santé sont inadéquates. L'instabilité qui persiste menace de mettre indûment en péril l'implantation fructueuse du renouvellement nécessaire en santé comme la réforme fondamentale en santé, les soins à domicile et la couverture catastrophique de la drogue. Les subventions prévues pour réaliser la réforme en santé devront être utilisées inévitablement pour supporter les services de soins santé existants. Tel que mentionné par le Dr David Naylor, doyen de la médecine de l'Université de Toronto, et le Dr Allan Detsky, chef de la médecine interne de l'hôpital Mount Sinai de Toronto : « L'Accord sur la santé représente une réinjection heureuse des subventions fédérales préalablement retirées et contient de nombreuses initiatives utiles de réforme. Cependant, nous croyons aussi que la dernière entente fédérale-provinciale-territoriale est au mieux interprétée comme un autre compromis temporisateur. »²¹

Le gouvernement fédéral stipule que l'Accord sur la santé de 2003 l'engage pour un montant de 34,8G\$ pour la santé, sur une période de cinq ans. Bien que ceci semble impressionnant, il est important de noter ce qui suit (voir aussi les appendices 2, 3 et 4):

²¹ "Canada's Health Care System ? Reform Delayed," *New England Journal of Medicine*, op.cit: 804-810; cité dans "Canada-US gap in health care grows," op.cit.

- Les investissements federaux mentionnes pour les trois premieres annees de l'Accord sur la sante de 2003 (2003-04 to 2005-06) sont des renouvellements d'annonces d'engagements anterieurs pris lors de l'Accord sur la sante de l'an 2000. Ainsi, l'Accord sur la sante de 2003 etend simplement l'engagement du gouvernement federal a la subvention des services principaux pour deux autres annees. Le total du chiffre cumulatif de 9,5G\$ comprend 3,9G\$ (0.7 + 1.3 + 1.9) annonces anterieurement dans l'Accord sur la sante de l'annee 2000.
- L'Accord sur la sante de 2003 ne procure pas une augmentation du plancher des transferts en especes de la TCSPS. Ceci aura de graves consequences en terme de tentatives de stabilisation du systeme actuel de soins medicaux bases sur les hopitaux et les medecins ou pour etabliir une base pour le nouveau transfert de sante specifique, le Transfert sante Canada. S'il n'y a pas assez d'argent aujourd'hui, il n'y en aura pas assez pour la base dans le futur. **L'ACS recommande une augmentation du plancher des transferts en especes de la TCSPS de 3G\$ de maniere a aider a stabiliser le systeme d'assurance-maladie actuel.**
- Un facteur de progression inadquat et implicite annuel est fourni. A un maximum de 3,1 pour cent en valeur nominale, non en terme s reels, en 2003-04 et seulement 2,8 pour cent pour la quatrieme et la cinquieme annee, ce facteur de progression implicite ne couvrira pas les ententes de travail, ne rencontrera pas les demandes croissantes dues a une population croissante, ne reflera pas la croissance dans le PIB. **L'ACS recommande un facteur de progression approprie pour le transfert propose a Sante Canada qui reflte precisement ces realites.**
- Sur une question connexe, quelqu'un peut se demander s'il devrait y avoir un transfert social Canada egalement et si c'est le cas, quelle sera la base de ce transfert et y aura-t-il un facteur de progression? Si la contribution federale pour un TCSPS n'est pas suffisante (et ceci couvre des determinants importants de sante comme l'education post-secondaire et les services sociaux), alors il y aura moins d'argent dans les fonds du Tresor public des provinces et territoires pour financer ces services, ce qui ne sera pas utiles. **L'ACS recommande un transfert social canadien correspondant avec une base et un facteur de progression suffisant.**
- Les chiffres officiels du gouvernement federal, en ce qui concerne ses investissements dans les services «de base », sont des chiffres cumulatifs. Bien qu'ils soient mathematiquement corrects, ils peuvent etre aussi trompeurs parce que ce qui est important pour le systeme de sante, c'est l'augmentation annuelle de la subvention. C'est cette augmentation qui permet de faire face a de nouveaux besoins, d'innover et de subventionner les augmentations dans les depenses permanentes. Et qu'en est-il des listes d'attente?
- Les 2,5G\$ alloues en 2002-03 sont une subvention unique qui doit etre utilisee immediatement ou qui doit etre encaissée par tranche de pret par les provinces et territoires sur une periode de trois ans; elle n'est pas ajoutée au plancher de transfert en especes de la TCSPS.
- Telle que mentionnee auparavant, la subvention unique possible de 2,0G\$ pour 2003-04 depend du surplus federal et des problemes non resolus se rapportant a cette subvention, qui servent a aggraver les tensions intergouvernementales qui sont supposees etre resolues par l'Accord.

- Les montants de la subvention unique de l'Accord placent les provinces et territoires dans une situation precarie: mettez-vous en place un programme ou un service pour un an pour l'annuler l'annee suivante, faute de manque de subvention adequate et continue?
- Le manque de fonds suffisants voues a stabiliser le systeme d'assurance-maladie existant menace l'utilisation du fonds de la reforme federale pour la reforme des soins de sante primaires et les comptes rendus catastrophiques de la drogue qui sont menaces d'etre mis en pieces, en faveur de la consolidation du systeme actuel. Ceci ne devrait pas etre une situation "blanche ou noire", mais plutot une exigence « a la fois /et ».
- Les montants pour ces trois initiatives importantes sont un bon debut. A mesure que le programme s'implantera, nous aurons une meilleure idee des exigences des subventions.
- Bien que l'Accord sur la sante de 2003 fasse reference a un systeme de soins de sante plus general, l'accent portera sur une substitution des soins de courte duree, avec certains services additionnels pour la sante mentale aigue et les soins palliatifs. L'ACS voit ceci comme etant le premier pas vers le developpement d'un programme plus global de soins a domicile qui doit necessairement composer avec les besoins de soins prolonges permanents et de soins chroniques. Cependant, on ne sait pas clairement le moment ou ce programme sera mis en place, ni s'il y aura un engagement pour etudier cela dans le futur. L'ACS a plade pour une ***Loi canadienne de soins a long terme, de soins communautaires et de soins a domicile*** pour faire face aux besoins de soins permanents par opposition aux besoins de courte duree. Ce ne sont pas tous les services de cet ensemble qui impliqueront une couverture au premier dollar, mais on a besoin de principes nationaux clairs et de subvention pour des services de soins, autres que les soins actifs. On a besoin de ces services pour une population vieillissante, pour les personnes avec des deficiences, pour les enfants avec des besoins speciaux et les personnes ayant des maladies mentales. Il n'est pas clair egalement, s'il y aura un systeme permanent de soins a domicile ou un programme permanent d'assurance-medicaments catastrophique, en l'absence de leur mise en place par une legislation federale. Bien qu'il y ait des rapports eventuels bases sur des indicateurs convenus, ces rapports ne remplacent pas un programme. **L'ACS recommande une Loi sur les soins a long terme, les soins communautaires et a domicile pour mettre en place des programmes nationaux permanents afin de promouvoir l'accès aux services de longue duree, communautaires et a domicile qui s'adressent aux besoins de soins chroniques/prolonges permanents. De plus, l'ACS recommande une legislation federale afin d'assurer un programme catastrophique d'assurance-medicaments pour le futur.**
- Tel que souligne plus tot, un systeme de sante accessible subventionne par l'Etat est essentiel, non seulement pour notre bien-etre, mais egalement pour notre competitivite economique. Les defis des communautes rurales et eloignees concernant les opportunités sanitaires et economiques sont uniques. L'accès a la fois, a des services de sante comparables et a des opportunités economiques d'emploi sont souvent moins surs et plus difficiles dans ces regions. Il est essentiel que la reforme

-
- primaire des soins de sante reconnaisse les besoins de chacune de ces communautes, y compris non seulement les communautes urbaines, mais aussi les communautes rurales, eloignees et nordiques. Bien que l'Accord stipule que le but de la reforme primaire des soins de sante, selon l'accord, est d'avoir 50 pour cent des Canadiens avec un acces de 24 heures, sept jours par semaine a un fournisseur approprie de soins de sante a l'interieur d'une periode de huit ans, il ne traite pas des defis uniques que la realisation de cet objectif dans les communautes rurales et eloignees necessiteront, ni comment ils seront traites.
- L'Accord sur la sante engage les Premiers ministres a mettre en place un Conseil de la sante ayant pour tache, « de controler et de faire des rapports publics annuels sur l'implantation de l'Accord, specialement sur sa comptabilite et la transparence des sommes versees. » L'ACS reconnaît qu'un certain progres a été fait par les Ministres de la sante federaux, provinciaux et territoriaux pour progresser en cette matiere a travers leur entente pour acclereler le travail au cours de l'automne 2003 sur le Conseil de la sante. Ceci comprendra des recommandations pour un President, des representants non gouvernementaux, la nomination de representants gouvernementaux, l'elaboration d'une structure et d'un mandat appropries, et des exigences de subventions.²² Toutefois, l'ACS est preoccupee par les questions courantes de procedures qui retardent la mise en place du Conseil. En tant qu'association nationale des administrateurs et des fiduciaires du systeme de la sante, l'ACS appuie les initiatives pour une plus grande responsabilite et une plus grande transparence de notre systeme de sante. Nous avons confiance que ceux qui gerent et dirigent ce systeme joueront un role dans l'elaboration des indicateurs proposes a être utilises par le Conseil « pour une information nationale comparable sur les themes d'accès, de qualite, d'efficience et d'efficacite du systeme.»²³

L'Accord sur la sante de 2003 semble avoir seulement augmente la rancoeur entre les gouvernements federal, provinciaux et territoriaux. Les premiers ministres et les leaders territoriaux ont indique qu'ils demanderaient plus d'argent l'an prochain et l'annee suivante, se plaignant du "fossé Romanov", c'est-à-dire l'ecart entre ce que Romanov recommandait et ce que l'Accord a offert, et aussi au sujet du fait que, même avec les montants des subventions de l'Accord, la subvention federale ne couvrira pas le minimum de 25 pour cent des depenses provinciales pour la sante qu'ils demandent pour 2005-06. Le manque de resolution pour le 2,0G\$ pour 2003-04 a refroidi davantage les discussions inter-gouvernementales sur la sante. Comme le rapporte le Premier ministre du Manitoba Gary Doer: « Nous sommes a cours d'un minimum de 3G\$ pour trois ans. Nous sommes a cours de 25 pour cent de la recommandation faisant partie du rapport Romanov et nous avons une situation où le 2G\$ est dans un état d'arrêt momentané des fonctions vitales. »²⁴

4.0 CONCLUSION

²² Santé Canada, communiqué de presse, 4 septembre 2003, op.cit.

²³ Renouvellement de l'Accord des Premiers ministres sur les soins de sante de 2003, p. 4.

²⁴ "Premiers put creation of health council on hold," *The Globe and Mail*, 11 juillet 2003, site Web op.cit.

L'ACS et nos membres reconnaissent les etapes entreprises par tous les paliers de gouvernements pour traiter des coupures massives dans la sante. Malgre cela, notre systeme de sante continue d'affronter les defis. Pourquoi? Revisons les faits:

- Durant la plupart des annees 1990, les depenses publiques reelles pour la sante par habitant ont augmente en moyenne de seulement 1 pour cent par annee.
- En 1997, les depenses publiques pour la sante ont commence a augmenter. Mais cet accroissement s'adressait seulement partiellement aux coupures anterieures et ne concordait pas avec les ententes de travail ou les besoins d'infrastructure et d'equipement.
- Telles que rapportees anterieurement, en 2001 et 2002, les depenses du prive ont augmente a un taux plus eleve que pour les depenses publiques.
- Les depenses publiques pour la sante sont demeurees a environ six pour cent du PIB depuis les quelques dernieres annees, faisant du Canada l'un des depensiers publics les plus bas, et non un des plus haut pour la sante.²⁵
- Bien que les depenses federales aient augmente de 11 pour cent depuis 1997, elles demeurent encore a 12 pour cent du sommet de 1992. Les transferts aux provinces en particulier, qui se sont accrues de 15 pour cent par rapport au minimum, demeurent a 18 pour cent du sommet. Les depenses d'Ottawa pour ses propres programmes se sont elevees a 10 pour cent du point le plus bas, mais elles sont 11 pour cent plus basses que le maximum de 1992.²⁶

L'Accord sur la sante de 2003 aurait pu etre et aurait du etre une occasion historique pour appuyer et stabiliser le systeme d'assurance-maladie existant, assurer un systeme durable, receptif et responsable pour le futur, et finalement, pour calmer l'attrapade profonde qui a gache les discussions intergouvernementales sur la sante, depuis plusieurs annees.

Ceci ne s'est pas produit. On a laisse filer une occasion historique. C'est inacceptable pour les Canadiens.

Etant donne l'importance de notre systeme de sante subventionne par l'Etat, nous ne pouvons pas nous permettre, que ce soit en terme de notre competitivite economique ou de notre qualite de vie, de ne pas traiter des faiblesses a l'interieur de cet accord.

Pour l'amour de notre tres envie systeme de sante subventionne par l'Etat, notre competitivite economique, notre prosperite, notre habileté a prendre soin des uns des autres et notre qualite de vie, l'ACS et nos membres demandent avec empressement a tous les gouvernements de travailler ensemble afin de soutenir notre systeme de sante pour le futur.

5.0 RESUME DES RECOMMANDATIONS

²⁵ ACS, *Lettre ouverte au Premier ministre*, 29 janvier 2003 site Web op.cit.

²⁶ "The ups and downs of government spending," *The Globe and Mail*, 14 juillet 2003, site Web op.cit.

- L'ACS recommande que le gouvernement federal fasse preuve d'un fort leadership pour une approche pancanadienne afin de repondre aux questions significatives de la sante publique.
- L'ACS recommande que le gouvernement federal presente une loi specifique afin d'accommoder les programmes et les services de sante publique.
- L'ACS recommande que le gouvernement federal cree un Centre canadien pour le controle de la maladie (CCCM) ou une organisation semblable, quelle qu'en soit sa nomenclature.
- L'ACS recommande que le gouvernement federal cree un poste de medecin chef pour le Canada pour diriger cette agence.
- L'ACS recommande que le gouvernement federal appuie la mise en place d'une capacite d'urgence dans le systeme de sante a travers des investissements significatifs dans les soins de livraison de sante communautaire et d'urgence.
- L'ACS recommande l'elaboration d'un nouveau cadre pour une reponse et un soutien federaux appropries, lorsqu'il y a des evenements extraordinaires dans la sante ou des urgences dans la sante publique.
- L'ACS recommande que 2G\$ des 3G\$ de surplus anticipes pour 2003 maintenant prevus pour etre utilises afin de reduire la dette, soient plutot destines aux provinces et territoires pour la sante.
- L'ACS recommande une augmentation du plancher des transferts en especes de la TCSPS de 3G\$ de maniere a supporter et stabiliser le systeme d'assurance-maladie existant.
- L'ACS recommande une base appropriee pour le transfert canadien propose pour la sante.
- L'ACS recommande un facteur de progression approprie pour le transfert canadien propose dans la sante, qui reflete les couts des ententes de travail, les demandes accrues decoulant de la croissance de la population de la croissance du PIB.
- L'ACS recommande un transfert social canadien conforme a une base adequate et a un facteur de progression suffisant.
- L'ACS recommande une Loi pour les soins a long terme, communautaires et a domicile afin d'etablir un programme national permanent pour ameliorer les services de soins a long terme, communautaires et a domicile, qui s'adressent a des besoins de soins permanents/chroniques, pas necessairement avec une couverture au premier dollar.

Système de santé canadien subventionné par l'État: la clé de la croissance économique, la prospérité et des soins pour les Canadiens:
Message soumis au Comité permanent des finances de la Chambre des Communes

- L'ACS recommande une législation fédérale pour assurer l'accès à une assurance-médicaments catastrophique.
- L'ACS recommande que les investissements fédéraux pour la recherche en santé soient augmentés à 1% du total des dépenses pour la santé dans ce pays.

7.0 ANNEXES

7.1 Lettre de l'ACS AU DR DAVID NAYLOR, PRESIDENT, COMITE CONSULTATIF NATIONAL SUR LE SRAS ET LA SANTE PUBLIQUE

Le 4 juillet 2003

Dr David Naylor
President, Comite consultatif national sur le SRAS et la sante publique
a/s Mme. Sylvie Ladouceur
Adjointe administrative
Bureau du sous-ministre adjoint – HPCB
Sante Canada
Tunney's Pasture, PL 0911B
Ottawa, ON
K1A 0K9

Cher Dr Naylor,

Je voudrais vous remercier de donner l'occasion a l'Association canadienne des soins de sante (ACS) de contribuer a votre evaluation des "lecons retenues" de la situation de la sante publique actuelle, en relation avec le SRAS et d'examiner les approches a long terme sur la meilleure facon de preparer le Canada a repondre efficacement a de futurs defis de maladies infectieuses.

L'ACS est la federation des organismes de la sante et des hopitaux provinciaux et territoriaux de partout au Canada. Par l'entremise de ses membres, l'ACS represente un vaste continuum de soins, comprenant les soins actifs, les soins communautaires et a domicile, les soins a long terme, la sante publique, la sante mentale, les soins palliatifs, les services de dependance, les services aux enfants, a la jeunesse et a la famille, les services de logement et professionnels, et les organismes de reglementation professionnelle. Ces services sont fournis par le biais des autorites regionales de la sante, les hopitaux et les autres installations et agences, qui desservent tous les Canadiens et qui sont geres par des fiduciaires qui agissent dans l'interet public.

La mission de l'ACS est d'ameliorer la livraison des services de sante au Canada a travers le developpement de politiques, de plaidoyers et de leadership. L'ACS et ses membres sont engages dans la realisation de la vision d'un systeme de sante subventionne par l'Etat qui procure un vaste echantillonnage de services de sante comparables a travers le Canada.

En fevrier 2002, l'ACS a elabore son "*Plan en dix points*" afin d'identifier ce dont on aurait besoin pour assurer que le systeme de sante canadien subventionne par l'Etat soit receptif, durable et en meilleurs position pour realiser une veritable reforme de la sante. La section 2.3 du

... 2

-2-

Plan recommandait que toutes les composantes du systeme, y compris la sante publique, devraient etre renforcees. Cette recommandation n'est pas nouvelle; en fait, l'ACS demande des ameliorations de la sante publique depuis plusieurs annees.

Le probleme, avec la prise d'action dans la sante publique, a toujours ete le manque percu de l'impact immediat qu'ont les investissements de la sante publique. La promotion de la sante et les initiatives de la prevention de la maladie ont une influence substantielle sur les resultats de la sante, mais elle prend du temps a se realiser et ainsi n'est pas aussi attrayante politiquement parlant pour y investir, comme le sont les avenues traditionnelles pour un investissement- installations dans la sante et les fournisseurs. La lecon du SRAS est ce dont nous avons tous les deux besoin.

Il semble que dans le prolongement de la tragedie de l'E.coli de Walkerton, le besoin pour un investissement accru dans le systeme de sante publique aurait une certaine resonance et un certain resultat dans les ameliorations de subventions pour la sante publique. Malheureusement, cela ne s'est pas produit et la situation est aggravee par la division constitutionnelle des pouvoirs, de telle sorte que les provinces et territoires sont responsables de la livraison des services de sante, y compris les programmes de sante publique. Ce qui s'est ameliore, c'est un changement significatif dans les programmes de sante (et les ressources pour ceux-ci) a travers le Canada, un systeme qui appuie presentement la propagation d'une grave maladie infectieuse a travers le pays plutot que ce qu'un systeme responsable de sante publique devrait faire - le controle, la prevention et l'endiguement.

Il y a un role federal dans la sante publique qui date de la Loi de la quarantaine du 19e siecle, mais ce role n'a pas necessairement ete clair et n'a pas ete utilise de maniere appropriee non plus. Sans entrer dans les details de la loi constitutionnelle et les politiques de ce pays, il suffit de dire qu'il existe un role federal dans la sante publique - controle, protection de la sante, securite du produit, et cetera. Il y a aussi un role pivot provincial et un role municipal egalement et tout cela fait partie d'un ensemble disparate. Comment traiter ces problemes d'une maniere plus coordonnee est le defi essentiel.

L'ACS fait quatre recommandations pour repondre aux defis de maladies infectieuses. Ces recommandations correspondent, en termes generiques, au renforcement des capacites dans la sante publique, sans oublier le besoin d'incorporer la flexibilite et sa capacite de mouvement dans le systeme de livraison de la sante.

... 3

19

Renforcement de capacite pour la sante publique

1. Introduire une legislation specifique afin d'accommoder les services et les programmes de sante publique.

L'absence de normes nationales pour la livraison de sante publique facilite seulement l'ensemble disparate actuel de programmes et services de sante publique qui existent actuellement a travers le Canada. Si les programmes et les services de sante etaient valides dans une *Loi de la sante publique*, et finances de facon appropriee (y compris les transferts aux provinces et territoires pour cette fin), comme c'est le cas pour les services hospitaliers et medicaux dans la *Loi de Sante Canada*, une province ou un territoire aurait des stimulants financiers pour les mettre en place, ou faire face a une amende pour ne pas s'y conformer. Le plus important, ce serait un vehicule ou le gouvernement federal fournirait les ressources qui s'imposent pour l'infrastructure de la sante publique a travers le pays.

La portee de ce qui est fourni selon les programmes et services de sante publique aurait besoin d'etre negociee et l'entente federale/provinciale/territoriale n'est pas toujours facilement realisable. Cependant, ces aspects de la sante publique se rapportant a la prevention de la maladie et a la protection de la sante devraient etre incorpores.

2. Creer un Centre canadien pour le controle de la maladie (CCCM)

Dans le prolongement de l'eclosion du SRAS, beaucoup d'eminents epidemiologistes, de microbiologistes et de cliniciens de partout au Canada ont attire l'attention sur le "Centre de prevention et de controle de la maladie" (CDCP) aux Etats-Unis comme etant une agence federale credible pour proteger la sante et la securite du public. L'ancien Centre de laboratoire pour le controle de la maladie (LCDC) avait l'habitude de remplir plusieurs fonctions du CDCP; Toutefois, dans l'une des plus recentes reorganisations de Sante Canada, les parties composantes du LCDC ont ete separees et affectees a differentes divisions de Sante Canada. Ce manque de centralisation et de controle des elements cles de la prevention et du controle de la maladie, la sante environnementale, la promotion de la sante et l'education n'ont pas bien servi le peuple canadien.

Ces differents services doivent etre regroupes sous une agence agissant dans l'interet du public, mais independante du gouvernement, assurant ainsi sa credibilite. En plus de ses activites de surveillance, de prevention et de controle, le CCCM serait egalement responsable de la recherche liee a ces activites.

3. Creer un poste de Medecin chef de la sante pour le Canada.

La difficulte de repondre a l'eclosion du SRAS au niveau national n'a servi qu'a mettre en evidence le manque palpable d'appréciation pour le leadership exige pour repondre a un evenement extraordinaire comme celui de l'eclosion d'une maladie infectieuse. Les lacunes

...4

certaines entre Sante Canada, le Ministere de la sante et les soins de longue duree de l'Ontario, le nombre d' "experts" essayant d'expliquer les differentes facettes du probleme (allant des renseignements aux voyageurs de l'Organisation mondiale de la sante au sujet de Toronto, aux definitions variees sur ce qui constitue actuellement un cas de SRAS) que personne n'etait vraiment « en charge » et cherchait a repondre aux questions au nom des Canadiens.

Il est primordial alors de creer un poste de medecin-chef pour le Canada, qui servirait comme responsable du Centre canadien pour le controle de la maladie et aurait la tache d'etre responsable d'etablir les politiques et les normes pour des pratiques de sante publique pancanadiennes elaborees conjointement avec les medecins chefs des provinces et territoires. La personne a ce poste serait egalement le porte-parole principal du gouvernement federal pour toutes les questions de sante publique.

4. Mettre en place une capacite d'intensification dans le systeme de sante par le biais d'un investissement significatif dans les systemes de sante communautaires et de courte duree.

Un des propres membres de l'ACS, l'Association des hopitaux de l'Ontario (OHA), est en voie de finaliser les couts pour l'eclosion du SRAS pour l'Ontario seulement. L'estimation avoisine les 1,2G\$. Ces couts reflent les sommes supplementaires de livraison de soins de sante aigus dus au SRAS et comprend le manque a gagner hospitalier (les revenus des parcs de stationnement, par exemple).

Mettre en place une capacite soudaine dans le systeme de courte duree signifie un investissement de capitaux dans les hopitaux et les installations de longue duree afin de s'assurer qu'ils sont assez modifies de facon appropriee pour accommoder les unites d'isolation et autres unites de soins courants pour les maladies infectieuses. Cela signifie egalement, la mise en place de nouvelles «procedures d'operation standards» pour admettre et reorienter les patients, le controle de l'infection, l'equipement, les mecanismes de communications avec les agences externes (y compris les unites de la sante publique) et cetera, qui ont tous des elements de couts.

L'ACS n'est pas en position pour commenter l'investissement requis pour mettre a jour et accommoder une capacite d'urgence dans le systeme de sante communautaire. Toutefois, l'investissement dans le systeme de sante qui capte l'interrelation entre les soins de courte duree et les initiatives de sante publique communautaire sera significatif. Un chiffre « total » ne peut pas etre identifie en l'absence d'une evaluation plus detaillee des memes couts, pour toutes les provinces et territoires.

Un systeme de sante publique approprie et un systeme de livraison de services de sante receptifs et flexibles sont essentiels pour la sante des Canadiens. L'ACS croit que le gouvernement federal doit exercer son leadership et sa responsabilite a cet egard et il peut le faire en mettant en place les mecanismes que nous suggerons, par lesquels on peut assurer une approche coordonnee et integree a la sante publique. Pour adopter ces mesures, il faudra plus de subventions pour le systeme des soins de sante; nous ne pouvons pas nous attendre d'obtenir, d'une facon

...5

-5-

raisonnable, des fonds existants, afin de rencontrer les coûts associés à l'élaboration d'une capacité d'urgence et d'implanter une nouvelle infrastructure.

C'est maintenant le temps d'agir. Ne pas procéder à des changements significatifs dans la santé publique, avec les investissements correspondants dans le système existant de livraison de la santé publique dans le prolongement du SRAS, pourrait avoir des conséquences tragiques pour les Canadiens.

Sincèrement,



Sharon Sholzberg-Gray
Président et CDG

Pièces jointes

cc.: Conseil d'administration de l'ACS
PDG des organisations hospitalières et provinciales et territoriales de la santé
Personnel des affaires publiques et des politiques de l'ACS

7.2 AUGMENTATIONS AU FINANCEMENT DE BASE SELON L'ACCORD SUR LA SANTÉ DE 2003 : AUGMENTATIONS ANNUELLES ET CUMULATIVES AU FINANCEMENT DE BASE

Augmentation de l'Accord de 2003 aux services de base (G\$)	L'an 0 2002-03	L'an 1 2003-04	L'an 2 2004-05	L'an 3 2005-06	L'an 4 2006-07	L'an 5 2007-08	TOTAL annuel	TOTAL cumulatif
Financement de base								
Point de départ du plancher des transferts d'espèces TCSPS	19,1							
Augmentation annuelle à la base du TCSPS (facteur de progression implicite) Déterminée antérieurement dans l'Accord de 2000		0,7	0,6	0,6				
Augmentation annuelle à la base du TCSPS (facteur de progression implicite) Nouveau montant annoncé dans l'entente de 2003					0,6	0,6	1,2	1,8
Augmentation annuelle cumulative à la base		0,7	1,3	1,9	2,5	3,1		9,5
Base du TCSPS		19,8	20,4	21,0	21,6	22,2		

Notes:

- Les investissements notés pour les trois premières années de l'Accord sur la santé de 2003 (2003-04 à 2005-06) sont annoncés de nouveau dans les engagements précédents pris dans l'Accord sur la santé de 2000. Ainsi, l'Accord sur la santé de 2003 prolonge simplement l'engagement du gouvernement fédéral aux services de financement de base pour deux autres années. Le chiffre total cumulatif de 9,5G\$ comprend les 3,9G\$ (0,7 + 1,3 + 1,9) annoncés précédemment dans l'Accord de l'année 2000.
- L'Accord sur la santé de 2003 ne fournit pas une augmentation du plancher des transferts d'espèces du TCSPS. Ceci aura de sérieuses conséquences en terme d'essayer de stabiliser le système d'assurance –maladie basé sur les hôpitaux et les médecins ou l'élaboration d'une base pour le nouveau transfert spécifique à la santé, le transfert Santé Canada. S'il n'y a pas assez d'argent aujourd'hui, il n'y aura pas assez d'argent pour la base dans le futur.
- Un facteur annuel de progression inadéquat et implicite est fourni. À un maximum de 3,1 pour cent de la valeur nominale, pas en termes réels, en 2003-04 et seulement 2,8 pour cent pour les années quatre et cinq, ce facteur implicite ne couvrira pas les ententes de travail, ne rencontrera pas les demandes accrues causées par la population croissante et ne reflètera pas la croissance du PIB.

- Les chiffres officiels du gouvernement federal en ce qui concerne les investissements dans les services de « base » sont des chiffres cumulatifs. Bien qu'ils soient mathematiquement corrects, ils peuvent etre trompeurs parce que ce qui est important pour le systeme de sante, c'est l'augmentation annuelle de la subvention. C'est cette augmentation qui permet de rencontrer les nouveaux besoins, l'innovation a realiser et les augmentations des depenses permanentes qui doivent etre subventionnees.

7.3 AUGMENTATIONS AU FINANCEMENT DE BASE SELON L'ACCORD SUR LA SANTÉ DE 2003: SUBVENTION UNIQUE AUX SERVICES DE BASE

TABLEAU 2								
Accord sur la santé de 2003: transferts aux provinces et aux territoires								
Subvention unique pour les services de base								
Augmentation de l'Accord de 2003 aux services de base (G\$)	L'an 0 2002-03	L'an 1 2003-04	L'an 2004-05	L'an 2005-06	L'an 2006-07	L'an 2007-08	TOTAL annuel	TOTAL cumulatif
Supplément du TCSPS ¹	2,5							2,5
Augmentation possible si s urplus suffisant ²		2,0?						2,0?
Équipement de diagnostic et médical ³		1,5						1,5
Capital In frastructure								0

Notes:

1. Le supplément du TCSPS peut être retiré par les provinces et territoires jusqu'en 2005-06. Le gouvernement fédéral est responsable de cet argent en 2003-04.
2. La quantité suffisante ne sera pas déterminée avant janvier 2004.
3. Des détails sur cette subvention sont fournis dans le tableau concernant le renouvellement des investissements en santé dans l'Accord sur la santé de 2003. Cet engagement est noté dans le tableau de renouvellement de la subvention de sorte que des comparaisons peuvent être faites avec les chiffres du Rapport Romanov qui comprennent le financement pour l'équipement de diagnostics.

7.4 RENOUELEMENT POUR LA SANTÉ SELON L'ACCORD SUR LA SANTÉ DE 2003

TABLEAU 3									
Transferts de l'Accord sur la santé de 2003 aux provinces et territoires									
Renouvellement pour la santé									
	L'an 1 2003-04	L'an 2 2004-05	L'an 3 2005-06	L'an 4 2006-07	L'an 5 2007-08	Total cumulatif an 1-an 3	Total annuel An 1-an 3 Nouveau montant	Total cumulatif an 1-an 5	Total Annuel an 1-an5 Nouveau montant
Accord sur la santé de 2003									
Subvention de la réforme en santé: pour les soins primaires de santé, les soins à domicile et la couverture catastrophique des drogues Disponible chaque année (cumulatif)¹	1,0	1,5	3,5	4,5	5,5	6,0		16,0	
Augmentation annuelle²	1,0	0,5	2,0	1,0	1,0		3,5		5,5
Équipement de diagnostics et médical Disponible chaque année (Non cumulatif)³	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0		1,5		1,5
<i>Sous-total — Réforme de la santé et DME</i>	1,5	2,0	4,0	4,5	5,5	7,5	5,0	17,5	7,0
Commission Romanow									
Réforme des soins primaires en santé ⁴	1,0	1,5				2,5	1,5		
Soins à domicile	1,0	1,0				2,0	1,0		
Couverture catastrophique des drogues		1,0				1,0	1,0		
Équipement de diagnostics et médical	1,5					1,5	1,5		
<i>Sous-total Romanow⁵</i>	3,5	3,5				7,0	5,0		
Autres ? Rural et éloigné	1,5					1,5	1,5		
Total Romanow	5,0					8,5	6,5		

Notes:

1. Certains totaux dans An 1-3 et An 1-5 sont rapportés de façon cumulative dans l'Accord sur la santé de 2003 (par ex. la subvention de la réforme en santé) et d'autres ne sont qu'une simple addition, ou un montant forfaitaire divisé également sur trois ans (par ex. la subvention pour l'équipement de diagnostic et médical est de 1,5G\$ sur trois ans, ce qui équivaut à 0,5G\$ chaque année). C'est techniquement correct que le gouvernement fédéral contribuera au chiffre cumulatif pour le système de santé. Cependant, ce chiffre peut aussi être trompeur puisque le public peut s'attendre à ce que tous les défis auxquels doit faire face le système de santé, soient traités immédiatement, étant donné la grande contribution fédérale. Toutefois, le nouveau montant supplémentaire disponible chaque année pour le système de santé, après l'investissement initial, c'est le montant qui importe avec le temps, en terme de possibilité de supporter les nouvelles demandes, la croissance et l'innovation.
2. La subvention de la réforme en santé est prévue pour supporter les nouvelles initiatives dans les soins primaires de santé, les soins à domicile et la couverture catastrophique des drogues. Si une province ou territoire rencontre les objectifs de la subvention, un montant résiduel peut être utilisé à d'autres priorités en santé.
3. La subvention pour l'équipement de diagnostic et médical sera fournie par les surplus de 2002-03. Ainsi, toutes les subventions seront disponibles aux provinces et territoires en juin 2003. Le montant de 0,5G\$ de cette année est théorique; les provinces et territoires peuvent retirer l'argent en tout temps, de n'importe quel montant jusqu'à ce qu'ils aient atteint ce qui leur est alloué sur une base, par habitant. Ce type d'article apparaît dans la Charte de renouvellement et dans la Charte de subvention de base, parce que la subvention pour l'équipement de diagnostic était incluse dans les chiffres de Romanov. C'est pourquoi, en comparant avec Romanov, elle est listée comme faisant partie des subventions de renouvellement, alors l'Accord sur la santé de 2003 reconnaît cette subvention comme faisant partie de l'investissement du renouvellement.
4. La réforme Romanow sur les soins de santé primaires mentionne 1,5G\$ pour l'an 2 à la p. 70, mais il est plus clair que c'est seulement 0,5G\$ de plus à la p. 255.
5. Le total des sommes pour les initiatives de la réforme de la santé (par ex. la réforme des soins de santé primaires, les soins à domicile et la couverture catastrophique des drogues) tel que souligné dans le Rapport Romanov et l'Accord sur la santé de 2003 est très semblable. Le problème est qu'il n'y a pas suffisamment de fonds d'allouer pour les services existants de la Loi canadienne sur la santé et ainsi, les fonds disponibles pour la réforme de la santé peuvent être menacés d'être utilisés pour « consolider le plancher. »