

La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada



**Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA
le 7 septembre 2000,
suite à la 59^e réunion du Conseil**

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Pour plus de renseignements sur ce document ou pour signifier un changement d'adresse, communiquer avec :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance, 8^e étage
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Télec. : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Cette publication est aussi disponible, sur demande, en formats substitués. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

Patricia Raymaker
Présidente

Nancy Garrard
Directrice
Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... est une série de documents présentant les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aînés, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population. (Les positions du CCNTA sont disponibles sur le site Internet.)

1^{ère} impression, 2000

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2000

N^o de cat. : H71-2/2-21-2000
ISBN : 0-662-65241-X

N^o de convention : 1754424

Qu'est-ce que le Conseil consultatif national sur le troisième âge?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge (septembre 2000)

Présidente

Patricia Raymaker

Calgary, Alberta

Membres

Lloyd Brunet

Hay River, Territoires du Nord-Ouest

Bubs Coleman

Saskatoon, Saskatchewan

Mary Cooley

Halifax, Nouvelle-Écosse

Jean Claude Duclos

Montréal, Québec

Michael Gordon

Toronto, Ontario

Don Holloway

Marystown, Terre-Neuve

Eileen Malone

Fredericton, Nouveau-Brunswick

Gérald Poulin

Orléans, Ontario

Ruth Schiller

Osoyoos, Colombie-Britannique

Yvette Sentenne

Montréal, Québec

Anne Skuba

Winnipeg, Manitoba

Joyce Thompson

Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Valeurs du CCNTA

Le CCNTA croit que :

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aînés ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance; ils ont droit de prendre leurs propres décisions, y compris de « vivre à risque ».
- Les aînés doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ces politiques et programmes doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aînés.
- Les aînés doivent pouvoir compter, dans toutes les régions du pays, sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie.

La position du CCNTA en bref

Ce rapport se penche sur une menace insidieuse touchant à la fois le coût global et l'équité des soins de santé au Canada : les dépenses personnelles croissantes pour les services non assurés par la *Loi canadienne sur la santé*. Le CCNTA s'est déjà penché sur ce problème dans *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. Il examine de nouveau le fardeau imposé aux aînés — tant du point de vue de la santé que des coûts — pour les soins à domicile, les médicaments, les soins résidentiels à long terme et les autres services de santé, et les inégalités retrouvées dans la prestation de l'assurance pour ces services sur l'ensemble du territoire canadien.

Le CCNTA souscrit à une vision plus équitable. Il présente des arguments et des recommandations en faveur de la mise en oeuvre planifiée et graduelle d'un régime public de soins de santé complets. Il compare les différents modèles de financement des soins de santé mis de l'avant pour y arriver. Il explore enfin les aspects de la faisabilité politique, de la faisabilité financière et de la justice sociale.

La première recommandation du présent rapport du CCNTA reprend une recommandation formulée dans La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé (1997), selon laquelle :

- 1. Le financement public doit être étendu à la totalité des services nécessaires pour rétablir et maintenir la santé et les capacités fonctionnelles, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins fournis dans des établissements de soins de longue durée, les soins dentaires, les aides visuelles et auditives et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.**

Il recommande, de plus :

- 2. Que le gouvernement du Canada augmente le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et, s'il y a lieu, les paiements de péréquation pour permettre aux provinces et aux territoires d'élargir la gamme des services de santé assurés afin de les rendre plus comparables dans l'ensemble du Canada.**

- 3. Que les gouvernements provinciaux et territoriaux incluent un rapport sur les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels prolongés dans les comptes rendus qu'ils font régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur les investissements en soins de santé et le rendement du système de santé.**
- 4. Que l'élargissement des services de santé fournis dans toutes les administrations soit financé à même les recettes fiscales générales sans nécessiter une quelconque forme de paiement privé individuel.**
- 5. Qu'en élargissant la couverture publique des services de santé, on donne la priorité aux soins à domicile puis à l'assurance-médicaments, suivis des soins de santé et personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée. Les éléments à intégrer ultérieurement comprennent les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.**

Les frais de pension imposés aux résidents de soins de longue durée ne devraient pas dépasser les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires.

- 6. Que le gouvernement fédéral donne un crédit d'impôt remboursable fondé sur le revenu pour tous les frais médicaux directs de plus de 500 \$ qui n'ont pas été couverts par des régimes d'assurance privés.**

Le CCNTA est d'avis que le Canada est actuellement dans une position économique et financière favorable à l'élargissement de la gamme des services de santé assurés. Les objectifs sont réalisables si on procède à une mise en oeuvre graduelle qui permettrait aux administrations publiques et aux marchés privés de s'adapter.

La position du CCNTA sur l'élargissement du système de soins de santé

INTRODUCTION

Le régime national de soins de santé public a une grande valeur aux yeux des Canadiens et Canadiennes et il doit être préservé de l'érosion. Le débat actuel sur la viabilité financière à long terme du régime national de soins de santé public a éclipsé une menace insidieuse touchant à la fois le coût global et l'équité des soins de santé. Nous faisons allusion ici aux dépenses personnelles croissantes et très variables dans l'ensemble du Canada pour les services non assurés par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le rythme de la croissance des dépenses privées en services de santé a commencé, du début au milieu des années 1990, à surpasser la croissance des dépenses publiques; en 1997, tous les autres pays du G7, sauf les États-Unis, couvraient une proportion plus élevée des coûts des soins de santé que le Canada¹. En partie à cause du niveau élevé des dépenses de santé privées que les Canadiens doivent assumer pour compléter les services qu'ils obtiennent du régime de soins de santé public, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé le Canada 30^e sur 191 pays dans une analyse comparative des régimes nationaux de soins de santé, en 2000. Le rapport de l'OMS met en garde, à plusieurs reprises, contre les dangers des niveaux élevés de dépenses directes de santé, plus particulièrement pour les personnes à faible revenu².

Les coûts privés croissants des services de santé non assurés mais nécessaires, comme les médicaments, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les soins dentaires et les soins de la vue et de l'ouïe ont une incidence disproportionnée sur les aînés, non seulement parce qu'ils sont plus susceptibles d'avoir besoin de ces soins de santé que d'autres Canadiens³ et donc d'avoir à payer davantage pour ces soins de santé, mais aussi parce qu'ils ont un revenu plus faible⁴. Comparativement aux adultes plus jeunes, les aînés voient plus souvent leur médecin, sont hospitalisés plus souvent, utilisent davantage de services à domicile et prennent plus de médicaments⁵. En 1997, les ménages comptant deux personnes âgées ont déclaré des dépenses en soins de santé plus élevées (1 582 \$) que tous les autres ménages (1 153 \$). Les aînés vivant seuls ont aussi déclaré des

dépenses annuelles en soins de santé (826 \$) plus élevées que la majorité des personnes vivant seules (707 \$)⁶. Les provinces et les territoires ont complété les services hospitaliers et médicaux assurés par la LCS en couvrant à un certain point d'autres services, mais l'accès à la couverture publique pour les aînés et l'ampleur des coûts exigés pour ces services varient considérablement.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a déjà attiré l'attention sur le problème de la privatisation croissante du régime de soins de santé. Dans *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé* (1997), le Conseil a recommandé d'étendre le régime public national de soins de santé pour englober tous les services médicalement nécessaires, notamment les soins à domicile, les médicaments d'ordonnance et les technologies de la santé⁷. Le CCNTA réitère cette recommandation et va plus loin dans le présent rapport. En examinant d'abord de plus près les variations considérables touchant l'accès et les coûts des services de santé non assurés pour les aînés d'une province et d'un territoire canadien à l'autre et les lacunes en fait de services de santé fournis, le CCNTA présente des arguments en faveur de la mise en oeuvre planifiée et graduelle d'un régime public de soins de santé complets fondé sur les effets sur la santé, des modèles comparatifs de financement des soins de santé, la faisabilité politique et financière et, enfin, la justice sociale.

1. LES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS : UNE MOSAÏQUE INÉGALE

Notre examen des variations touchant les aînés à l'égard des soins à domicile provinciaux et territoriaux, d'assurance-médicaments et de programmes de soins en établissement de longue durée s'inspire largement de l'analyse détaillée que E. Richard Shillington, de Tristat Resources⁸, a présentée au Conseil en 1999.

1.1 Soins à domicile

Les soins à domicile empêchent ou retardent l'institutionnalisation et favorisent l'intégration sociale des aînés. Ils répondent aux besoins de santé changeants des Canadiens plus âgés d'une façon souple et globale et assurent

un soutien à leurs aidants naturels. La réduction du nombre et de la durée des séjours à l'hôpital pour les problèmes de santé aigus et l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins pour des problèmes de santé chroniques ont fait des soins à domicile un élément vital du régime de soins de santé. Si la province ou le territoire couvre habituellement en entier les coûts des services de personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, on impose souvent des frais pour des services de soutien comme les services ménagers et les soins personnels. La prestation des services est limitée par le budget du fournisseur local de services à domicile. Étant donné leur budget fixe, les organismes doivent souvent rationner les services et le niveau de revenu des clients peut être l'un des critères employés. On trouve souvent un tarif minimum pour les aînés à faible revenu et dans certaines administrations, les frais peuvent être supprimés pour les aînés à très faible revenu. Néanmoins, à mesure que le revenu augmente, les frais augmentent souvent eux aussi. Le **tableau 1** présente la façon dont on fixe les frais des services de soins personnels dans chaque administration⁹. Les frais exigés de même que les critères de revenu employés pour déterminer la façon dont on fixe les frais varient considérablement. Deux provinces (Terre-Neuve et Nouveau-Brunswick) peuvent ajouter l'examen des avoirs à l'examen du revenu pour fixer les frais. Le Manitoba est la seule province qui n'impose pas de frais d'utilisation pour les soins à domicile.

Les services fournis par l'intermédiaire d'organismes publics de soins à domicile peuvent ne pas suffire à satisfaire à des besoins légitimes¹⁰ et le rationnement plus sévère des organismes de soins à domicile pour faire face aux demandes croissantes avec des budgets fixes¹¹ peut diminuer le nombre de services subventionnés reçus. Dans de telles circonstances, les clients des soins à domicile peuvent être forcés de se passer de services nécessaires, se reposer davantage sur des aidants naturels, abandonner leur domicile pour vivre dans un établissement de soins de longue durée ou payer encore plus qu'ils ne paient déjà pour recevoir d'autres soins d'organismes privés, s'ils peuvent se le permettre.

1.2 Médicaments

Les médicaments sont devenus un élément essentiel des soins de santé puisqu'ils peuvent améliorer l'état de santé et remplacer ou retarder

l'hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Malgré leur importance, les médicaments prescrits à l'extérieur d'un hôpital ne bénéficient pas d'une couverture publique universelle mais sont payés par une combinaison de régimes d'assurance-médicaments provinciaux, d'assurances privées et de paiements personnels. Comme nous le voyons au **tableau 2**, la couverture, les critères d'admissibilité et la nature et le niveau des frais d'utilisation (primes, franchises et participation aux coûts)¹² des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux varient considérablement.

Les méthodes de calcul des prestations pharmaceutiques fondées sur le revenu peuvent avoir des conséquences dramatiques pour les aînés dont le revenu n'est que légèrement supérieur au seuil de revenu fixé dans un régime provincial, comme nous pouvons le voir dans les exemples suivants, provenant de trois provinces.

- À Terre-Neuve, les prestataires du Supplément de revenu garanti (SRG) sont couverts sans frais, mais les aînés qui ne reçoivent pas le SRG ne sont pas couverts du tout.
- Le Nouveau-Brunswick exige une participation annuelle au coût des médicaments de 200 \$ pour les prestataires du SRG mais aucun maximum n'est établi pour les aînés ne recevant pas le SRG.
- En Saskatchewan, les prestataires du SRG vivant dans la collectivité paient une franchise de 200 \$ à tous les six mois tandis que les aînés qui ne reçoivent pas le SRG paient une franchise de 850 \$ à tous les six mois.

Dans tous ces cas, le fait d'avoir quelques dollars de plus que le seuil de revenu du SRG peut être très coûteux en perte de couverture d'assurance-médicaments.

Une approche du « tout ou rien » aux droits et barèmes de frais peut engendrer des difficultés financières pour les aînés à faible revenu dont les choix sont limités : se priver d'autres nécessités de la vie ou des médicaments nécessaires. Des études révèlent aussi que l'augmentation des frais directs a des conséquences négatives sur les aînés qui ont peu de marge de manoeuvre financière. Une étude menée en 1996 par le gouvernement de l'Alberta a révélé

que les aînés à faible revenu risquent d'être exposés à des difficultés financières s'ils ont des besoins élevés en santé ou s'ils doivent faire face à des dépenses imprévues, comme une augmentation des coûts des médicaments¹³. Dans d'autres études, on a constaté que les aînés vivant avec un revenu fixe qui doivent payer soudainement plus cher pour leur logement ou leurs médicaments sont susceptibles de réduire le budget qu'ils affectent à la nourriture¹⁴. Quand le Québec a instauré un régime d'assurance-médicaments provincial couvrant tous les résidents mais exigeant le paiement d'une prime, d'une participation aux coûts et d'une franchise, la mesure a eu de grandes conséquences sur les aînés à faible revenu qui avaient l'habitude d'obtenir leurs médicaments d'ordonnance presque sans frais. Le fait de réduire ou de cesser la prise de médicaments à cause des coûts trop élevés a provoqué une augmentation de 111 % des visites chez le médecin, de 47 % des visites à l'urgence et de 66 % des hospitalisations, institutionnalisations et décès¹⁵. De nombreux aînés ont dû compter sur des organismes communautaires et leur église pour les aider à payer leurs médicaments.

Les arguments selon lesquels les provinces et les territoires ont des régimes d'assurance-médicaments généreux qui protègent les aînés contre des coûts catastrophiques et selon lesquels les aînés ont aussi accès à des régimes privés d'assurance-médicaments supplémentaires ne résistent pas à l'examen. Comparativement aux régimes d'assurance-médicaments publics du Royaume-Uni et des Pays-Bas qui couvraient 90 % des coûts des médicaments en 1995, les programmes canadiens ne couvraient que 45 %. De plus, le Canada a chuté vers les derniers rangs des pays de l'OCDE pour ce qui concerne la part du coût des médicaments supportée par l'État¹⁶. Quant aux assurances privées supplémentaires, 52 % seulement des aînés de 65 à 74 ans et 50 % des aînés de 75 ans et plus étaient assurés en 1999¹⁷.

1.3 Soins résidentiels à long terme

Les établissements de soins à long terme sont des lieux de résidence pour les personnes dont le degré de limitation fonctionnelle fait qu'il est très difficile ou impossible pour elles de vivre à la maison. Ces établissements fournissent le gîte et le couvert de même que des services comme des soins infirmiers, des médicaments et des soins personnels. Compte tenu de l'état de santé des résidents, la plupart de ces services sont médicalement nécessaires et seraient couverts entièrement dans un hôpital.

Comme pour les soins à domicile et les médicaments, les frais exigés dans les provinces et les territoires pour les séjours en établissement de soins de longue durée sont similaires pour les aînés à faible revenu mais varient grandement pour les aînés dont le revenu dépasse le strict minimum offert par les régimes publics de pension. Les frais exigés des aînés ne recevant que des prestations de la Sécurité de la vieillesse (SV) et le SRG sont fixés de telle manière qu'on leur laisse une allocation personnelle de 100 \$ à 200 \$ par mois. Comme nous le voyons dans le **tableau 3**, les taux et les méthodes d'établissement des taux pour les aînés ayant un revenu supérieur varient d'une administration à l'autre. Dans les territoires du Yukon et du Nord-Ouest et en Alberta, il y a un taux fixe non lié à un examen du revenu. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba fixent leur taux en fonction du revenu et l'Ontario établit des taux pour des chambres standard, mais utilise l'examen du revenu pour permettre à certains résidents de payer un taux inférieur. Dans l'Est de l'Ontario, l'examen des ressources financières comprend l'évaluation des actifs. Les règles varient mais essentiellement, on impose les frais maximums pour les soins à domicile jusqu'à ce que les actifs de la personne atteignent un minimum. La **figure 1** présente le coût des soins à long terme pour les aînés ayant un revenu de 10 000 \$, 15 000 \$ et 30 000 \$ dans chaque administration.

Manifestement, les aînés de certaines administrations paient pour obtenir des services médicalement nécessaires et pas uniquement pour le gîte et le couvert. Parce que les établissements de soins de longue durée ne sont pas techniquement des hôpitaux, cela ne contrevient pas à la lettre de la *Loi canadienne sur la santé*. On ne peut en dire autant quant à l'esprit de la Loi. De plus, comme pour les frais des médicaments, les frais exigés par les établissements de soins de longue durée dans de nombreuses administrations découragent les gens d'épargner pour leur retraite puisque les aînés ayant un revenu personnel supérieur au niveau donnant droit à une pension doivent payer plus cher pour bénéficier des mêmes avantages et du même niveau de service que les aînés ne vivant qu'avec leur revenu de pension.

1.4 Autres services de santé

De nombreux autres services et produits importants pour rester en santé, être autonome et avoir une bonne qualité de vie, particulièrement pour les

ânés, sont souvent exclus des prestations de santé supplémentaires. Il s'agit entre autres des services de santé dentaire, des aides visuelles et appareils auditifs et autres appareils et accessoires fonctionnels.

Chez les personnes âgées, des dentiers mal ajustés, la maladie, certains médicaments et une mauvaise hygiène buccale peuvent causer de la douleur et des maladies des gencives qui peuvent à leur tour contribuer à une mauvaise alimentation. Pourtant, 25 % seulement des gens âgés de 65 à 70 ans et 20 % des 75 ans et plus possèdent une assurance de soins dentaires et en proportion, la moitié moins d'ânés que de jeunes Canadiens sont susceptibles d'avoir consulté un dentiste dans les douze derniers mois¹⁸.

En plus de la détérioration normale de la vision de près qui accompagne le vieillissement, les ânés sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes comme les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire. La plupart des provinces et des territoires couvrent l'examen annuel des yeux pour surveiller l'évolution de la vision et la santé des yeux, mais ils n'offrent pas une couverture complète des lentilles ou verres correcteurs pour les ânés, même pour les ânés à faible revenu. Seulement 28 % des gens âgés de 65 à 74 ans et 26 % des 75 ans et plus possèdent une assurance privée supplémentaire pour payer leurs verres correcteurs. La perte de l'ouïe est la troisième incapacité chronique la plus fréquente chez les personnes âgées et son incidence augmente avec l'âge. On estime que 25 % à 48 % des personnes âgées de 75 à 79 ans ont un certain degré de perte auditive mesurée¹⁹. Toutefois, certains régimes de soins de santé provinciaux ne couvrent pas entièrement les prothèses auditives ni d'autres accessoires fonctionnels qui aident à réduire les effets de la perte d'audition.

De plus en plus d'appareils et accessoires fonctionnels sont disponibles pour permettre aux personnes handicapées de fonctionner de façon indépendante et sûre. Une fois encore, les ânés représentent une grande proportion de la population handicapée; en 1996-1997, 25 % des ânés vivant à la maison déclaraient avoir un handicap à long terme, comparativement à 20 % des personnes âgées de 55 à 64 ans et moins de 10 % des personnes âgées de 25 à 54 ans²⁰. Quelques provinces incluent les appareils et accessoires fonctionnels dans l'assurance-maladie supplémentaire, mais ailleurs, la responsabilité de fournir ces appareils et accessoires revient à des groupes de services communautaires et à des organismes de charité²¹.

2. UN RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ NATIONAL ÉLARGI : LA VISION DU CCNTA

Le Conseil croit que tous les Canadiens et Canadiennes ont droit au même niveau de soins de santé, peu importe où ils vivent au pays. Le niveau de revenu d'une personne ne devrait pas déterminer l'accès à des services ou produits de santé dont l'importance pour préserver la santé et le bien-être a été démontrée. Les gens ne devraient pas être obligés de choisir entre des services de santé et d'autres nécessités de la vie.

Le CCNTA répète une recommandation qu'il avait déjà formulée dans La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé (1997) selon laquelle :

le financement public doit être étendu à la totalité des services nécessaires pour rétablir et maintenir la santé et les capacités fonctionnelles, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins fournis dans des établissements de soins de longue durée, les soins dentaires, les aides visuelles et auditives et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

L'augmentation du nombre de services de santé assurés nécessitera d'autres transferts fédéraux vers les provinces et les territoires, à la fois en paiements s'inscrivant dans le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et, pour les administrations moins prospères, des paiements fédéraux de péréquation. Les paiements de péréquation permettent aux administrations moins prospères de fournir à leur population des services publics comparables à ceux offerts dans les administrations plus riches.

Le CCNTA recommande que :

le gouvernement du Canada augmente le TCSPS et, s'il y a lieu, les paiements de péréquation pour permettre aux provinces et aux territoires d'élargir la gamme des services de santé assurés afin de les rendre plus comparables dans l'ensemble du Canada.

Une première démarche prometteuse dans cette direction s’amorce, avec l’annonce de nouveaux investissements fédéraux en santé de 21 millions de dollars sur cinq ans dans le TCSPS, ainsi que d’une entente visant à améliorer les paiements de péréquation. Le CCNTA s’inquiète toutefois que l’occasion d’utiliser cet argent à des fins d’amélioration des soins à domicile, des prestations des médicaments et des soins institutionnels prolongés ne soit perdue si les provinces s’en servent pour répondre aux pressions immédiates exercées par les citoyens de leur juridiction pour que soient augmentés les services hospitaliers et les soins primaires. L’engagement des premiers ministres à poursuivre une collaboration active visant à intégrer les soins à domicile dans le système de santé et à faire face aux questions entourant la prestation des médicaments n’est que partiellement rassurante. Au minimum, les provinces devraient être responsables envers le public d’améliorer les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels de longue durée jusqu’à ce que ces secteurs soient à l’avant-plan des préoccupations au palier fédéral-provincial-territorial.

Le CCNTA recommande que :

les gouvernements provinciaux et territoriaux incluent un compte rendu sur les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels prolongés dans les rapports qu'ils font régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur les investissements en soins de santé et le rendement du système de santé.

Pour faire de la recommandation initiale du Conseil un objectif viable, on doit se pencher sur quelques questions clés :

- Est-il financièrement réaliste d’envisager d’élargir les services de santé assurés, surtout à une époque où l’on met en doute la viabilité financière de l’actuel régime de santé public?
- Le financement public des soins de santé est-il le meilleur choix stratégique en fait d’équité, d’efficacité et de rentabilité?

- La couverture publique devrait-elle être assurée pour tous ces services en même temps ou devrait-elle être mise en oeuvre graduellement et selon quelle priorité?
- Comment pouvons-nous réduire les écarts entre les coûts des services de santé privés en attendant l'inclusion complète de ces services dans des régimes publics?

2.1 Le Canada peut-il se permettre d'élargir les soins de santé?

Les arguments contre la viabilité financière de nouveaux programmes de santé, comme la plupart des arguments contre la viabilité à long terme du régime de soins de santé du Canada, sont fondés sur des projections des coûts de programmes. Cependant, on oublie souvent que des recettes sont disponibles pour soutenir des majorations de coûts. Le gouvernement fédéral et de nombreuses administrations provinciales prévoient des surplus importants pour les années à venir. Le gouvernement fédéral à lui seul a enregistré un surplus financier au cours des trois dernières années, soit 1,3 milliard de dollars en 1996-1997, 12,7 milliards en 1997-1998 et 11,5 milliards en 1998-1999. D'après les résultats à ce jour dans l'exercice en cours, on prévoit un surplus de 12 milliards de dollars pour 1999-2000²². Nous ne disposons d'aucune estimation des coûts d'un programme national de soins à domicile, même s'il est possible d'établir un coût approximatif de 5 à 6 milliards de dollars d'après la valeur des services fournis actuellement par des aidants naturels²³. On estime qu'un programme national d'assurance-médicaments complet et entièrement subventionné augmenterait les dépenses publiques en médicaments prescrits d'environ 4,3 milliards de dollars²⁴. Ces chiffres donnent tout lieu de croire que les administrations peuvent s'attendre d'avoir des recettes suffisantes pour soutenir et élargir le régime de soins de santé. Denton et Spencer ont montré que si les coûts de programmes pour les pensions et la santé augmentent à mesure que la société vieillit, ces augmentations seront largement compensées par des diminutions dans d'autres programmes utilisés surtout par une population plus jeune, comme l'éducation et les services correctionnels. Il sera plus important à l'avenir de redistribuer les ressources de programmes que de contrôler une augmentation globale des coûts de programmes²⁵.

De plus, les nouveaux programmes de soins de santé publics proposés ne sont pas que de simples ajouts au régime actuel. Il y a un effet de substitution là où les nouveaux programmes de soins de santé réduisent une partie de la demande (et du coût) des services actuels. Par exemple, dans certaines conditions, les soins à domicile réduisent le besoin d'hospitalisation prolongée ou d'institutionnalisation dans un établissement de soins de longue durée et de nombreux médicaments et nouvelles technologies diminuent le besoin d'hospitalisation ou de chirurgie.

Certains affirmeront que les Canadiens et Canadiennes doivent choisir entre les baisses d'impôt et l'élargissement des programmes sociaux et de santé. Pourtant, ces choix ont des résultats similaires. Les baisses d'impôt augmentent manifestement le revenu disponible des particuliers. Pour leur part, les programmes de soins de santé élargis réduisent les dépenses directes des particuliers pour la santé, ce qui augmente aussi leur revenu disponible. La différence est que les personnes ayant un revenu élevé profitent davantage des baisses d'impôt tandis que l'élargissement de la couverture publique des services de santé procure un allègement plus global et a un effet positif plus grand sur les Canadiens et Canadiennes à faible revenu, et plus particulièrement les aînés.

2.2 Le financement public est-il le meilleur choix stratégique?

On a proposé divers mécanismes de financement pour étendre la couverture des produits et services de santé en dehors du régime assuré par la LCS, lequel est financé à même les recettes générales de l'État provenant des impôts sur le revenu²⁶. Il est important d'examiner les avantages et les inconvénients éventuels de chaque proposition. Les critères à appliquer dans cette évaluation comprennent : l'équité sociale, c'est-à-dire à quel point les bénéfices sont-ils répartis équitablement dans l'ensemble de la population; l'incidence sur l'ensemble des dépenses de santé; et l'incidence sur l'utilisation des soins de santé et sur les résultats des traitements.

Une solution possible consiste à créer un programme national d'assurance-santé étendu, analogue au régime d'assurance-médicaments provincial instauré au Québec en 1997²⁷. Ce programme fournirait une couverture d'assurance pour les services de santé non assurés par la LCS pour lesquels

les Canadiens et Canadiennes ne sont pas couverts par des régimes privés. Le régime public national ressemblerait beaucoup à ses équivalents privés en ce sens qu'il serait autofinancé par l'imposition aux membres de primes fondées sur le revenu et par les franchises et la participation aux coûts des services.

Les principaux avantages de ce régime tiennent au fait qu'il serait autosuffisant, ne constituerait pas un fardeau potentiel sur les recettes publiques et améliorerait l'accès aux services de santé pour les personnes de tous âges à faible revenu. Il ne ferait pas concurrence au secteur privé et permettrait à l'assureur public de contrôler le coût des services fournis.

Les inconvénients sont pourtant considérables. Premièrement, la mise en commun des risques est trop limitée et trop sélective, comme le Québec l'a découvert en exploitant son régime d'assurance-médicaments. Le bassin de participants au régime national serait composé en grande partie de personnes qui ne peuvent contribuer à des régimes d'assurance liés à l'emploi ou à d'autres régimes privés, c'est-à-dire les chômeurs, les personnes handicapées ou les aînés. Ces personnes sont plus susceptibles de faire face à des problèmes de santé et de consommer davantage de services de santé que ce que leurs primes collectives couvriraient. De plus, le régime comporterait encore des coûts directs qui pourraient être prohibitifs pour certaines personnes.

Un autre modèle de financement ayant retenu l'attention traite les services de santé étendus comme des avantages imposables²⁸. N'importe qui pourrait recevoir les services nécessaires sans déboursier un sou. Cependant, un relevé d'avantages imposables serait émis. À la fin de chaque année, on ajouterait le coût de tous les services utilisés au revenu imposable.

Les avantages tiennent au fait que le système serait financé par des recettes fiscales additionnelles. Tous les Canadiens et Canadiennes auraient accès aux mêmes services et paieraient en fonction de leur revenu. Le régime serait progressif parce que les personnes ayant un revenu plus faible auraient un taux d'imposition plus faible et on plafonnerait le montant d'impôt exigible pour éviter de créer un fardeau excessif pour les personnes ayant de grands besoins en matière de santé. Toutefois, le fardeau serait supporté dans une mesure disproportionnée par les personnes malades qui seraient les plus grands utilisateurs. Les personnes trop pauvres pour payer de l'impôt

sur le revenu seraient protégées, mais les personnes ayant un revenu modeste feraient encore face à des coûts additionnels qu'ils ne peuvent se permettre de payer à la fin de l'année. L'obligation de payer des coûts directs découragerait les particuliers d'utiliser les services nécessaires, ce qui augmenterait à terme le risque de problèmes de santé plus graves et augmenterait les dépenses publiques en services médicaux et hospitaliers. Si ces personnes décidaient de ne pas payer l'impôt dû sur les services de santé pour ne pas être obligés de réduire d'autres dépenses pour les nécessités de la vie, l'État serait forcé de choisir entre poursuivre les malades pour recouvrer les impôts qui lui sont dus ou absorber la perte d'impôt. Le régime serait complexe et coûteux du point de vue administratif, nécessitant des méthodes pour suivre les dépenses de santé de chaque citoyen et pour effectuer des vérifications. Enfin, le gouvernement n'exercerait aucun contrôle sur les coûts des services de santé.

Une troisième approche consiste à créer des comptes d'épargne pour soins de santé dans lesquels les travailleurs sans régime d'assurance-santé supplémentaire seraient tenus de verser une partie de leur salaire dans un compte d'épargne réservé aux soins de santé étendus²⁹. Le compte accumulerait des intérêts à l'abri de l'impôt, comme un régime enregistré d'épargne-retraite et serait débité du coût des services de santé utilisés.

L'avantage de cette méthode tient au fait qu'elle serait autofinancée par les participants. Il y a plusieurs inconvénients. Il n'y aurait aucune mise en commun du risque puisque chacun supporterait la totalité des coûts des services de santé qu'il utilise, risquant ainsi d'épuiser le compte dans l'éventualité d'une maladie grave et prolongée. Les personnes sans emploi ne seraient sans doute pas assurées parce qu'elles ne pourraient contribuer à leur compte. Si les personnes sans emploi étaient assurées aux frais de l'État, ce dernier supporterait la plus grande part des coûts. Comme les participants voudraient se garder un coussin en cas de maladie grave, ils pourraient éviter de dépenser pour des services de prévention ou des traitements précoces. Ainsi, dans ce régime entièrement privé, les coûts des services de santé seraient entièrement déterminés par les forces du marché, comme ils le sont aux États-Unis où les coûts sont de loin les plus élevés de tous les pays industrialisés.

Une autre méthode consiste à financer les services de santé élargis de la même façon que les services assurés de la LCS sont financés, c'est-à-dire à même les recettes fiscales générales. Les avantages sont nombreux : simplicité et efficacité administratives; caractère progressif du partage des coûts; mise en commun maximale du risque; absence d'effet de dissuasion à l'utilisation des services nécessaires; et enfin, capacité maximale du bailleur de fonds public de contrôler le coût des services. Les régimes de santé à incidence fiscale absorbent habituellement deux à trois points de pourcentage de moins par rapport au produit intérieur brut que les modèles d'assurance sociale³⁰. L'OMS appuie vivement le financement des services de santé à même l'impôt général et présente des données détaillées pour montrer que le paiement préalable (par l'impôt général) est la meilleure façon de percevoir des recettes tandis que les paiements directs ont tendance à être assez régressifs et, souvent, à nuire à l'accès aux soins³¹.

Le CCNTA recommande que :

l'élargissement des services de santé fournis dans toutes les administrations soit financé à même les recettes fiscales générales sans nécessiter une quelconque forme de paiement privé individuel.

2.3 Comment la mise en oeuvre d'un programme de services de santé étendus devrait-elle se faire?

Manifestement, l'ampleur des changements recommandés par le Conseil est telle qu'ils ne peuvent se faire du jour au lendemain. Il faudra une période de transition pour rajuster de façon ordonnée les dépenses et les recettes publiques en soins de santé et permettre aux assureurs du secteur privé de s'adapter. Le CCNTA propose la prestation graduelle des services selon les critères des besoins de la population et de l'équité.

L'élargissement du régime public de soins de santé du Canada devrait débiter par les services de soins à domicile, puis, dès que possible, par un programme d'assurance-médicaments universel. Ces deux éléments sont

maintenant des services de santé essentiels pour les Canadiens et Canadiennes de tous âges. Ensuite, tous les services de santé et de soins personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée devraient être couverts en totalité pour que ces derniers jouissent des mêmes avantages que les personnes recevant des soins dans la collectivité. Il est légitime d'exiger des frais de pension puisque ce sont là des dépenses normales de la vie. Néanmoins, ces frais devraient le plus possible refléter les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires. Enfin, il faudrait inclure les autres services de santé, dont les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

Le CCNTA recommande que :

en élargissant la couverture publique des services de santé, on donne la priorité aux soins à domicile puis à l'assurance-médicaments, suivis des soins de santé et personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée. Les éléments à intégrer ultérieurement comprennent les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

Les frais de pension imposés aux résidents d'établissements de soins de longue durée ne devraient pas dépasser les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires.

Pour aider à réduire les dépenses directes pour des services et des produits de santé en attendant qu'ils soient inclus à un régime public, le gouvernement du Canada pourrait améliorer l'allégement fiscal pour frais médicaux. Le crédit d'impôt pour frais médicaux actuel est insuffisant pour aider les Canadiens et Canadiennes à supporter le fardeau financier que représentent des dépenses de santé à long terme. Actuellement, le total des frais médicaux doit dépasser 1 614 \$ ou 3 % du revenu net de l'individu et le crédit d'impôt n'est pas remboursable pour les particuliers qui ne font pas partie de la population active. Il faudrait prendre des dispositions pour

améliorer l'accès au crédit d'impôt pour les Canadiens et Canadiennes à faible revenu et à revenu modeste et à le rendre remboursable pour les personnes qui ne font pas partie de la population active, comme les aînés.

Le CCNTA recommande que :

le gouvernement fédéral donne un crédit d'impôt remboursable fondé sur le revenu pour tous les frais médicaux directs de plus de 500 \$ qui n'ont pas été remboursés par des régimes d'assurance privés.

CONCLUSION

La prestation des soins de santé et les besoins de la population ont nettement changé depuis la mise en oeuvre du régime de soins de santé du Canada. Maintenant et dorénavant, les soins à domicile, l'assurance-médicaments et d'autres services et produits de santé qui ne sont assurés qu'en partie, voire pas du tout, deviennent aussi essentiels pour la santé que les services médicaux et hospitaliers. La couverture de ces services pour les aînés varie considérablement à travers le pays, ce qui oblige parfois les personnes à faible revenu et à revenu modeste à faire des choix difficiles entre les soins de santé et d'autres nécessités de la vie. Cette situation décourage beaucoup les Canadiens et Canadiennes à revenu moyen d'économiser en prévision de leur retraite. Le Conseil croit que tous les Canadiens et Canadiennes ont droit au même niveau de soins de santé peu importe où ils vivent au pays et que le revenu ne devrait pas être un facteur qui détermine l'accès à des services ou produits de santé importants pour préserver la santé et le mieux-être.

Le Canada est actuellement dans une position économique et financière favorable permettant d'élargir la gamme des services de santé qu'il fournit à la population et des indications laissent croire que les dépenses globales du régime de santé sont soutenables. De plus, le financement public est le modèle le plus équitable et rentable pour financer les soins de santé. Le CCNTA croit que l'objectif d'un régime de santé national, complet et public est réalisable et qu'une mise en oeuvre graduelle est une approche sensée pour satisfaire aux besoins immédiats tout en permettant aux administrations publiques et aux marchés privés de s'adapter.

Tableau 1. Détermination des frais — soins à domicile

| Province | Coût des services personnels | Revenu sous lequel les services sont gratuits | Frais minimums | Frais maximum |
|----------|--|---|--|---|
| T.-N. | Contribution fondée sur un examen des ressources et des actifs. | | | |
| N.-É. | Frais exigés selon une échelle mobile déterminée par le revenu et la taille de la famille. Variation selon le revenu et le nombre d'heures de services nécessaires. Des frais de 6 \$/h. sont exigés (avec un maximum de 60 \$ à 360 \$) | Les services sont gratuits pour les personnes gagnant moins de 1 310 \$ par mois (2 620 \$/couple. | À un revenu de 1 310 \$, le maximum exigible par mois est de 60 \$. | Pour les personnes ayant un revenu mensuel supérieur à 3 272 \$ (6 544\$ pour un couple), le maximum est de 360 \$ par mois. |
| N.-B. | Calcul selon le revenu. | Gratuit pour les personnes dont le revenu familial net est inférieur à 6 564 \$. | Les personnes ayant un revenu familial net supérieur à 25 000 \$ paient la totalité des coûts des services rendus. Une personne dont le revenu familial net est de 32 454 \$ paiera un maximum de 12 000 \$. Les calculs sont effectués au moyen de l'échelle des revenus. | |
| Î.-P.-É. | Frais exigés selon une échelle mobile déterminée par le revenu et la taille de la famille. | Les aînés célibataires ayant un revenu net inférieur à 1 004 \$/mois (ou 12 059 \$/an) et les couples ayant un revenu net inférieur à 1 404 \$ ne sont pas tenus de payer les services. Les coûts pour les clients recevant des soins palliatifs sont souvent supprimés, comme les coûts pour les clients du programme de protection des adultes. | Une personne seule ayant un revenu mensuel net entre 1 005 \$ et 1 404 \$ paie 1 \$/h. de service. Un couple dont le revenu mensuel net varie entre 1 405 \$ et 1 604 \$ paie 1 \$/h. de service. | Une personne seule ayant un revenu mensuel net de 3 805 \$ et plus paie 13 \$/h. de service (le maximum), comme un couple dont le revenu est d'au moins 3 605 \$. |
| Qc | Les services sont gratuits dans certains cas, mais on donne la priorité aux clients à faible revenu. Cela dépend d'où ils vivent (5 à 7 \$ par heure de service). Le CLSC effectue un examen au cas par cas (aucune politique établie). | | | |
| Ont. | Gratuit en autant que i) on évalue que la personne a besoin des services et ii) la personne vit seule ou avec un aidant naturel qui est incapable de fournir un tel soutien. Si le client a besoin de services spécialisés de la collectivité, il peut être tenu d'en supporter le coût. | | | |
| Man. | Gratuit (bien que si la collectivité fournit le service, comme la popote roulante, les clients peuvent devoir payer des frais qu'on supprime souvent quand la personne déclare qu'elle ne peut se le permettre.) | | | |

| Province | Coût des services personnels | Revenu sous lequel les services sont gratuits | Frais minimums | Frais maximum |
|----------|--|---|--|---|
| Sask. | Tous les clients paient des frais fixes de 5,45 \$/unité (p. ex. 1 repas) pour les 10 premières unités par mois. Le maximum mensuel est de 331 \$. Après 10 unités, on exige un taux unitaire correspondant au revenu mensuel rajusté du client. | Les personnes recevant des prestations du Saskatchewan Assistance Plan ou du Saskatchewan Income Plan (excluant l'Allocation aux anciens combattants) sont entièrement couvertes. Elles paient un maximum de 54,50 \$/mois. Elles ne paient rien pour les unités nécessaires après les 10 premières (c.-à-d. frais mensuels maximums = 54,50 \$). | Les clients ayant un revenu mensuel rajusté de moins de 54,50 \$ ne paient rien pour les unités de service additionnelles après les 10 premières (c.-à-d. frais mensuels maximums = 54,50 \$). | Les clients gagnant au moins 600 \$ ne reçoivent aucune subvention. Après 10 unités, les frais unitaires sont de 5,90 \$/h. pour un maximum de 331 \$. |
| Alb. | Les clients paient des frais fixes de 5 \$/h. pour les services de soutien à domicile comme les services d'aide ménagère et d'homme à tout faire. Ils paient des frais mensuels maximums fondés sur leur revenu, en tenant compte du revenu net et de la taille de la famille. | Les aînés recevant le SRG sont exemptés des frais pour les services de soutien à domicile. Une personne seule ayant un revenu net inférieur à 15 757 \$ ne paie rien. Un couple ayant un revenu inférieur à 31 513 \$ ne paie pas de frais mensuels maximums. | Une personne seule ayant un revenu net entre 15 757 \$ et 31 512 \$ paie des frais mensuels maximums de 50 \$. Un couple dont le revenu net est de 31 513 \$ à 36 768 \$ paie des frais mensuels maximums de 50 \$. | Une personne seule dont le revenu net est d'au moins 52 537 \$ paie les frais mensuels maximums de 300 \$, comme le couple ayant un revenu net d'au moins 57 793 \$. |
| C.-B. | Des frais d'utilisation s'appliquent aux services de soutien à domicile selon un examen du revenu uniforme dans toute la province. | Il n'y a pas de frais pour les services fournis aux clients recevant des suppléments financiers du gouvernement (SRG, Allocation de conjoint, Allocation pour anciens combattants ou prestation du GAIN). | Les clients ne recevant pas de supplément du revenu paient des frais quotidiens fondés sur le revenu net. **Formule : revenu net (ligne 236 de la déclaration du revenu) moins l'impôt payé, moins le revenu de base annuel (personne seule = 10 284 \$, couple = 16 752 \$), moins le revenu gagné (jusqu'à un maximum de 15 000 \$ chacun) pour obtenir votre revenu résiduel. Diviser le revenu résiduel par 720 pour obtenir le taux de soutien à domicile. | Le service est toujours fourni, mais il peut parfois être plus rentable pour le client d'obtenir les services ailleurs. Par exemple, si le taux quotidien du client est de 100 \$ mais que le client n'a besoin que d'une heure de service, ce ne serait pas avantageux pour le client. |
| Yn | Gratuit | | | |
| T.N.-O. | Gratuit | | | |

Tableau 2. Détermination des frais — assurance médicaments

| Province | Admissibilité | Primes | Franchise | Participation aux coûts |
|----------|---|--|---|---|
| T.-N. | Seuls les prestataires du SRG sont admissibles. | Aucune. | Aucune. | Les aînés paient les honoraires professionnels plus 10 % du coût des médicaments s'ils dépassent 30 \$. |
| N.-É. | Couverture offerte à tous les aînés. | Les aînés paient une prime annuelle de 215 \$. Un crédit de 300 \$ est disponible selon le revenu. | Aucune. | 20 % (minimum de 3 \$ par prescription) jusqu'à un maximum de 200 \$ par an. |
| N.-B. | On propose aux aînés d'adhérer à la Croix Bleue en payant une prime fondée sur le revenu. | Les prestataires du SRG ne paient pas de prime; les autres aînés peuvent adhérer à la Croix Bleue en payant une prime fondée sur le revenu (maximum de 58 \$ par mois par personne). La plupart des aînés ne seront pas tenus de payer la prime. | Aucune. | 9,05 \$/prescription (pour les prestataires du SRG, un maximum annuel de 250 \$). |
| Î.-P.-É. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Aucune. | Les aînés paient les honoraires professionnels plus 7 \$ du coût du médicament. |
| Qc | Tous les aînés sont couverts. | Payable à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ); 0 \$ à 175 \$ par adulte par an selon le revenu. | Franchise de 25 \$ par 3 mois. | Participation aux coûts de 25 \$ du prix de la prescription jusqu'à un maximum par adulte par 3 mois; (max. SRG - 50 \$; SRG partiel - 125 \$; aucun SRG - 187,50 \$). |
| Ont. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Les aînés à faible revenu ne paient pas de franchise. Ceux dont le revenu est supérieur à 16 018 \$ (24 017 \$ pour les couples) paient 100 \$ par année. | Les aînés à faible revenu paient jusqu'à 2 \$ par prescription; les autres aînés paient les 100 premiers dollars par an et jusqu'à un maximum de 6,11 \$ de frais d'ordonnance. |
| Man. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Franchise de 3 % du revenu familial rajusté de plus de 15 000 \$ ou 2 % du revenu familial rajusté de moins de 15 000 \$. | Aucune. |

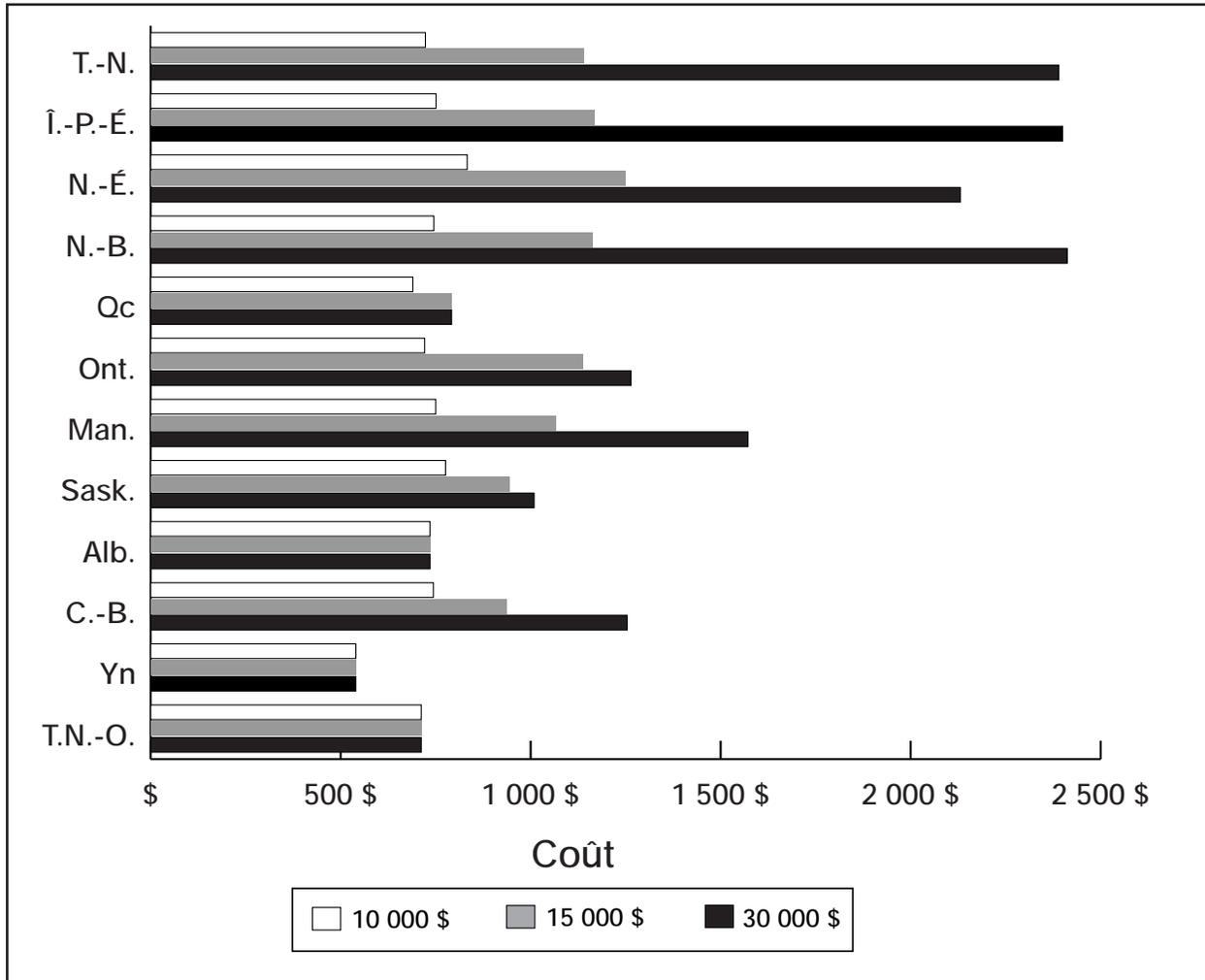
| Province | Admissibilité | Primes | Franchise | Participation aux coûts |
|-----------------|-------------------------------|---------------|--|---|
| Sask. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Prestataires du SRG en foyer d'accueil - 100 \$ par semestre; autres prestataires du SRG - 200 \$ par semestre; autres aînés - franchise de 850 \$ par semestre. | Dans tous les cas, une participation aux coûts de 35 % en plus de la franchise. |
| Alb. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Aucune. | Participation aux coûts de 30 % du coût du médicament jusqu'à un maximum de 25 \$ par prescription. |
| C.-B. | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Aucune. | Participation aux coûts de 100 % des honoraires professionnels jusqu'à un plafond de 200 \$ par an. |
| Yn | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Aucune. | Aucune. |
| T.N.-O | Tous les aînés sont couverts. | Aucune. | Aucune. | Aucune. |

Tableau 3. Détermination des frais — soins de longue durée

| Province | Variation des frais selon le revenu | Examen des actifs |
|----------|---|---|
| T.-N. | | Comprend les avoirs liquides mais pas les REÉR; exclut 5 000 \$ pour les personnes seules et 10 000 \$ pour les couples mariés. |
| N.-É. | On tient compte de toutes les sommes reçues. | Comprend l'argent, les investissements, les avoirs liquides, les produits de la vente d'immobilisations. La résidence principale est exclue si elle est au nom d'une autre personne. |
| N.-B. | Tout le revenu dépassant l'allocation personnelle est examiné pour les célibataires. Pour les couples : les premiers 11 558 \$ sont exemptés, puis on inclut les 21 005 \$ suivants, puis 30 % du revenu entre 21 005 \$ et 35 502 \$ puis tout ce qui dépasse 35 502 \$. | Célibataire : tous les avoirs liquides sauf la résidence principale, 500 \$ d'allocation personnelle et 5 500 \$ de frais de pré-arrangements funéraires. Couple : exception pour des valeurs immobilières, un véhicule, 500 \$ d'allocation personnelle, un fonds en fiducie de 75 000 \$ et 5 500 \$ de frais de pré-arrangements funéraires. |
| Î.-P.-É. | | Exclut 500 \$ en cas de pré-arrangements funéraires; 2 000 \$ sinon. Exclut la résidence principale et 300 \$ dans un compte bancaire. |
| Qc | | On évalue les avoirs liquides et les valeurs matérielles. On peut exempter jusqu'à 40 000 \$ pour la résidence principale. |
| Ont. | L'examen du revenu peut réduire les frais de 862 \$. | |
| Man. | Minimum imposé si le revenu est inférieur à 11 419 \$ (célibataire) et 30 745 \$ (couple). Le taux quotidien augmente de 10 sous pour chaque 36,50 \$ de revenu. Maximum exigé quand le revenu dépasse 23 299 \$ (célibataire) ou 42 902 \$ (couple) : environ 30 %. | |
| Sask. | Après un revenu mensuel de 916 \$, les frais augmentent d'un dollar pour chaque 2 \$ d'augmentation de revenu jusqu'aux frais maximums quand le revenu atteint 1 381 \$; 50 %. | |
| Alb. | Non disponible. | |
| C.-B. | Minimum imposé sous 7 000 \$ de revenu et maximum imposé au revenu d'au moins 30 000 \$. Taux d'imposition marginal de 50 % à 30 % fondé sur le revenu après impôt. | |
| Yn | Non disponible. | |
| T.N.-O. | Non disponible. | |

Figure 1.

**Coût des soins en établissement de longue durée pour les aînés,
selon la province et le revenu**



(Données de 1998)

NOTES

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada* : un premier rapport annuel. Ottawa : 2000, p. 17-18.
2. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève : 2000.
3. Wilkins, K. et E. Park. Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. *Rapports sur la santé*, hiver 1996, vol. 8, n° 3.
4. Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. 3^e éd. N° de cat. 89-519-XPF. Ottawa : Statistique Canada, 1999.
5. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. N° de cat. H39-467/1999F. Ottawa : Santé Canada, 1999.
6. Statistique Canada. *Les habitudes de dépenses au Canada*. N° de cat. 62-202-XPB. Ottawa : 1997.
7. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. N° de cat. H71-2/2-19-1997. Ottawa : 1997.
8. E. Richard Shillington, Tristat Resources, a présenté au CCNTA les conclusions d'un rapport qu'il a rédigé à contrat pour Santé Canada qui a autorisé la présentation au CCNTA et la citation des conclusions de ce rapport.
Tristat Resources. *The Income Testing of Seniors' Social, Health and Income Supports*. Rapport inédit produit pour la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, mars 1999.
9. Information sur les programmes de 1998 rapportée par Tristat Resources en 1999. Ibid.
10. Béland, F., V. Haldemann, J.-C. Martin, P. Bourque et P. Ouellette. *Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie*. Rapport final pour Santé Canada, Programme national de recherche et de développement en matière de santé. N° de rapport 6605-4570-602. 1998.

11. Aronson, J. Elderly Women in the Home Care Marketplace: Experiences of the Mixed Economy of Care. Communication présentée à la Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Ottawa : 4-7 novembre 1999.
12. Par prime, nous entendons le coût d'inscription à un régime d'assurance. La franchise est un montant fixe que l'assuré doit payer pour un service; les coûts excédant ce montant sont admissibles à la couverture d'assurance. La participation aux coûts renvoie à une entente relative au partage des coûts conclue entre l'assuré et l'assureur et établissant le montant à payer pour chaque service obtenu. Les régimes publics d'assurance-médicaments peuvent inclure toutes les combinaisons de ces types de frais.

Information sur les programmes de 1998 rapportée en 1999 par Tristat Resources. Ibid.

13. Alberta Community Development. *Review of Cumulative Impact of Program and Service Changes on Seniors*. Novembre 1996.
14. Keller, Heather H., Truls Østbye et Elizabeth Bright-See. Predictors of Dietary Intake in Ontario Seniors. *Canadian Journal of Public Health*, 1997, vol. 88, n° 5 : 305-309.
15. Tamblyn, Robyn. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Mars 1999.
16. Millar, W. Disparités des régimes d'assurance-médicaments. *Rapports sur la santé*, printemps 1999, vol. 10, n° 4.
17. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. N° de cat. H39-467/1999F. Ottawa : Santé Canada, 1999.
18. Idem.
19. Pichora-Fuller, K. et M. Cheesman. Preface to the Special Issue on Hearing and Aging. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology/Revue d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 21, n° 2, juin 1997 : 75-79.

20. Lindsay, Colin. Ibid.
21. Finn, D. An overview of the assistive technology scene in Canada. *Technology and Disability*, vol. 9, 1998 : 81-88.
22. Canada. Ministère des Finances. Maintien d'une saine gestion financière. Chapitre 3 dans *Le plan budgétaire 2000*. Ottawa : 2000.
23. Fast, Janet, Dorothy Forbes et Norah Keating. Contributions and Needs of Informal Elderly Care Providers in Canada: Evidence from Statistics Canada's 1996 General Social Survey on Social Supports. Division des systèmes de santé, Santé Canada, mars 1999.
24. Palmer D'Angelo Consulting Inc. *National Pharmacare Cost Impact Study*. Ottawa : septembre 1997.
25. Denton, F.T. et B.G. Spencer. Population aging and its economic costs: A survey of the issues and evidence. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, supplément 1, été 2000 : 1-31.
26. On signale cependant qu'à la différence des autres administrations, l'Alberta impose à chaque résident une prime de santé.
27. Tamblyn, R. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Mars 1999.
28. Gordon, Michael, Jack Mintz et Duanjie Chen. Funding Canada's Health Care System: a Tax-Based Alternative to Privatization. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 8 septembre 1998, vol. 159, n° 5 : 493-496.
29. Moon, Marilyn, Nichols, Len M. et Wall, Susan. *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*. The Urban Institute: 1998.
30. Fuller, Colleen. *Caring for profit*. Vancouver : New Star Books, 1998.
31. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

Positions du Conseil consultatif national sur le troisième âge

N^o Titre

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle : soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis, février 1995.
17. La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé : le point de vue des aîné-e-s, février 1995.
18. La position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement, mai 1995.
19. La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, octobre 1997.
20. La position du CCNTA sur les soins à domicile, mars 2000.
21. La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada, octobre 2000.