

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Rapport intérimaire sur
l'état du système de soins de santé au Canada

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume un – Le chemin parcouru

Président

L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente

L'honorable Marjory LeBreton

MARS 2001

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI.....	iii
MEMBRES.....	iv
AVANT-PROPOS.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE UN.....	5
HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE -SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ..... 5	
1.1 <i>Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé</i>	5
1.2 <i>Ententes de partage des coûts</i>	7
1.3 <i>Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE</i>	11
1.4 <i>Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)</i>	16
1.5 <i>Transferts de points d'impôt et transferts monétaires</i>	22
1.6 <i>La contribution fédérale aux soins de santé</i>	24
1.7 <i>L'importance de la stabilité du financement fédéral</i>	26
1.8 <i>La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé</i>	29
CHAPITRE DEUX.....	33
PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ..... 33	
2.1 <i>Origines de la Loi canadienne sur la santé</i>	33
2.2 <i>Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application</i>	36
2.3 <i>Application des sanctions en vertu de la Loi canadienne sur la santé</i>	39
2.4 <i>La Loi canadienne sur la santé est-elle encore pertinente?</i>	42
2.5 <i>Commentaires du Comité</i>	43
CHAPITRE TROIS.....	49
ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ..... 49	
3.1 <i>Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale</i>	50
3.2 <i>Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé</i>	51
3.3 <i>Les soins de santé constituent une priorité</i>	53
3.4 <i>Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux</i>	56
3.5 <i>Forte adhésion aux principes de la Loi canadienne sur la santé</i>	57
3.6 <i>Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés</i>	57
3.7 <i>Commentaires du Comité</i>	59

CHAPITRE QUATRE	63
TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ.....	63
4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000.....	64
4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé.....	67
4.3 Catégories de dépenses.....	69
4.4 Comparaisons internationales.....	71
4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces.....	76
4.6 Commentaires du Comité.....	77
CHAPITRE CINQ	79
L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION	79
5.1 L'état de santé des Canadiens.....	79
5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?.....	83
5.3 Dépenses de santé et état de santé.....	86
5.4 Le concept de santé de la population.....	87
5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé?.....	94
5.6 Commentaires du Comité.....	98
CHAPITRE SIX	101
MYTHES ET RÉALITÉS.....	101
6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé.....	101
6.2 Mythes entourant le financement public.....	103
6.3 Mythes entourant la Loi canadienne sur la santé.....	105
6.4 Mythes entourant la privatisation.....	111
6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé.....	116
6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population.....	117
6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement.....	120
6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé.....	123
CONCLUSION	125
Les prochaines étapes.....	125
ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS	A-1

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
- b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

MEMBRES

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J. L. Kirby, président

L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

et les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Erminie J. Cohen

Joan Cook

Jane Marie Cordy

Joyce Fairbairn

Alasdair B. Graham

Janis G. Johnson

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

* Sharon Carstairs (ou Fernand Robichaud)

* John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Dont la nomination a été approuvée en vertu d'une motion du Sénat :

Les honorables sénateurs :

Callbeck, *Carstairs (ou Robichaud), Cohen, Cook, Cordy, Graham, Fairbairn, Kirby, Johnson, LeBreton, *Lynch-Staunton (ou Kinsella), Pépin, Roche, Robertson

Autres sénateurs ayant participé aux travaux du Comité au cours de la première session de la trente-septième législature et de la deuxième session de la trente-sixième législature :

Les honorables sénateurs :

Atkins, Banks, Keon, Losier-Cool, Mahovlich, Meighen, Morin, Murray, Robichaud F. et Wilson

* Membres d'office

AVANT-PROPOS

Le système de soins de santé public du Canada a toujours donné lieu à des débats enflammés. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie avait donc un défi de taille à relever : servir de forum pour permettre une discussion rationnelle des enjeux touchant le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Et c'est dans ce but qu'il a entrepris la présente étude.

Il présente ici le rapport de la phase 1 de son étude, fruit de ses travaux jusqu'à présent et premier d'une série de cinq rapports. Pour préparer l'avenir, nous devons savoir comment nous sommes arrivés jusqu'ici. C'est ainsi que nous nous penchons, dans ces pages, sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur ce que nous savons des facteurs qui déterminent l'état de santé de la population et sur certains mythes et certaines réalités qui entourent le débat sur les soins de santé. C'est, en somme, le chemin parcouru.

Dans la phase 2, nous examinerons les pressions qui s'exerceront sur le système de santé au cours des prochaines années. Dans la phase 3, nous verrons comment certains pays ont structuré leur propre système, notamment divers pays qui ont un système universel sensiblement différent de celui du Canada. Dans la phase 4, nous tirerons des leçons des trois premières phases (passé, pressions futures et systèmes d'autres pays) et dégagerons des options pour le renouvellement et la réforme du rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Ce quatrième rapport servira de base à un vaste débat avec des Canadiens de tous les horizons et de toutes les régions. Dans la phase 5, nous présenterons les résultats de ce débat, ainsi que nos recommandations pour opérer des changements.

Ce premier rapport n'aurait pas été possible sans le concours de nombreuses personnes de tous les coins du pays. Le Comité tient à remercier tous ceux qui ont témoigné devant lui ou lui ont fait parvenir des mémoires pour l'éclairer sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur l'évolution de l'état de santé des Canadiens, sur les défis qui nous confrontent et sur les moyens à prendre pour améliorer notre système dans l'avenir. Bien que déposé au cours de la 37^e législature, le présent rapport n'aurait pas vu le jour sans le vif intérêt et la précieuse contribution des membres du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de la 2^e session de la 36^e législature, ainsi que des nombreux sénateurs qui sont venus entendre les témoins ou remplacer certains membres de temps à autre. Le Comité se réjouit à l'idée de poursuivre son travail dans une atmosphère tout à fait non partisane, axée sur la recherche du consensus.

Le Comité espère que vous suivrez le débat avec intérêt et que vous vous y joindrez. C'est le maintien de notre programme social le plus précieux qui est en jeu. Nous nous devons de voir à ce que son avenir fasse l'objet d'un débat à la fois rationnel et objectif.

L'honorable Michael J.L. Kirby
Président

L'honorable Marjory LeBreton
Vice-présidente

LA SANTÉ DES CANADIENS
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
VOLUME UN - LE CHEMIN PARCOURU



INTRODUCTION

En décembre 1999, au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature, le Sénat a confié au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le mandat de faire le point sur l'état du système canadien de soins de santé et d'examiner l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé ce mandat à la première session de la trente-septième législature, lequel se lit comme suit :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
- b) l'histoire du système de soins de santé au Canada;*
- c) les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;*
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada¹.*

Pour s'acquitter de ce mandat à la fois vaste et complexe, en février 2000, le Comité a amorcé un examen pluriannuel à facettes multiples, comportant cinq phases principales. Le tableau 1 renferme de l'information sur chacune des phases et leurs échéanciers respectifs.

¹ Débats du Sénat (hansard), 2^e session, 36^e législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

TABLEAU 1
EXAMEN DES SOINS DE SANTÉ :
LES PHASES ET LES ÉCHÉANCIERS PROPOSÉS

Phases	Contenu	Échéance visée	Publication du rapport
Phase un	Contexte historique et aperçu	Automne/hiver 2000	Mars 2001
Phase deux	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
Phase trois	Modèles et pratiques d'autres pays	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
Phase quatre	Document d'élaboration de solutions de rechange	Été 2001	Septembre 2001
Phase cinq	Audiences sur le document des solutions de rechange et élaboration de la version définitive du rapport et des recommandations	Automne 2001	Mars 2002

Le présent rapport a pour but de rendre compte des témoignages obtenus durant la première phase de l'examen des soins de santé. Les objectifs de la phase un étaient les suivants :

- retracer le rôle du gouvernement fédéral dans le système canadien de soins de santé et, plus particulièrement, examiner la législation fédérale initiale concernant les soins hospitaliers et médicaux;
- réexaminer la raison d'être de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*;
- étudier l'évolution du financement fédéral des soins de santé;
- passer en revue les faits les plus importants et les tendances ayant la plus grande incidence sur le système canadien de soins de santé, à la fois sous l'angle des dépenses en soins de santé et des indicateurs de l'état de santé;
- étudier la perception actuelle du système, notamment l'opinion publique et les questions faisant l'objet de consensus ou de désaccord chez les experts canadiens reconnus;

- examiner les mythes et les réalités actuels du système canadien de soins de santé.

Afin d'atteindre les objectifs de la phase un, le Comité a accueilli une gamme variée de témoins, notamment : des anciens ministres et sous-ministres fédéraux et provinciaux de la santé; des économistes de la santé; des spécialistes de l'histoire du Canada, de l'administration de la santé publique, de la politique gouvernementale et de l'éthique en santé; des représentants de Santé Canada et du ministère des Finances; certaines organisations de soins de santé; des sondeurs canadiens; ainsi que des représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous les remercions de leurs précieuses contributions.

Aux fins du présent examen, nous entendons par soins de santé toute activité dont l'objectif principal est d'améliorer ou de maintenir la santé ou d'en prévenir la détérioration. Cette définition est très large et englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé, la santé publique et la recherche sur la santé, ainsi que les services diagnostiques et le traitement des maladies. Elle comprend également un large éventail de lieux de prestation de services (hôpitaux, domicile, communauté, cliniques, etc.) et toute une panoplie de fournisseurs de services (médecins, infirmiers, infirmiers praticiens, pharmaciens, physiothérapeutes, soignants, etc.).

Notre définition s'écarte de la gamme restreinte de services de santé visés par la *Loi canadienne sur la santé*, qui couvre uniquement les services hospitaliers et médicaux. En outre, en raison du virage ambulatoire qui favorise la prestation de soins à domicile et de soins communautaires (au lieu des soins en établissement), de plus en plus, de nombreux services ne sont pas visés par la *Loi*.

Il faudra à notre avis tenir compte de ces deux notions — les soins de santé au sens large et l'application étroite de la *Loi canadienne sur la santé* — car toute réforme du système public de soins de santé, lequel est actuellement centré sur la *Loi canadienne sur la santé*, repose peut-être sur une vision plus large de ce que constituent la santé et les soins de santé.

Le présent rapport compte six chapitres. Le chapitre 1 contient des renseignements historiques sur le régime public d'assurance-santé au Canada et la contribution du gouvernement fédéral au financement des soins de santé. Le chapitre 2 retrace l'évolution des principes pancanadiens au sein du système des soins de santé et leur application ou administration par le gouvernement fédéral. Le chapitre 3 porte sur les attitudes et les attentes, actuelles et passées, de la population à l'égard du système de soins de santé. Le chapitre 4 renferme un bref examen des tendances d'hier et d'aujourd'hui en matière de dépenses en soins de santé, notamment des données comparatives du Canada et d'autres pays de l'OCDE. Le chapitre 5 présente de l'information sur l'état de santé des Canadiens et explique les concepts de « déterminants de la santé » et de « santé de la population ». Le chapitre 6 traite des mythes et des réalités en vue de dissiper bien des malentendus et de permettre un débat éclairé et fondé sur les soins de santé.

CHAPITRE UN

HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

L'histoire du régime public d'assurance-santé au Canada est depuis longtemps un sujet d'étude vaste et complexe. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les mécanismes de financement, a considérablement évolué au fil des ans².

La prestation et le financement des services de santé sur une base universelle fait l'objet d'études depuis des années. Plusieurs commissions se sont penchées sur la question dans les années 30 et 40.

Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:1).

1.1 Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé

Au cours des audiences du Comité, quelques témoins ont présenté dans ses grandes lignes le fondement du rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. Voici un compte rendu de leurs observations.

Même si les gouvernements provinciaux assument la responsabilité de la prestation des soins de santé, le domaine de la santé ne relève pas exclusivement de l'un ou l'autre des gouvernements. Il existe des mécanismes bien établis et bien conçus pour assurer une collaboration entre les gouvernements dans le domaine de la santé.

Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:5).

En vertu de la Constitution, les provinces ont la responsabilité d'assurer des soins de santé à la majorité des Canadiens; toutefois, le gouvernement fédéral a aussi des rôles et des responsabilités dans des domaines liés à la santé et aux soins de santé. Sa première responsabilité (et la plus directe) consiste à assurer l'accès des soins de santé à certains groupes, notamment les soins primaires aux Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que d'autres services aux vétérans et au personnel de la GRC, du Service correctionnel et des Forces armées.

Le deuxième domaine de responsabilité a trait à la catégorie générale de la protection de la santé. Par exemple, il incombe à Santé Canada de régir la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux; le ministère des Pêches et des Océans veille à la salubrité du poisson et des fruits de mer que nous achetons; et Environnement Canada contrôle la qualité de nos terres, de notre air et de notre eau.

Le troisième volet du rôle fédéral dans le domaine de la santé englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies et les stratégies de sensibilisation. Ces stratégies visent principalement à sensibiliser et à informer les gens, et à les encourager à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur santé et de leur mieux-être.

Le quatrième domaine d'intervention fédérale est celui de la recherche en santé. Depuis 40 ans, le gouvernement fédéral fournit un financement considérable par l'intermédiaire du

La mission qui est celle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, consiste à aider les Canadiens à protéger et à améliorer leur santé. Nous le faisons en travaillant dans trois champs d'activité. Il y a d'abord la politique et les systèmes de santé nationaux, et particulièrement notre système de soins de santé financé par l'État. Il y a ensuite le travail que nous accomplissons sur le plan de la promotion de la protection de la santé, y compris la prévention des maladies et des accidents. Notre troisième champ d'action concerne les services de santé et de soins mis à la disposition des Premières nations et des Inuits.

*Abby Hoffman, conseillère principale
en matière de politiques,
Santé Canada (13:5).*

Conseil de recherches médicales (CRM). En 1999, ce rôle a été élargi, par la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui remplacent le CRM. Les IRSC constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé au pays.

La cinquième sphère de responsabilité du gouvernement fédéral, et peut-être la plus importante, est le soutien financier aux systèmes provinciaux de soins de santé. Selon le professeur Keith Banting, directeur de la « School of Policy Studies » à l'Université Queen's (Kingston, Ontario), l'intervention fédérale dans les soins de santé provinciaux découle principalement du « pouvoir de dépenser » prévu dans la Constitution :

² Dans le présent rapport, la référence aux témoignages publiés dans les *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* sera indiquée uniquement par le numéro de fascicule et le numéro de la page qui contiennent la citation.

Selon la Constitution, le pouvoir de dépenser est réputé appartenir au gouvernement fédéral qui fait des paiements aux particuliers, aux institutions ou aux gouvernements provinciaux, et qui fait même des paiements dans des champs d'action pour lesquels, selon la Constitution, il n'a ni pouvoir législatif, ni pouvoir réglementaire. [...] Ce pouvoir n'est pas à proprement parler inscrit dans la Constitution, mais un certain nombre d'autres instances en ont fait cette interprétation constitutionnelle. C'est ce pouvoir qui a été à la base de l'avènement au Canada de l'État-providence et du développement d'une politique en matière de santé³.

En vertu de son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut appliquer des fonds qu'il a prélevés au moyen de mesures fiscales ou autres, et fixer des conditions à l'utilisation de ces fonds. Il a été signalé au Comité que le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral est à la base du transfert des fonds consacrés à l'utilisation des soins de santé ainsi que de l'administration et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Comme nous le verrons plus loin, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'appui financier aux systèmes provinciaux de soins de santé, et ce, depuis de nombreuses années.

1.2 Ententes de partage des coûts

La forme actuelle du régime public d'assurance-santé au Canada est le fruit d'une évolution étalée sur cinq décennies. Avant la fin des années 40, la médecine et l'assurance privées dominaient les soins de santé au Canada, et l'accès aux soins dépendait de la capacité de payer.

Tom Kent, ancien sous-ministre fédéral et conseiller principal en matière de politiques auprès de Lester B. Pearson, a fait valoir que l'objectif qui sous-tendait la politique fédérale en matière de soins de santé était essentiellement d'assurer un accès en temps opportun aux services de santé requis, sans obstacle financier excessif :

Les Canadiens qui se souviennent de l'époque qui a précédé l'assurance-santé ne constitueront plus sous peu qu'une minorité, si ce n'est déjà fait. Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale

³ Keith Banting (9:62).

raison qui a mené à sa création. Comme vous le savez tous, autrefois, se faire soigner pouvait représenter un désastre financier même pour les biens nantis, et nombreux étaient les pauvres qui ne se faisaient pas soigner lorsqu'ils en avaient besoin. La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à rectifier cette situation et à faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit⁴.

Le mouvement vers un régime d'assurance-santé financé par l'État s'est amorcé en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a adopté un régime d'assurance public et universel pour les services hospitaliers. Puis, en 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* afin d'encourager l'établissement de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces. Dans le cadre de cette loi, le gouvernement fédéral proposait de partager les coûts des services hospitaliers et diagnostiques avec les provinces, de manière à peu près égale⁵. Le versement des fonds fédéraux était lié à certaines conditions : les provinces convenaient d'offrir les services assurés à tous leurs résidents, suivant les mêmes modalités et conditions. En 1961, toutes les provinces avaient conclu des ententes mettant sur pied des régimes d'assurance-santé qui prévoyaient une couverture universelle en ce qui a trait aux soins médicaux aux patients hospitalisés.

En 1962, la Saskatchewan a encore une fois ouvert la voie en élargissant l'assurance-santé publique aux services médicaux offerts à l'extérieur des hôpitaux. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par l'honorable juge Emmett Hall, a recommandé que le gouvernement

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé a recommandé au gouvernement fédéral de conclure avec les provinces des ententes sur le partage des coûts de services de santé complets et universels pour les citoyens, affirmant que l'accès sans frais aux soins de santé pour tous les Canadiens était équitable, rentable et responsable sur le plan social.

Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:10).

fédéral mette sur pied un régime public d'assurance-soins médicaux semblable à celui offert aux résidents de la Saskatchewan. En réponse au rapport de la commission Hall, le

⁴ Tom Kent (13:30).

⁵ Dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, on calculait les versements aux provinces de la manière suivante: le montant à verser à une province au cours d'une année était de 25 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, plus 25 % du coût des services assurés par résident de cette province, multiplié par la population de cette province pour l'année en question. Dans l'ensemble, la contribution du gouvernement fédéral équivalait à environ 50 % des coûts des services assurés au

gouvernement fédéral a adopté en 1966 la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait que le fédéral assumerait environ la moitié des coûts des services médicaux admissibles⁶. Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les régimes provinciaux d'assurance-santé devaient satisfaire à quatre conditions en matière d'administration publique, de transférabilité, d'universalité et d'intégralité. En 1972, toutes les provinces avaient élargi leurs régimes d'assurance-santé de manière à inclure les services de médecin.

En 1966, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Même si l'objectif principal de ce programme fédéral-provincial était le partage des coûts associés aux services d'assistance sociale, le RAPC couvrait aussi les coûts de certains services de santé dont avaient besoin les assistés sociaux mais que le régime public d'assurance-santé et les régimes provinciaux complémentaires ne finançaient pas, principalement ceux des médicaments d'ordonnance ainsi que ceux des soins dentaires et ophtalmologiques.

Au cours des audiences, des témoins ont relevé un certain nombre de désavantages liés aux ententes de partage des coûts, à la fois dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de la *Loi sur les soins médicaux* :

- le manque de prévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral;
- l'extrême lourdeur administrative;
- l'inflexibilité du financement fédéral, qui nuisait à l'innovation;
- la perception par les provinces qu'il s'agissait d'une ingérence fédérale dans un domaine de compétence provincial.

Selon l'honorable Marc Lalonde, ancien ministre de la Santé et ministre des Finances du gouvernement fédéral, vu que les transferts fédéraux aux provinces étaient liés aux initiatives

Canada, mais cette contribution était supérieure dans les provinces où les coûts par habitant étaient inférieurs à la moyenne nationale, et inférieure dans les autres provinces.

⁶ Dans le cadre de la *Loi sur les soins médicaux*, le montant auquel avait droit une province au cours d'une année était équivalent à 50 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, multiplié par la population de la province cette année-là. Ainsi, toutes les provinces recevaient des transferts par habitant égaux, même si la contribution fédérale en termes de proportion des dépenses provinciales totales variait d'une province à l'autre.

provinciales en matière de dépenses, les programmes à coûts partagés s'avéraient trop coûteux pour le gouvernement fédéral; de plus, les coûts étaient imprévisibles :

Du côté du gouvernement fédéral, [...] nous étions pris à payer 50 p. 100 de ce que les provinces voulaient dépenser dans les domaines couverts sans avoir quoi que ce soit à dire sur l'allocation de ces dépenses par les gouvernements provinciaux. Il y avait alors un désir de grande prévisibilité dans les obligations du gouvernement fédéral [...].⁷

Tom Kent, que certains considèrent comme le fondateur du régime d'assurance-santé canadien, a fait valoir que ces ententes de partage des coûts étaient à la fois lourdes à administrer et perçues comme une ingérence dans un domaine de compétence provincial :

[...] Toutefois, comment ces 50 p. 100 des coûts étaient-ils calculés? Pour l'assurance-hospitalisation, les provinces avaient signé des accords qui exigeaient d'elles qu'elles fournissent des rapports détaillés et consentent à ce que le fédéral avalise une bonne part de leurs décisions. On s'est opposé, en principe, à cela sous prétexte qu'il s'agissait d'une ingérence dans une compétence provinciale et d'une distorsion des priorités provinciales. De plus, et c'était important autant pour les gouvernements provinciaux que pour le gouvernement fédéral, le système était lourd à administrer.⁸

Jusqu'alors, les provinces devaient présenter des rapports détaillés sur leurs programmes, et les fonctionnaires fédéraux devaient décider si tel ou tel programme — par exemple un foyer pour personnes âgées — relevait ou non de l'enveloppe à frais partagés. Beaucoup de décisions de détail ont été prises à Ottawa, ce qui, en réalité, représentait une intervention beaucoup plus lourde et un contrôle administratif beaucoup plus accentué du champ de compétence provincial.

Keith Banting, Université Queen's (9:64)

M. Lalonde a également signalé que les provinces s'inquiétaient du manque de souplesse du financement découlant de la loi fédérale, car ce financement se limitait aux services hospitaliers et médicaux. À son avis, il en résultait une distorsion de la répartition des ressources affectées aux soins de santé et un effet néfaste sur l'innovation :

[...] le régime en force décourageait l'innovation et concentrait les ressources dans des domaines plus coûteux comme la santé, l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale. [...] Avec le temps, on s'est aperçu que cette

⁷ L'hon. Marc Lalonde (15:7).

⁸ Tom Kent (13:33).

conception des soins de santé était plutôt étriquée et qu'il y avait une alternative moins coûteuse que l'hospitalisation pour bon nombre de traitements. Malheureusement, cette alternative n'était pas éligible à la participation aux coûts par le gouvernement fédéral. [...] [Par exemple,] le gouvernement du Québec voulait mettre sur pied des centres locaux de services communautaires pour dégorger les hôpitaux, favoriser des services moins spécialisés et plus accessibles à la population. Il faisait cependant face à une situation où il lui fallait absorber 100 p. 100 de ces coûts⁹.

En 1977-1978, on a remplacé les ententes de partage des coûts moitié-moitié par le Financement des programmes établis (FPE), un mécanisme de financement global qui combinait les transferts fédéraux destinés aux services hospitaliers et aux soins médicaux et les transferts destinés à l'éducation postsecondaire. La même année, le gouvernement fédéral a aussi mis sur pied le Programme des services complémentaires de santé (PSCS) afin d'offrir aux provinces une aide financière destinée aux soins ambulatoires, aux soins intermédiaires en maison de repos, aux soins en établissement pour adultes et aux soins à domicile. Les transferts dans le cadre du PSCS étaient liés au mécanisme de financement global du FPE.

Le nouveau système, qu'on allait appeler financement forfaitaire, faisait en sorte que le gouvernement fédéral verse aux provinces une contribution générale pour couvrir les dépenses de santé et d'éducation postsecondaire. Il n'y aurait dès lors plus cette étroite correspondance entre les dépenses et les transferts, en ce sens que le gouvernement fédéral ferait un virement forfaitaire qui ne serait pas calculé en fonction de ce que les provinces auraient dépensé, mais qui augmenterait au fil du temps parallèlement à la croissance de l'économie. Le montant du transfert n'aurait dorénavant plus rien à voir avec le montant dépensé par la province.

Keith Banting, Queen's University (9:64).

1.3 Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE

Dans le cadre du FPE, chaque province recevait un montant égal par habitant pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire. Théoriquement, environ 70 % des transferts au titre du FPE étaient affectés au volet « soins de santé » et 30 %, au volet « éducation ». Cette répartition était arbitraire, étant donné que le FPE était un mécanisme de financement « global ». Contrairement aux programmes à coûts partagés, les transferts au titre du FPE n'étaient pas fonction des dépenses de la province affectées aux soins de santé et à

⁹ L'hon. Marc Lalonde (15:6-7).

l'éducation postsecondaire. De plus, les pourcentages signalés ci-dessus ne reflétaient pas nécessairement la répartition mise en application au niveau provincial, puisque les provinces avaient la possibilité d'utiliser les transferts du FPE suivant de leurs propres priorités.

Les droits des provinces au titre du FPE comportaient deux volets : un transfert fiscal et un transfert monétaire. Dans le cadre du transfert fiscal, le gouvernement fédéral cédait une marge fiscale aux provinces en leur transférant des points d'impôt. Pour ce faire, il réduisait ses taux d'imposition et les provinces augmentaient les leurs d'un niveau équivalent. Ainsi, il y avait une réaffectation des recettes entre les deux ordres de gouvernement : les recettes fédérales étaient réduites d'un montant équivalent à l'augmentation des recettes des gouvernements provinciaux. Le fardeau fiscal des contribuables demeurait le même puisque, même s'ils déboursaient davantage en impôt provincial, ils versaient moins en impôt fédéral¹⁰. Le transfert monétaire – un versement périodique par chèque – comblait la différence entre les droits totaux au titre du FPE de chaque province et la valeur du transfert fiscal.

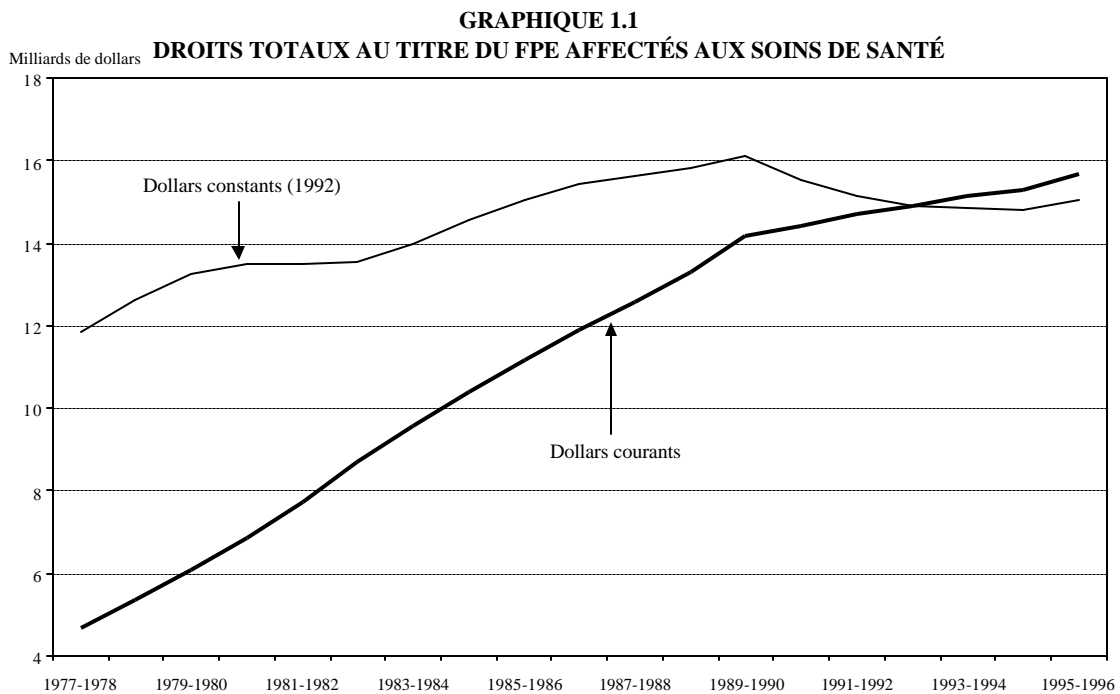
Au départ, on calculait le versement de base au titre du FPE en se reportant à un montant par habitant initial, déterminé en 1975-1976, puis rajusté chaque année à l'aide d'un facteur de progression lié au taux de croissance du produit intérieur brut (PIB)¹¹ par habitant¹². Pour calculer la valeur totale des droits d'une province au titre du FPE, on multipliait le montant par habitant initial par le facteur de progression, puis par la population de la province.

¹⁰ Dans le cadre du FPE, le gouvernement fédéral a transféré 13,5 points de l'impôt sur le revenu des particuliers et un point de l'impôt sur le revenu des sociétés. Les provinces dont les recettes fiscales étaient inférieures à une norme provinciale recevaient des paiements de péréquation assurant que leur transfert serait équivalent à la norme (les provinces auxquelles on se reportait pour établir la norme étaient le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Se prévalant des accords de retrait facultatif, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points d'impôt additionnels pour l'impôt sur le revenu des particuliers. En raison de cet abattement additionnel, le Québec a obtenu une part relativement plus importante que les autres provinces de sa contribution fédérale sous forme de points d'impôt transférés et une part plus petite sous forme de transferts monétaires. Cependant, au total, les droits du Québec au titre du FPE (par habitant) étaient exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

¹¹ Le PIB mesure la valeur de tous les biens, services et investissements à l'intérieur d'un pays durant une période déterminée, habituellement un an.

¹² Les montants des droits par habitant initiaux étaient de 144,34 \$ pour les soins hospitaliers et médicaux, de 68,31 \$ pour l'éducation postsecondaire et de 20,00 \$ pour les services de santé complémentaires.

En vue de réduire le déficit fédéral, le facteur de progression a été modifié à plusieurs reprises. En 1983-1984 et 1984-1985, on a plafonné le facteur de progression associé au volet de l'éducation à 6 % et à 5 % respectivement (si on avait utilisé la formule tenant compte de la croissance du PIB, le volet du PFE consacré à l'éducation aurait augmenté de 9 % en 1983-1984 et de 8 % en 1984-1985). Quant aux autres années, le facteur de progression était le même que pour le volet des soins de santé.



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

De 1986-1987 à 1989-1990, on a réduit de 2 % le facteur de progression utilisé pour calculer les droits totaux au titre du PFE. Après cette période, et jusqu'en 1994-1995, on a gelé les transferts par habitant à leurs niveaux de 1989-1990, si bien que les paiements de transfert ont augmenté en fonction de la croissance démographique de chaque province (environ 1 %). En 1995-1996, on a diminué le facteur de progression de 3 %, entraînant un facteur de progression négatif (presque -1,0 %, selon la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances); ainsi, il y a eu une réduction des transferts par habitant, puisque la croissance du PIB était inférieure à 3 %.

Le graphique 1.1 illustre l'évolution des droits totaux au titre du FPE, à la fois en dollars courants et en dollars constants. En termes de dollars courants, il y a eu une croissance continue des paiements de transfert totaux destinés aux soins de santé, bien que le taux de croissance ait diminué considérablement à la fin des années 80. Cependant, après un rajustement tenant compte de l'inflation et la conversion en dollars constants (1992), on constate que les droits des provinces destinés aux soins de santé ont commencé à diminuer en 1989-1990. À cause de son déficit et de sa volonté de réduire ses dépenses, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement fédéral a progressivement restreint sa contribution réelle aux soins de santé provinciaux.

Pour nous faire une idée de l'ampleur de la réduction du financement fédéral, nous avons demandé à la Bibliothèque du Parlement d'estimer le manque à gagner des provinces découlant des contraintes imposées à la croissance des transferts du FPE destinés aux soins de santé. Nous avons utilisé deux méthodes de calcul. La première méthode détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et la valeur hypothétique des transferts fédéraux si le FPE n'avait subi aucune modification. La seconde méthode est différente, car elle compare les modifications apportées par la loi à la formule du FPE d'une période à la suivante. Elle détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et le niveau des transferts que les provinces auraient obtenus en supposant le maintien des mesures en vigueur lors de la période précédente. Le tableau 1.1 présente les résultats de ces calculs. Bien qu'il faille considérer ces données avec prudence, il est clair que les provinces ont subi des pertes continues de 1986-1987 à 1995-1996 pour ce qui est des transferts fédéraux destinés aux soins de santé.

Certains témoins ont avancé que, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif initial du FPE, le mécanisme de financement global a permis au gouvernement fédéral de réduire son engagement financier à l'égard des soins de santé. Par exemple, l'honorable Marc Lalonde a formulé le commentaire suivant :

Je tiens à souligner que l'intention à l'époque n'était d'ailleurs pas de réduire la contribution fédérale aux services déjà couverts, mais il est évident que les événements subséquents ont démontré qu'il était peut-être plus facile pour le

gouvernement fédéral de le faire en vertu du programme de 1977 qu'antérieurement¹³.

TABLEAU 1.1
ÉVALUATION DU MANQUE À GAGNER DES PROVINCES
IMPUTABLE AUX CONTRAINTES IMPOSÉES À LA
CROISSANCE DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE POUR LES
SOINS DE LA SANTÉ

	Résultats – 1 ^{ère} méthode de calcul (en dollars)	Résultats – 2 ^e méthode de calcul (en dollars)
1986-1987	226 309 946	226 309 946
1987-1988	486 176 584	486 176 584
1988-1989	779 908 361	779 908 361
1989-1990	1 119 885 311	1 119 885 311
1990-1991	2 235 404 086	1 923 289 637
1991-1992	3 091 649 580	2 428 407 569
1992-1993	3 516 854 362	2 485 271 924
1993-1994	3 688 879 572	2 287 699 962
1994-1995	3 935 164 742	2 152 824 719
1995-1996	4 533 434 766	2 270 889 679
TOTAL	23 613 667 310	16 160 663 692

Source : Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.

Toutefois, un tel désengagement a nui à la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé :

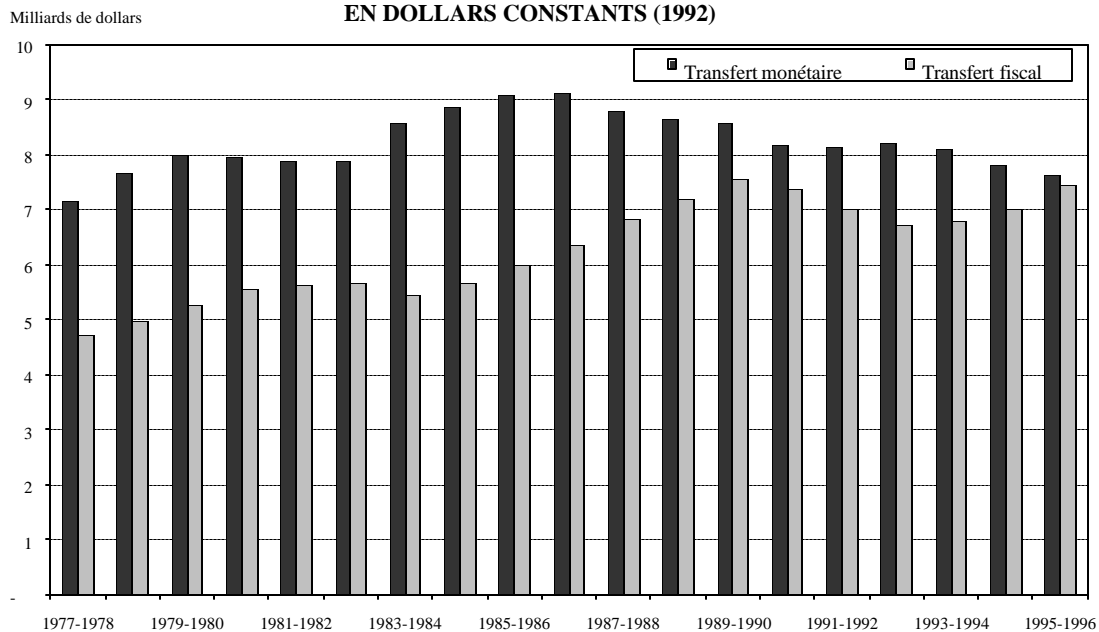
Il était plus difficile, évidemment, d'évaluer spécifiquement la contribution fédérale à chaque programme puisque vous aviez des versements qui couvraient un ensemble de programmes et qu'il n'y avait pas une allocation spécifique comme antérieurement, à l'assurance médicale. [...] Sans aucun doute, il en est résulté une certaine réduction de la visibilité politique de la contribution fédérale¹⁴.

Le graphique 1.2 illustre les voies divergentes suivies par les transferts monétaires et les transferts fiscaux, à la suite des limites imposées au taux de croissance général des droits au titre du FPE. Tandis que les transferts monétaires destinés aux soins de santé ont diminué continuellement entre 1986-1987 et 1995-1996, la valeur des transferts fiscaux a augmenté en

¹³ L'hon. Marc Lalonde (15:7).

termes réels au cours de la première moitié des années 90. Il est devenu clair que, à moyen terme, les contraintes imposées au taux de croissance des droits au titre du FPE destinés aux soins de santé auraient tari les transferts monétaires dans certaines provinces. Nous abordons la distinction entre les transferts monétaires et fiscaux de manière plus approfondie à la section 1.5 plus loin.

GRAPHIQUE 1.2
TRANSFERTS MONÉTAIRES ET FISCAUX AU TITRE DU FPE
EN DOLLARS CONSTANTS (1992)



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

1.4 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Dans le discours du budget de 1995, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il prévoyait fusionner le FPE et le RAPC en un nouveau mécanisme de financement global appelé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui engloberait les transferts destinés aux soins de santé, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Avec l'entrée en vigueur du projet de loi C-76, la mise en œuvre du TCSPS est survenue en 1996-1997. Depuis, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement et les provinces*, qui régit le TCSPS à

¹⁴ *Ibid.*

l'heure actuelle, a fait l'objet de modifications à cinq reprises, au moyen des mesures législatives suivantes : le projet de loi C-31 (1996), le projet de loi C-28 (1998), le projet de loi C-71 (1999), le projet de loi C-32 (2000) et le projet de loi C-45 (2000). Le tableau 1.2 rend compte des diverses mesures législatives ayant eu une incidence sur le TCSPS.

TABLEAU 1.2
BREF HISTORIQUE DU TCSPS

1995	<p>Le budget annonce que, à compter de 1996, le FPE et le RAPC seront remplacés par un mécanisme de financement unique, le TCSPS. Pour 1995-1996 (<u>projet de loi C-76</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la croissance du FPE est fixée au niveau de croissance du PNB moins 3 %; • le RAPC est gelé aux niveaux de 1994-1995 pour toutes les provinces; • les droits au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards pour 1997-1998; • ces droits pour 1996-1997 seront répartis entre les provinces dans la même proportion que le total des droits au titre du FPE et du RAPC pour 1995-1996; • la valeur des transferts en espèces est obtenue de façon résiduelle : elle est égale à la différence entre les transferts des points d'impôt et l'ensemble des droits au titre du TCSPS.
1996	<p>Le budget annonce un mécanisme quinquennal de financement du TCSPS de 1998-1999 à 2002-2003 (<u>projet de loi C-31</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour 1996-1997 et 1997-1998, les droits au titre du TCSPS sont maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars respectivement. Puis, pour 1998-1999 et 1999-2000, ils sont fixés à 25,1 milliards. Pour les trois exercices subséquents, ils augmenteront en fonction d'un facteur de progression, soit la croissance moyenne du PIB au cours des trois années précédentes moins un coefficient prédéterminé (2 % en 2000-2001, 1,5 % en 2001-2002 et 1 % en 2002-2003); • un plancher des transferts en espèces d'au moins 11 milliards de dollars par année est établi; • une nouvelle formule de répartition est mise en place pour tenir compte des différences dans la croissance démographique des provinces et pour réduire de moitié d'ici 2002-2003 les disparités existantes dans le calcul des droits – un premier jalon dans la direction d'une répartition égale par habitant.
1998	<p>Un projet de loi est adopté (<u>C-28</u>), fixant le nouveau plancher des transferts en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars entre 1997-1998 et 2002-2003. Par conséquent, les droits totaux au titre du TCSPS varient directement selon la valeur des points d'impôt et le transfert en espèces n'est plus déterminé de façon résiduelle.</p>
1999	<p>Le budget prévoit une bonification du TCSPS se chiffrant à 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, expressément pour les soins de santé (<u>projet de loi C-71</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • huit milliards de dollars sous forme d'une majoration du TCSPS et 3,5 milliards de dollars sous forme d'un supplément au TCSPS, pour permettre aux provinces et aux territoires de prélever des fonds sur trois ans en fonction de leurs besoins. Le supplément est versé aux provinces selon un montant égal par habitant; • le plancher des transferts en espèces est aboli, la nouvelle législation prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars; de même, le facteur de progression servant à calculer la croissance des droits totaux au titre du TCSPS disparaît, puisque ces derniers ne sont plus fixés par la loi et varient directement selon le montant des transferts en espèces; • la formule de répartition provinciale est modifiée pour que les droits au titre du TCSPS soient calculés sur la base d'un montant égal par habitant d'ici 2001-2002; • la loi prolonge le TCSPS jusqu'en 2003-2004.
2000	<p>Le budget annonce 2,5 milliards de dollars de plus pour le TCSPS afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'enseignement postsecondaire et les soins de santé (<u>projet de loi C-32</u>). Ces crédits sont versés dans un Fonds du supplément du TCSPS, et les provinces et les territoires reçoivent un montant identique par habitant. Les provinces peuvent utiliser leur part du supplément en tout temps, sur</p>

2000	<p>une période de quatre ans (de 2000-2001 à 2003-2004).</p> <p>Le TCSPS est prolongé d'un an, soit jusqu'en 2005-2006, et le montant total des droits à ce titre est porté à 21,1 milliards de dollars sur une période de cinq ans (<u>projet de loi C-45</u>). Les transferts en espèces bonifiés doivent s'appliquer aux trois domaines visés par le TCSPS, dont le développement de la petite enfance, et sont attribués aux provinces de sorte que celles-ci reçoivent la même somme par habitant.</p>
------	---

Source : Ministère des Finances (<http://www.fin.gc.ca/FEDPROVF/hisf.html>) et Bibliothèque du Parlement.

La structure du TCSPS ressemble à celle du FPE, étant donné que le TCSPS comporte à la fois des transferts monétaires et fiscaux. Cependant, contrairement au FPE, le TCSPS prévoyait un plancher pour les transferts monétaires. On a établi le plancher monétaire, d'abord fixé à 11 milliards de dollars puis majoré à 12,5 milliards en 1997-1998, pour s'assurer que la croissance de la valeur des points d'impôt n'éroderait pas le transfert monétaire¹⁵. De nombreux témoins ont signalé que, en créant le TCSPS, le gouvernement fédéral a prévenu l'érosion de sa capacité de veiller à ce que les provinces respectent la *Loi canadienne sur la santé*.

La loi sur le TCSPS précise la manière dont les droits totaux seront répartis entre les provinces. Initialement, on ne calculait pas les droits des provinces sur la base d'un montant par habitant. Avec le projet de loi C-76 (1995), la répartition pour l'année 1996-1997 était fondée uniquement sur la part des transferts obtenue par chaque province dans le cadre du RAPC en 1994-1995 et dans le cadre du FPE en 1995-1996. Puis, avec le projet de loi C-31 (1996), les droits de chaque province pour 1997-1998 étaient basés sur les transferts obtenus dans le cadre des programmes antérieurs, ainsi que sur le ratio entre les croissances démographiques cumulatives de la province et du Canada. De 1998-1999 à 2002-2003, la formule de répartition devait être similaire à celle de 1997-1998, mais en tenant compte de la proportion de la population nationale au sein de chaque province et en appliquant aussi un coefficient de pondération. Cette modification de la formule visait à réduire les écarts entre les provinces en matière de transferts par habitant, sans toutefois verser les mêmes montants par habitant¹⁶.

¹⁵ Le plancher des transferts en espèces au titre du TCSPS a été aboli en 1999, la nouvelle législation (projet de loi C-71) prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars.

¹⁶ La raison principale de ces écarts est la différence du financement attribué dans le cadre du RAPC : les provinces qui recevaient une part supérieure à la moyenne dans le cadre du RAPC ont continué de bénéficier d'une part supérieure à la moyenne dans le cadre du TCSPS.

Avec l'adoption du projet de loi C-71 en 1999, on a modifié encore une fois la méthode de répartition des transferts au titre du TCSPS. La nouvelle méthode permet une répartition moins axée sur la part provinciale initiale (basée sur les programmes précédents du FPE et du RAPC) et reflétant davantage le poids démographique des provinces. Ainsi, les transferts au titre du TCSPS se dirigent progressivement vers une répartition par habitant identique entre les provinces. En fait, il est prévu que, d'ici 2001-2002, toutes les provinces recevront une part égale par habitant des droits au titre du TCSPS.

Cette répartition égale des droits par habitant doit toucher les transferts monétaires et fiscaux, et pas seulement les transferts monétaires. La contribution monétaire fédérale par habitant variera encore d'une province à l'autre. Toutes les provinces qui bénéficient de la péréquation obtiennent, comme dans le passé, une contribution monétaire au titre du TCSPS plus élevée que la moyenne provinciale générale. En effet, ces provinces ont besoin d'une majoration des transferts monétaires fédéraux par habitant pour que leurs droits atteignent la moyenne nationale¹⁷. De leur côté, les provinces plus riches recevront une plus grande part de leur soutien fédéral sous forme de points d'impôt et une part moindre découlant des transferts monétaires.

Par conséquent, si le volet monétaire du TCSPS était attribué sur la base d'un montant identique par habitant, les droits totaux par habitant seraient plus élevés pour les provinces où les revenus sont plus élevés, car leurs points d'impôt produisent des recettes plus importantes. Aux yeux du gouvernement fédéral, des droits totaux par habitant égaux assure un soutien fédéral équitable à toutes les provinces, sans égard aux différences quant aux recettes et aux taux de croissance économique des gouvernements provinciaux¹⁸.

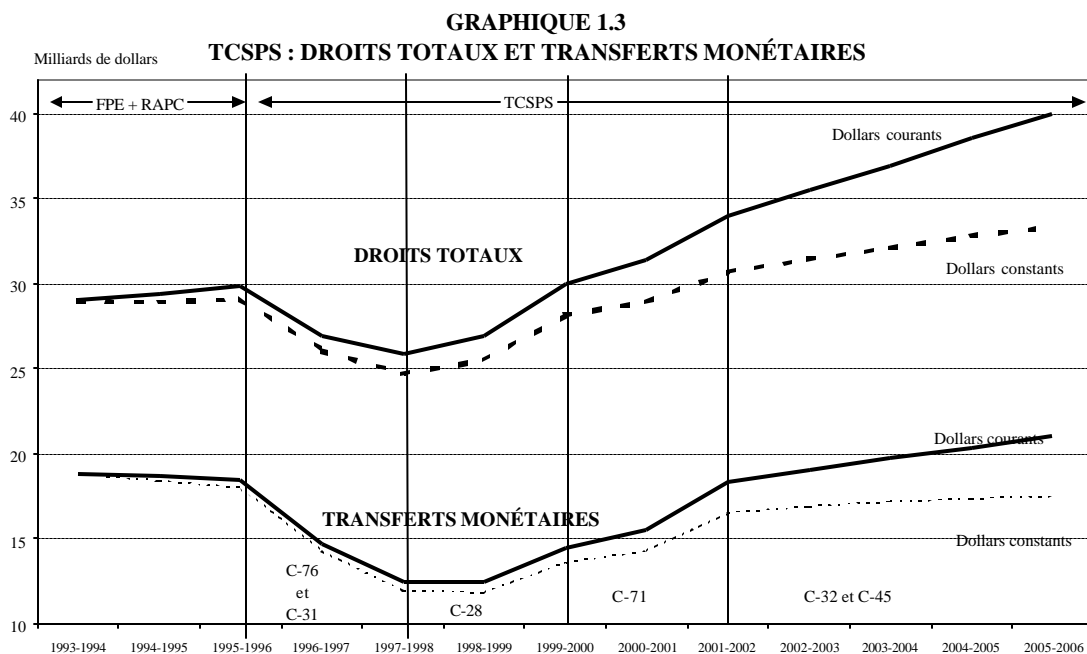
Comme chacun sait, le TCSPS représentait une réduction des paiements en espèces au moment où le gouvernement fédéral réduisait ses dépenses pour résorber le déficit. Toutefois, la valeur des points fiscaux a continué de croître au fur et à mesure que l'économie a progressé.

*Abby Hoffman,
conseillère principale en matière de
politiques,
Santé Canada (13:9).*

¹⁷ Ministère des Finances, *Historique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le 7 juin 2000, p. 3.

¹⁸ *Ibid.*, p. 6.

Comme l'indique le graphique 1.3, l'adoption du projet de loi C-76 (1995) et la mise en œuvre du TCSPS ont entraîné d'importantes réductions des transferts fédéraux aux provinces. De 1995-1996 à 1996-1997, les droits totaux au titre du TCSPS (exprimés en dollars courants) ont diminué de 3,0 milliards de dollars, soit de 10 %. Au cours de la même période, les transferts monétaires ont chuté de manière encore plus marquée, de quelque 3,7 milliards de dollars, soit de 20 %. L'année suivante, l'ensemble des droits au titre du TCSPS a encore reculé de 1,1 milliard de dollars (soit de 5 %), tandis que les transferts monétaires étaient réduits de 2,2 milliards de dollars (soit de 15 %). Les modifications découlant des projets de loi C-28 (1998) et C-71 (1999) ont renversé ces tendances à la baisse pour ce qui est de l'ensemble des droits au titre du TCSPS et du volet des transferts monétaires.



Source: Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.

Nota: La conversion en dollars constants (1993-94) a été faite en utilisant l'indice implicite des dépenses gouvernementales; on a supposé une croissance annuelle de 2% de 2000-01 à 2005-06.

Combinés, les projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) ont donné lieu, quant à eux, à une progression notable de l'ensemble des droits au titre du TCSPS ainsi que des transferts en espèces. Le premier prévoyait l'injection d'un montant supplémentaire s'élevant à 2,5 milliards de dollars, devant être octroyé aux provinces sur la base d'une répartition égale par habitant. Le second a été adopté pour donner suite à une entente fédérale-provinciale en

matière de santé conclue le 11 septembre 2000 à l'issue d'une réunion des premiers ministres; cette entente prévoyait un investissement supplémentaire du fédéral totalisant 21,1 milliards de dollars au titre des transferts monétaires. Elle s'est également traduite par l'octroi de 2,3 milliards de dollars supplémentaires en fonds ciblés pour aider les provinces à acheter du matériel médical (1 milliard de dollars), à améliorer les systèmes d'information à l'appui des services de santé (0,5 milliard de dollars) et à réformer la prestation de soins de première ligne (0,8 milliards de dollars).

On s'attend à ce qu'en dollars courants les droits totaux au chapitre du TCSPS atteignent un nouveau sommet d'environ 31 milliards de dollars en 2000-2001, soit légèrement plus qu'avant les compressions de 1996-1997, et que les transferts monétaires égalent leur record en 2002-2003. Toutefois, en dollars constants (de 1993-1994), l'ensemble des droits ne dépassera son niveau de 1995-1996 qu'en 2002-2003, et les transferts monétaires ne connaîtront jamais plus leur sommet de 1993-1994. Dans le même temps, la valeur des transferts fiscaux au titre du TCSPS continue de croître; de 1997-1998 à 2000-2001, une proportion plus élevée du TCSPS a été assurée sous la forme de transferts fiscaux.

Bien que le gouvernement fédéral ait adopté des mesures en vue de mettre fin aux réductions des paiements de transfert au titre du TCSPS et d'assurer la croissance des transferts (notamment au moyen des projets de loi C-28, C-71, C-32 et C-45), il n'a pas réussi, selon les provinces, à rétablir le volet monétaire aux niveaux antérieurs. À plusieurs reprises, les gouvernements provinciaux ont pressé le fédéral de faire en sorte que les transferts monétaires remontent à leurs niveaux de 1994-1995 et d'inclure un facteur de progression propre à assurer une croissance appropriée du TCSPS. À leurs yeux, il s'agirait d'une grande amélioration en vue de stabiliser et de soutenir le système canadien de soins de santé¹⁹.

¹⁹ Premiers ministres provinciaux et leaders territoriaux, *Lettre au Premier ministre du Canada*, 3 février 2000. On peut consulter la lettre sur le site Internet du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604_f.html. Voir également la déclaration "Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens en matière de santé", 4^e Conférence annuelle des Premiers ministres provinciaux, communiqué de presse du 11 août 2000 (disponible à l'adresse Internet suivante : http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html)

1.5 Transferts de points d'impôt et transferts monétaires

Le gouvernement fédéral et les provinces ne sont pas d'accord sur ce qui constitue la contribution fédérale aux soins de santé, parce qu'ils n'ont pas la même perception des transferts fiscaux. Le gouvernement fédéral estime que les transferts monétaires et fiscaux devraient être considérés comme une seule et même chose puisqu'ils représentent un coût pour le Trésor fédéral et que les deux contribuent aux recettes provinciales. Par conséquent, il inclut le volet fiscal dans son calcul de l'ensemble des droits au chapitre du TCSPS.

Cependant, les provinces ne croient pas qu'il soit légitime de compter la valeur des points d'impôt comme faisant partie du transfert au titre du TCSPS. Elles avancent que les points d'impôt constituent un transfert ponctuel et permanent survenu il y a 23 ans; ces points d'impôt font maintenant partie intégrante de l'espace fiscal des provinces. De plus, elles affirment que durant les deux dernières décennies le gouvernement fédéral a plus que récupéré la marge fiscale qu'il avait cédée en 1977. Aux yeux des provinces :

[...] la méthode fédérale consistant à inclure les points d'impôt a eu pour effet, en particulier au cours des dernières années, de donner l'impression que le transfert au titre du TCSPS est plus important qu'il n'est vraiment et les coupures relatives au TCSPS plus modestes qu'elles ne le sont réellement²⁰.

Durant nos audiences, les témoins ont fait valoir des opinions divergentes sur les transferts fiscaux. Dans son exposé au Comité, l'hon. Monique Bégin a laissé entendre que les points d'impôt devraient être retirés entièrement du calcul du TCSPS et que seul l'argent devrait être transféré aux provinces. À son avis, cette approche aurait pour effet à la fois de préserver le rôle du gouvernement fédéral à l'égard de l'établissement et du maintien des principes nationaux et de permettre aux gouvernements provinciaux de compter sur une contribution stable. Cette suggestion ne

J'écarterais tout simplement les points d'impôt du chemin. Je pense qu'ils empoisonnent tout le système et n'aident à rien. S'il faut dire que c'était une mauvaise mesure politique, soit. C'était une mauvaise mesure politique, mais je continue de croire fermement que c'était la seule solution possible à l'époque. Peut-être auraient-ils dû donner moins de points d'impôt et plus d'espèces.

L'hon. Monique Bégin (16:8)

²⁰ Ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, *Comprendre les coûts du système de soins de santé au Canada*, juin 2000, p. 10.

pourrait être mise en œuvre que si le gouvernement fédéral acceptait de renoncer à recouvrer le coût engagé au moment où il a transféré les points d'impôt aux provinces.

De son côté, l'hon. Marc Lalonde a affirmé que les transferts fiscaux étaient encore une contribution fédérale valide :

Je pense également que la contribution sous forme de points fiscaux ne devrait pas simplement être passée par pertes et profits. Le gouvernement fédéral, à un moment donné, a cédé une part de son assiette fiscale. Cette contribution, à mon avis, existe toujours. Il y a moyen de l'évaluer, d'évaluer la contribution du Parlement fédéral aux programmes provinciaux dans les domaines de la santé et des autres services couverts par le nouveau système, c'est-à-dire l'éducation postsecondaire, la santé et l'assistance sociale²¹.

M. Lalonde a également fait valoir au Comité que les transferts fiscaux étaient, et demeuraient, un compromis raisonnable pour ce qui est de l'intervention fédérale dans un domaine de compétence principalement provincial. En outre, en 1977, ils semblaient le seul moyen de conclure un accord avec toutes les provinces :

En substance, c'était un arrangement politique avec les provinces. Nous avons acheté la paix à un certain prix, cela ne fait pas de doute. [...] L'enjeu était politiquement très important au Québec en particulier, mais les provinces en général se plaignaient de ce que le gouvernement fédéral dépense dans un domaine de compétence provinciale. Nous répliquions que nous nous servions simplement de notre pouvoir de dépense constitutionnel. Il était évident que ces programmes resteraient en place pendant longtemps. Certaines provinces avaient des points fiscaux qui leur rapportaient davantage qu'à d'autres, et les provinces disaient avec insistance qu'elles seraient beaucoup plus rassurées, moins à la merci du gouvernement fédéral, si au moins une partie du transfert prenait la forme de points fiscaux²².

En somme, il n'y a pas de réponse unique à la question de savoir comment comptabiliser les points d'impôt. Keith Banting a fait valoir que les deux points de vue – celui du gouvernement fédéral et celui des provinces – sont valables :

²¹ L'hon. Marc Lalonde (15:13).

²² L'hon. Marc Lalonde (15:10-11).

Il n'existe pas de réponse monolithique à la question de savoir ce qu'est la contribution fédérale au système de soins de santé. Les provinces sont parties du principe que les points d'impôt qui leur sont transférés font simplement partie de leur assiette fiscale et que la contribution fédérale revient simplement à un transfert pécuniaire. Le gouvernement fédéral pour sa part dit pas du tout, cette contribution est composée à la fois du transfert pécuniaire et de la valeur des points d'impôt qui ont été transférés en 1977, majorés selon la croissance de l'économie. Par conséquent, il y a deux réponses à cette question. Les provinces et le gouvernement fédéral ont tous deux raison. Tous deux définissent le système d'une façon différente et, chacun de leur point de vue, ils ont raison²³.

1.6 La contribution fédérale aux soins de santé

Alors, quelle est la contribution fédérale aux soins de santé? Dans le cadre des ententes de partage des coûts de 1957 et de 1966, la part fédérale était d'environ 50 % des services hospitaliers et médicaux admissibles couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. Cela ne correspondait pas à 50 % de tous les coûts des soins de santé publics encourus par les provinces.

Avec la mise en œuvre du FPE, une portion théorique des paiements de transfert était attribuée aux soins de santé. Toutefois, dans le cadre du TCSPS, il n'y a pas d'affectation spécifique aux soins de santé, même pas une affectation théorique. Par conséquent, il est impossible de déterminer exactement combien le gouvernement fédéral consacre aux soins de santé.

Santé Canada a fourni une évaluation de la contribution fédérale aux soins de santé, calculée en supposant la même répartition

Je tiens à dire qu'il est difficile [...] d'établir exactement combien le gouvernement fédéral consacre à la santé, étant donné que le TCSPS laisse une grande marge de manoeuvre. Lorsqu'on calcule la contribution fédérale à la santé en faisant la même répartition entre la santé, l'enseignement postsecondaire et la sécurité sociale que pour le FPE et le Régime d'assistance publique, avant l'entrée en vigueur du TCSPS, chaque fois que les gouvernements [des provinces] consacrent 3 \$ à la santé, le gouvernement fédéral donne 1 \$. C'est actuellement un sujet de discussion, mais il est indéniable que sa part correspond au tiers des dépenses publiques.

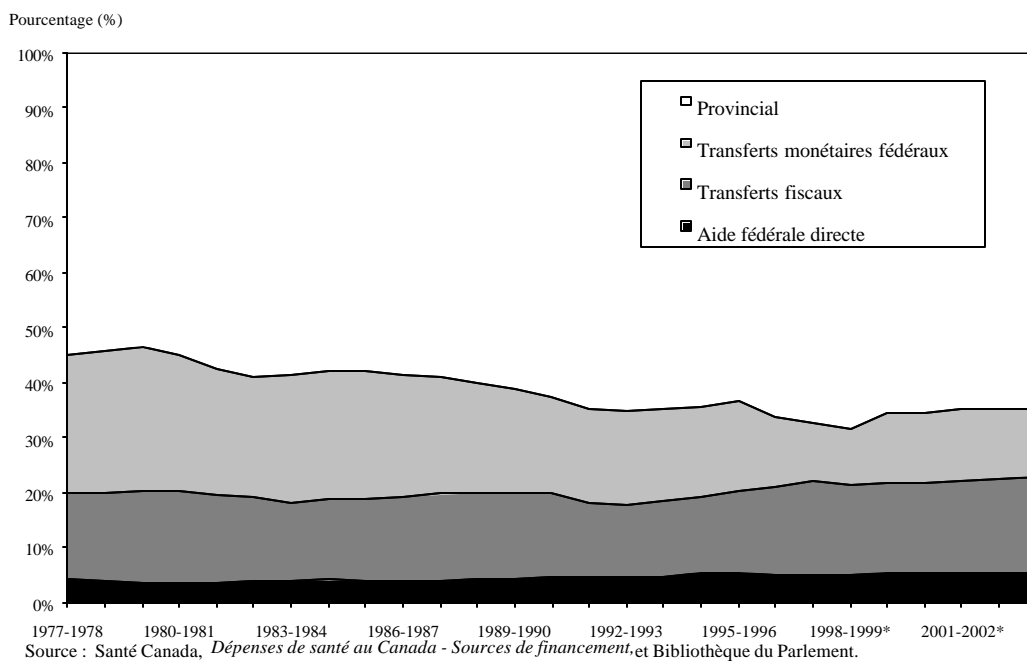
Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:10).

²³ Keith Banting (9:65).

théorique entre soins de santé, éducation postsecondaire et aide sociale qu'à la période précédant le TCSPS, c'est-à-dire au temps du FPE et du RAPC. Cette évaluation a servi à calculer la part fédérale des dépenses des gouvernements provinciaux dans le domaine des soins de santé.

À l'aide de cette information, on a élaboré le graphique 1.4, qui illustre l'évolution des dépenses en soins de santé en fonction de la source de financement, de 1977-1978 à 2003-2004. Les données, fournies par Santé Canada, indiquent que les dépenses en soins de santé provenant des fonds provinciaux en 1999-2000 devraient correspondre à 65 % des dépenses totales en soins de santé faites par le secteur public. Ainsi, la part fédérale pour cette année-là est d'environ 35 %. Si on n'inclut pas les points d'impôt dans la contribution fédérale, alors la proportion des dépenses en soins de santé par les gouvernements provinciaux s'élève à environ 82 %, tandis que l'apport fédéral est de 18 %.

GRAPHIQUE 1.4
SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PAR LE SECTEUR PUBLIC



Les données de Santé Canada indiquent aussi que la part provinciale des dépenses publiques en soins de santé augmente régulièrement depuis la fin des années 70, quelle que soit la

méthode de calcul utilisée. Pendant ce temps, la part fédérale estimative a diminué. La valeur des transferts fiscaux et le financement fédéral direct²⁴ augmentent légèrement, mais la part des transferts monétaires diminue beaucoup. L'investissement fédéral supplémentaire dans les soins de santé découlant du projet de loi C-45 (2000) pourrait toutefois renverser cette tendance à la baisse.

1.7 L'importance de la stabilité du financement fédéral

Selon Tom Kent, les gouvernements fédéraux qui se sont succédés ont, au fil des ans, joué un rôle majeur dans la réduction de l'engagement fédéral à l'égard des soins de santé, en limitant la croissance des paiements de transfert aux provinces ou en les réduisant. Il a déclaré que l'affectation des fonds fédéraux aux soins de santé devrait se faire en rapport avec les coûts provinciaux et qu'un financement fédéral stable assurerait l'uniformité et la cohérence des régimes provinciaux d'assurance-santé :

Pourtant, jusqu'à présent, la principale attaque qu'a dû essuyer l'assurance-santé n'est pas le risque que soit créé un système de soins de santé à deux niveaux, ni M. Klein ni qui que ce soit d'autre. Ce sont les gouvernements fédéraux des dernières années. L'assurance-santé ne se fonde pas que sur des principes visant uniquement les provinces. Elle se fonde sur des principes qui visent aussi le gouvernement fédéral, dont le plus crucial et celui qui veut que le gouvernement fédéral s'engage à partager les coûts des provinces. Depuis 1977, on respecte de moins en moins cet engagement et, en 1995, on en a complètement fait fi. En

J'ai vu dans ma province des coupures radicales et arbitraires et des décisions qui ne tenaient compte que du court terme. Le ministre des Finances voulait avoir un déficit réduit l'année suivante, et on coupait. On a mis les infirmières au Québec à la retraite anticipée. Nous leur avons fait une offre qu'elles ne pouvaient refuser. Maintenant, nous sommes à court d'infirmières. Nous réembauchons celles qui veulent revenir et leur payons des primes conséquentes pour cela. Nous sommes même obligés d'envoyer des gens se faire soigner aux États-Unis, aux frais de l'État. Tout cela était prévisible. Nous savons aujourd'hui quels seront les besoins de la population au cours des prochaines années. Il est incroyable de voir des situations comme celle-ci, et c'est totalement inacceptable. Je comprends pourquoi les Canadiens sont autant indignés et portés à dire : « Que le diable emporte vos deux gouvernements, c'est votre travail de réparer les dégâts, faites-le ».

J'espère que vous recommanderez au gouvernement fédéral, à l'issue de vos délibérations, d'assurer au moins un financement de base stable pour les dix prochaines années.

L'hon. Marc Lalonde (15 :23-24).

²⁴ Le financement fédéral direct désigne les dépenses fédérales directes au titre des soins de santé, soit pour les services de santé dispensés à des groupes particuliers (Autochtones, Forces armées, anciens combattants) et pour la recherche en santé, la promotion de la santé et la protection de la santé.

1997, comme vous le savez, on a modifié la forme de financement qui se fait par le biais d'un transfert fiscal plutôt que par un transfert pécuniaire. Cette formule a ses mérites, mais on a aussi saisi l'occasion pour se fonder non plus sur le coût total des soins de santé de la province, mais plutôt sur le produit intérieur brut. Par la suite, le gouvernement fédéral a décidé unilatéralement d'en tenir de moins en moins compte et, avec le TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, les derniers vestiges de cette formule ont disparu. Le transfert est devenu une somme arbitraire déterminée uniquement en fonction des positions politiques et financières du gouvernement fédéral. La pression politique qui s'est exercée depuis a permis le rétablissement d'une part des sommes qui avait été supprimées, mais le principe de l'engagement du fédéral à partager les coûts n'a pas été rétabli, lui. [...]

Pour le meilleur et pour le pire, la prestation des soins de santé relève des provinces. Il y aura collaboration et il pourrait y avoir uniformité à l'échelle du pays avec l'aide du palier fédéral. Toutefois, ce qui importe, ce n'est pas tant par quelle somme d'argent cette aide se traduira, mais plutôt, si on veut planifier la prestation de soins de santé complets et efficaces, la garantie qu'ils seront financés. Le gouvernement doit assurer sa part du financement s'il tient à ce qu'il y ait des programmes nationaux uniformes, et il importe que la part du fédéral soit calculée en fonction des coûts qu'assument les provinces²⁵.

La plupart des témoins ont convenu de l'importance de transferts fédéraux stables et prévisibles. Toutefois, Guillaume Bissonnette, directeur général de la Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, à Finances Canada, a signalé au Comité qu'il fallait trouver un équilibre judicieux entre le concept de la stabilité du financement et les notions d'adéquation, d'abordabilité et de durabilité :

[...] Je dirais que nous essayons de concilier plusieurs notions contradictoires. Nous devons bien entendu, tenir compte de l'importante notion d'abordabilité. Nous devons également tenir compte de la notion qui en est en quelque sorte le corollaire. Combien est suffisant? Nous devons également tenir compte d'une notion dont on parle souvent dans le contexte de l'environnement et qui est également valable dans ce contexte; il s'agit du concept de durabilité dans le temps ou de stabilité.

Ces deux types de concepts sont, bien entendu, contradictoires. On ne peut pas prendre d'engagements en matière de stabilité. Un engagement est très

²⁵ Tom Kent (13:34-35).

sérieux et, lorsque la situation évolue dans le monde — et personne ne peut contrôler ce qui se passe dans le monde —, on constate qu'il n'est plus possible de le tenir. On ne veut pas prendre d'engagements en ce qui concerne la « suffisance », par exemple, pour constater ensuite qu'on n'a pas les moyens de les respecter; cela est valable pour les deux paliers de gouvernement.

Par conséquent, on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement postsecondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays²⁶.

Durant les audiences du Comité, les témoins ont présenté des points de vue divergents sur le mécanisme qui servirait à offrir davantage de transferts fédéraux pour les soins de santé et les programmes sociaux. Mme Bégin, par exemple, a suggéré qu'il y ait un programme spécifique pour les soins à domicile et les soins primaires. À son avis, cela devrait être mis en œuvre au moyen d'une nouvelle loi parallèle à la *Loi canadienne sur la santé*²⁷.

De son côté, Tom Kent a fait valoir qu'un appui financier distinct ne servirait pas la mise en place d'un système intégré, efficace et coordonné de prestation de soins de santé :

Honnêtement, cela me fait grogner que d'entendre, surtout dans les cercles fédéraux, parler de soutien financier distinct pour les soins à domicile, l'assurance-médicaments ou tout autre sujet qui est le sujet de l'heure. Cela ferait du bruit politiquement, mais cette compartimentalisation des services de soins de santé serait désastreuse. On peut dispenser efficacement des soins de santé de grande qualité en fonction des besoins, mais seulement si, au sein de la collectivité, on sait gérer de façon coordonnée tous les éléments du système de soins de santé. Ce n'est pas en prévoyant des budgets distincts pour chacun de ces éléments qu'on reformera les soins de santé²⁸.

L'hon. Claude Castonguay, ministre de la Santé du Québec dans les années 60, reconnu comme le fondateur de l'assurance-santé dans cette province, croit que le gouvernement fédéral ne devrait pas destiner des fonds à des programmes spécifiques de soins primaires et

²⁶ Guillaume Bissonnette (17:12).

²⁷ L'hon. Monique Bégin (16:5).

de soins à domicile, mais plutôt offrir un financement souple qui permettrait aux provinces d'affecter les sommes selon leurs propres besoins et priorités :

Le gouvernement fédéral [...] a proposé de hausser sa participation financière par le truchement d'un nouveau régime national de soins primaires et de soins à domicile. Les provinces trouvent ce projet à tout le moins inapproprié alors qu'elles sont aux prises avec les multiples problèmes des régimes déjà en place. Elles invoquent avec raison le fait qu'elles connaissent ce qui doit être fait et que ce sont des fonds additionnels dont elles ont le plus besoin. Au lieu du programme qu'il propose, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle tellement plus utile en apportant aux provinces une aide financière de transition. Cette aide aurait pour but de donner aux gouvernements des provinces une marge de manœuvre qui leur permettrait de développer de nouvelles approches et d'apporter à leurs régimes des changements capables de résorber de façon durable la crise actuelle. Au milieu des années 60, le gouvernement fédéral a créé une caisse d'aide à la santé pour permettre à l'ensemble des provinces de mettre en place les ressources et les équipements nécessaires à l'établissement de l'assurance-santé. En s'inspirant de cette initiative fort utile, le gouvernement fédéral pourrait créer une caisse d'aide à la transition pour aider les provinces à apporter les changements nécessaires à leurs régimes respectifs. La création d'une telle caisse, dans laquelle il pourrait verser à tout le moins les sommes qu'il aurait allouées au programme de soins primaires et à domicile, donnerait au gouvernement fédéral un rôle essentiel tout à fait compatible avec sa responsabilité en matière de santé de même que la visibilité qu'il recherche dans ce domaine. Contrairement au programme de soins primaires et de soins à domicile, cette approche comporte l'avantage de ne pas inciter les provinces à hausser de façon permanente le niveau de leurs dépenses en santé alors qu'elles ne sont même pas en mesure de financer adéquatement les régimes en place²⁹.

1.8 La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé

La question de la responsabilité financière a été évoquée à de nombreuses reprises au cours de nos audiences. On a fait valoir au Comité que la notion de responsabilité financière a considérablement évolué au fil des ans :

²⁸ Tom Kent (13:32).

²⁹ L'hon. Claude Castonguay, *Notre système de soins de santé – des changements s'imposent*, mémoire présenté au Comité, p. 3-4.

[...] Je pense que la notion de responsabilité financière a évolué. Alors qu'autrefois on essayait de retrouver la trace de la moindre dépense, on a progressivement opté pour une conception plus moderne de la responsabilité financière fondée sur l'évaluation des résultats.

On pourrait retracer l'histoire de ces transferts depuis la Seconde Guerre mondiale. En fait, on n'a jamais cessé d'essayer d'exiger des preuves de dépenses. Quand on suit l'évolution de la notion de responsabilité financière, on constate que, dans les années 40, le gouvernement fédéral faisait littéralement des inspections dans les hôpitaux provinciaux pour vérifier s'ils étaient conformes à des normes précises.

Dans les années 50, on a adopté une formule un peu plus souple, celle du partage des coûts, en vertu de laquelle nous avons convenu de partager les coûts en ce qui concerne un panier bien précis de services médicaux et hospitaliers.

Avec la création du FPE, nous avons modifié, une fois de plus, la notion de responsabilité financière qui cessait dès lors d'être fondée rigoureusement sur l'utilisation des intrants et leur comparaison. Cette nouvelle forme de responsabilité financière, fondée essentiellement sur un transfert global, s'appuyait sur quelques principes généraux; pour le reste, on comptait sur les provinces.

Depuis l'adoption du contrat social cadre, notre conception de la responsabilité financière est nettement plus axée sur les résultats que sur une justification rigoureuse des dépenses.

D'une certaine façon, on s'intéresse davantage aux extrants qu'aux intrants et notre conception de la responsabilité financière a complètement changé³⁰.

Il est clair que la notion de responsabilité financière a changé de manière radicale au cours des quarante dernières années. Le virage récent de l'évaluation des intrants à l'évaluation des résultats est particulièrement important. Durant la majeure partie du dernier siècle, l'évaluation de l'assurance-santé était basée sur les intrants. Bien que nous sachions comment les fonds destinés aux soins de santé ont été répartis entre les médecins, les établissements, les lits d'hôpitaux, etc., il est étonnant de constater notre ignorance quant au rendement de

³⁰ Guillaume Bissonnette (17: 11).

ces investissements. Nous devons entreprendre de mesurer la qualité du système de soins de santé par ses résultats et non ses intrants. C'est essentiel pour apprendre à dépenser les fonds gouvernementaux plus judicieusement.

Pour ce faire, nous avons besoin de meilleurs renseignements. Les gouvernements seront alors en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet de la gestion, de la prestation et du financement des soins de santé.

La communication de meilleurs renseignements permettra aussi de s'assurer que les gouvernements rendent compte aux Canadiens de leur utilisation des fonds destinés aux soins de santé. À la phase deux de la présente étude, le Comité se penchera sur les questions ayant trait à l'information en matière de santé, notamment la prise de décisions fondées sur des données probantes et axées sur les résultats, ainsi que le rôle possible du gouvernement fédéral dans ce domaine.

CHAPITRE DEUX

PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Le fait que la prestation des soins de santé relève principalement des provinces ne signifie pas l'absence de principes nationaux. Le gouvernement fédéral a toujours associé une série de conditions ou de principes nationaux à sa contribution aux soins de santé, qu'elle soit partagée ou globale.

2.1 Origines de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux* de 1966 incluaient expressément quatre conditions explicites visant les régimes provinciaux d'assurance-santé, soit l'universalité, l'administration publique, l'intégralité et la transférabilité. Toutefois, elles ne comportaient aucune disposition précise interdisant aux provinces de demander une contribution financière aux patients. De plus, étant donné que les contributions fédérales, conformément aux accords de partage des coûts, étaient proportionnelles aux dépenses des gouvernements provinciaux, ces derniers n'avaient rien à gagner de la facturation directe des patients; les recettes provenant de ces frais auraient, en fait, entraîné une réduction de la contribution fédérale. Le mécanisme de réduction implicite a par conséquent dissuadé les provinces d'adopter une forme de frais directs aux patients, comme la surfacturation ou les frais modérateurs.

En 1977-1978, lorsque le FPE a remplacé la formule des coûts partagés, les conditions incluses dans deux lois fédérales concernant les services hospitaliers et les soins médicaux ont été conservées. Toutefois, le mécanisme implicite de réduction des contributions fédérales a été éliminé étant donné que le financement fédéral n'était plus lié aux dépenses des gouvernements provinciaux. Michael Bliss, professeur d'histoire à la l'Université de Toronto, a fait remarquer au Comité que la fin des années 70 et le début des années 80 ont été marqués par une tentative de contrôle des coûts des soins de santé par la limitation des

honoraires des médecins et des budgets des hôpitaux. Globalement, ces mesures ont entraîné la prolifération des frais directs au patient :

Le problème du paiement de cette assurance-santé est rapidement devenu le plus grave problème que rencontraient les ministères de la Santé, au niveau provincial et au niveau fédéral. On s'est tout de suite demandé comment contenir ces frais et tout un éventail d'experts et d'économistes en matière de santé ont tout d'un coup essayé de conseiller les assureurs publics quant à la façon de mettre fin à cette escalade des coûts. Nous nous souvenons de l'époque de stagflation des années 70 lorsque les coûts globaux des programmes sociaux canadiens ont commencé à représenter un fardeau terrible pour les gouvernements. [...] ils ont commencé à limiter les ressources des fournisseurs de soins, des hôpitaux et des médecins afin d'essayer de juguler cette escalade des coûts.

Les fournisseurs ont réagi comme on peut s'y attendre dans ces circonstances : ils ont commencé à rechercher des solutions de rechange. Le régime d'assurance-santé de 1968 était un régime pluraliste qui leur donnait la possibilité d'exercer en dehors du système. Ils pouvaient choisir de ne pas y participer; et ils pouvaient demander des honoraires supplémentaires. Il n'est ainsi pas surprenant que dans les années 70, lorsque les gouvernements provinciaux ont commencé à réduire des tarifs d'honoraires médicaux, de plus en plus de médecins aient décidé de sortir du système. À la fin des années 70 et au début des années 80, on a connu un genre de reprivatisation du système de soins de santé. Beaucoup estimaient que le système public était chiche et voulaient travailler dans le secteur privé où ils avaient plus de liberté, une meilleure protection des revenus et plus de possibilités d'innovation.

Au début des années 80, nous constatons partout au pays de gros problèmes en ce qui concerne l'assurance-santé. Tellement de spécialistes avaient décidé de ne plus y participer, dans de grandes régions du pays, qu'il était impossible d'avoir accès à certains spécialistes tout en étant couvert par l'assurance-santé. C'était particulièrement vrai en obstétrique et gynécologie. La question d'accessibilité est devenue très importante³¹.

En particulier, les honoraires supplémentaires demandés par les médecins étaient autorisés au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. En outre, des frais modérateurs ont été imputés dans des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

³¹ Michael Bliss (13:37-38).

En 1980, dans le cadre d'examen des services de santé, le juge Hall indiquait que les soins de santé au Canada se classaient parmi les meilleurs du monde, mais soulignait toutefois que les frais directs aux patients constituaient une menace au principe d'accès gratuit et universel aux soins de santé partout au pays. En réponse à ces préoccupations, le Parlement a adopté à l'unanimité la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Abby Hoffman a mentionné au Comité que la nouvelle loi combinait et actualisait les conditions énoncées dans les deux lois fédérales de 1957 et 1966 et qu'elle ajoutait l'accessibilité comme cinquième critère. En outre, des restrictions précises ont été ajoutées pour dissuader toute forme de frais directs aux patients et pour donner aux résidents de toutes les provinces l'accès aux soins de santé, peu importe leur capacité de payer :

Le gouvernement a fini par déposer et adopter à l'unanimité la Loi canadienne sur la santé, pour régler un problème qui découle, à mon avis, du FPE..

L'hon. Monique Bégin (16:3).

Plusieurs dispositions importantes de la *Loi canadienne sur la santé* méritent d'être soulignées, notamment le principe de l'universalité pour les services hospitaliers et médicaux ainsi que le renforcement des principes de transférabilité, d'intégralité et de administration publique. Un cinquième critère, l'accessibilité, a été ajouté. Autrement dit, il faut permettre un accès raisonnable aux services assurés et médicaments nécessaires, à des conditions uniformes. De plus, et c'est peut-être le plus important, on a cherché à dissuader le ticket modérateur et la surfacturation. La *Loi canadienne sur la santé* prévoyait que toute province qui autorisait l'imposition d'un ticket modérateur ou une surfacturation pour les services assurés se verrait déduire un montant équivalent de ses paiements de transfert³².

Selon Marc Lalonde, la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en réponse à l'érosion du régime public d'assurance-santé. Elle ne visait pas à accroître la visibilité perdue par le fédéral dans ce secteur en raison de l'arrivée du financement global du FPE :

Pour ce qui est de la loi de 1984, je ne pense pas qu'il se soit agi en rien de récupérer notre visibilité. Elle procédait de la crainte sincère d'une érosion des éléments fondamentaux de l'assurance-santé, par des moyens détournés. Un peu partout nous voyions apparaître la surfacturation et des redevances supplémentaires pour les soins hospitaliers, et il était impératif que le gouvernement fédéral réaffirme les principes fondamentaux inscrits dans la première loi et mette en place des régimes obligeant les provinces à mieux

³² Abby Hoffman (13:11).

rendre compte, au public en général et au gouvernement fédéral, de l'usage qu'elle [faisait] des fonds fédéraux.

Si vous cherchez l'explication de la loi de 1984, elle ne réside pas dans une volonté du gouvernement fédéral de récupérer un peu de la visibilité qu'il a perdue. Il fallait impérativement une loi fédérale pour réaffirmer les principes fondamentaux auxquels le Parlement fédéral était unanimement attaché. Il commençait à y avoir une érosion de ces principes qui, si on ne l'enrayait pas, aurait pu entraîner le démantèlement de tout le système national tel que nous le connaissions³³.

Essentiellement, M. Lalonde a réitéré que le principal objectif de l'assurance-santé consistait, comme l'a mentionné Tom Kent, à éliminer les barrières financières limitant l'accès aux soins de santé :

La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à [...] faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit³⁴.

2.2 Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application

La *Loi canadienne sur la santé* établit cinq critères principaux ou « principes nationaux » : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique. Le tableau 2.1 détaille chacun de ces critères.

Dans son témoignage, Abby Hoffman a donné une description des services de santé visés ou non visés par *Loi canadienne sur la santé*. Elle fait une distinction entre les cinq catégories de services :

- les services assurés;
- les services complémentaires de santé;
- les services additionnels;

³³ L'hon. Marc Lalonde (15:11).

³⁴ Tom Kent (13:30).

- les services non assurés;
- les services désassurés.

TABLEAU 2.1
LES CINQ CRITÈRES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Administration publique : Le régime public d'assurance santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial.

Intégralité : Le régime provincial d'assurance santé doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux et les médecins.

Universalité : Tous les résidents assurés d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime.

Accessibilité : Prévoir un accès satisfaisant des résidents, sans obstacles financiers ou autres, aux services des hôpitaux et des médecins; prévoir une rémunération raisonnable des médecins et le versement de montants raisonnables aux hôpitaux.

Transférabilité : La couverture du régime public d'assurance-santé demeure inchangée lorsqu'un résident déménage ou voyage au Canada ou voyage à l'extérieur du pays (la couverture à l'étranger se limite à celle de la province où réside l'individu).

Source : Santé Canada, Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé – 1998-1999, Ottawa, 1999, p. 2-3. Ce document est accessible sur le site Internet de Santé Canada, à <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/download.htm>.

Le tableau 2.2 présente des exemples pour chaque catégorie de services de santé et indique s'ils sont régis ou non par les cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. De toute évidence, la loi fédérale est très limitée. Elle est centrée sur les services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins.

L'application de la *Loi* est limitée au point que les provinces ne sont pas tenues d'assurer des services de promotion/prévention en santé ou des services non hospitaliers de base faisant appel à des professionnels de la santé comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes ou les psychologues. Les principes nationaux ne s'appliquent pas aux services complémentaires de santé (foyers de soins infirmiers, soins aux adultes en établissement, soins à domicile et soins

ambulatoires). Bien que certaines provinces dispensent certains de ces services additionnels, les Canadiens n'y ont pas un accès universel et égal.

TABLEAU 2.2
CATÉGORIES DE SERVICES DE SANTÉ

Type de services	Exemples de services	Cinq critères de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	Dispositions visant les frais modérateurs et la surfacturation
Services assurés	Tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, qui sont médicalement nécessaires.	S'appliquent	S'appliquent
Services complémentaires de santé	Soins de longue durée et certains aspects des Soins en résidence pour adultes et des soins ambulatoires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services additionnels	Programmes de médicaments sur ordonnance, services de chiropractie, de physiothérapie, services dentaires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services non assurés	Chirurgie plastique, conseils donnés au téléphone par un médecin	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services désassurés	Ablation d'une verrue ou l'extraction d'une dent de sagesse	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas

Source : Abby Hoffman (13:11-12).

De plus, la *Loi canadienne sur la santé* s'applique à un nombre de plus en plus limité de services, car on dispense maintenant moins de services à l'hôpital. Grâce aux nouvelles technologies, les services de santé peuvent être dispensés en clinique externe ou à domicile. Les séjours dans les hôpitaux sont plus courts, et les médicaments permettent parfois d'éviter une chirurgie. Toutefois, lorsque les services et les médicaments sur ordonnance sont fournis à l'extérieur de l'hôpital, ils ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, ils ne sont pas nécessairement dispensés gratuitement aux patients ni nécessairement fournis conformément aux principes d'accessibilité, d'intégralité et d'universalité.

Au fil des années, les provinces ont élargi la gamme des services admissibles au financement gouvernemental, en entier ou en partie. Ces services comprennent, par exemple, les soins dentaires, les soins de la vue et les médicaments sur ordonnance fournis à certains groupes de la population dans quelques provinces, ainsi que certains soins communautaires et soins à domicile. Encore une fois, ces services ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, la gamme des services de santé financés par le gouvernement varie énormément d'une province à l'autre. Abby Hoffman a mentionné au Comité que notre système de soins de santé, dans son ensemble, est de moins en moins uniforme :

C'est une bonne chose que les provinces aient choisi d'élargir la gamme de services. Le problème c'est qu'elles ne l'ont pas fait de façon uniforme et que nous nous retrouvons maintenant avec un régime fragmenté, un ensemble de mesures disparates dans tout le pays³⁵.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* ait réussi à uniformiser le financement public des services des hôpitaux et des médecins dans l'ensemble du pays, il est clair que sa portée limitée a entraîné un manque d'uniformité dans le financement public de l'éventail beaucoup plus vaste de services que les Canadiens aimeraient recevoir, selon toute probabilité, du système de santé public.

2.3 Application des sanctions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*

Les provinces doivent se conformer aux cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour être admissibles au plein montant du financement fédéral. Si elles n'y satisfont pas, l'alinéa 15(1)a) de la *Loi* prévoit une sanction qui peut s'appliquer à la portion monétaire des transferts fédéraux. Le gouverneur en conseil établit le montant de cette sanction financière selon la « gravité » du manquement. Les articles 18 à 21 de la *Loi*, qui énoncent les sanctions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs, stipulent que le gouvernement fédéral peut retenir un dollar de transferts pour chaque dollar imputé sous forme de frais directs aux patients.

³⁵ Abby Hoffman (13:25).

Entre 1984-1985 et 1991-1992, les sanctions pour non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé* ont été appliquées à la portion des transferts du FPE réservés aux soins de santé. Puis, de 1991-1992 à 1995-1996, elles ont été étendues aux autres paiements de transfert parce que le gouvernement fédéral continuait de limiter la croissance des transferts du FPE et son incidence sur les transferts de fonds. On a estimé que la portion des transferts du FPE réservée aux soins de santé dans certaines provinces aurait été nulle en l'an 2000. Sans les transferts de fonds, le gouvernement fédéral n'aurait pas le pouvoir d'appliquer les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les retenues ou déductions supplémentaires n'étaient pas stipulées dans la Loi, mais elles étaient expressément stipulées dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* (paragraphe 23.2(1), 23.2(2) et 23.2(3)). Depuis 1996-1997, les sanctions prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent au volet monétaire du TCSPS.

L'information fournie par Santé Canada³⁶ indique qu'à trois occasions, le gouvernement fédéral a eu recours à des sanctions financières et a réduit ses contributions à certaines provinces qui autorisaient la surfacturation ou imposaient des frais modérateurs. D'abord, il a déduit plus de 246 732 000 dollars des transferts de fonds du FPE à toutes les provinces de 1984-1985 à 1986-1987. Toutefois, il s'est également conformé au paragraphe 20(6) de la *Loi*, en vertu duquel une province pouvait recouvrer ces fonds si elle cessait d'exiger toute forme de frais directs aux patients au cours des trois années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, c'est-à-dire avant le 1^{er} avril 1987. Comme toutes les provinces se sont conformées à la *Loi* dans ce délai, les montants retenus ont été remboursés en totalité.

Ensuite, de 1992-1993 à 1995-1996, le gouvernement fédéral a retenu quelque 2 025 000 dollars en transferts du FPE à la Colombie-Britannique parce que certains médecins de cette province ne participaient pas au régime d'assurance-santé de la province et avaient recours à la surfacturation.

Enfin, depuis 1995-1996, le gouvernement fédéral a imposé des sanctions financières aux provinces qui permettaient aux cliniques privées d'exiger aux patients des frais

d'établissement pour les services médicaux, ayant déterminé que ces frais constituaient des frais modérateurs. Ces sanctions ont été appliquées à quatre provinces. Lorsque les déductions des transferts à l'Alberta ont pris fin en juillet 1996, 3 585 000 dollars au total avaient été déduits des transferts à cette province (voir tableau 2.3). De même, 323 000 dollars ont été déduits des transferts à Terre-Neuve, qui a commencé à se conformer à la *Loi* en janvier 1998. Les sanctions imposées au Manitoba (2 056 000 dollars au total) ont pris fin le 1^{er} février 1999. La Nouvelle-Écosse ne se conforme toujours pas à la *Loi canadienne sur la santé* et se voit imposer des sanctions de l'ordre de 4 780 dollars par mois (au total, 247 750 dollars ont été déduits des transferts à cette province, entre octobre 1996 et janvier 2000).

TABLEAU 2.3
DÉDUCTIONS PAR PROVINCE EN VERTU DE LA LOI
CANADIENNE SUR LA SANTÉ
(en milliers de dollars)

	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000*
Alberta				2 319	1 266			
Colombie-Britannique	83	1 223	676	43				
Île-du-Prince-Édouard								
Manitoba				269	588	587	612	
Nouveau-Brunswick								
Nouvelle-Écosse				32	72	57	39	47,8
Ontario								
Québec								
Saskatchewan								
Terre-Neuve				46	96	128	53	
Total Canada	83	1 223	676	2 709	2 022	772	704	47,8

* Jusqu'à janvier 2000.

Source : Santé Canada, *Deductions by Province Since Passage of the Canada Health Act*, document d'information préparé pour le Comité, section 8, 10 février 2000.

L'hon. Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé qui a déposé la *Loi canadienne sur la santé*, a mentionné que, jusqu'à maintenant, aucune sanction discrétionnaire pour non-conformité aux cinq principes de la *Loi* n'a jamais été imposée, malgré certaines plaintes concernant la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité.

³⁶ Santé Canada, *History of Dispute Resolution under the Canada Health Act*, Document d'information préparé pour le Comité, section 6, 9 février 2000.

2.4 La Loi canadienne sur la santé est-elle encore pertinente?

Quelques témoins ont discuté de la pertinence de la *Loi canadienne sur la santé*. Certains d'entre eux estimaient que la *Loi* devait demeurer inchangée. Par exemple, l'hon. Marc Lalonde a déclaré :

Beaucoup de gens reprochent à la *Loi canadienne sur la santé* des choses qu'elle n'était pas censée faire. La *Loi* n'introduit pas de rigidité. Les cinq critères existaient auparavant. La *Loi canadienne sur la santé* introduit des définitions plus claires, par le biais du règlement ou d'autres façons, pour donner un contenu à ces règles. En ce sens, il y a peut-être un peu de rigidité. Mais je n'hésite pas à dire que le Parlement fédéral doit conserver les cinq critères qu'il a adoptés par le passé. À mon avis, ils restent aussi valides que jamais³⁷.

L'hon. Monique Bégin a mentionné que la *Loi* était très importante pour les Canadiens et qu'elle ne devait pas être remaniée :

La *Loi canadienne sur la santé* s'est animée d'une vie qui lui est propre. Elle jouit maintenant du prestige d'une icône. C'est pourquoi je pense personnellement qu'aucun politicien ne peut rouvrir la *Loi canadienne sur la santé*, ni même l'améliorer, parce que cela déstabiliserait trop la population³⁸.

Toutefois, Mme Bégin a suggéré qu'une nouvelle loi similaire à la *Loi canadienne sur la santé* soit établie pour régir l'utilisation des nouveaux transferts fédéraux. Cette nouvelle loi pourrait inclure des conditions additionnelles, comme la reddition de comptes et la viabilité.

Par contre, d'autres ont soutenu que la *Loi* devrait être révisée. L'hon. Claude Castonguay a souligné que le nouveau régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance mis en place par le gouvernement du Québec en 1996 ne serait pas admissible au financement fédéral en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'il comprend des composantes du secteur privé et du secteur public. Même si tous les citoyens sont couverts, les prestataires doivent payer une prime et une partie du coût de leurs médicaments.

³⁷ L'hon. Marc Lalonde (15:21).

³⁸ L'hon. Monique Bégin (16:5).

2.5 Commentaires du Comité

Dans la présente section, le Comité désire exposer ses réflexions sur les principes nationaux qui sous-tendent le système de soins de santé canadien et ses questions à leur sujet.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Tom Kent a souligné que l'objectif stratégique original du régime public d'assurance-santé consistait à veiller à ce que tous les Canadiens, peu importe leur situation financière ou leur lieu de résidence au Canada, aient accès à tous les services médicalement nécessaires. Nous croyons que cet objectif explique quatre des principes de la *Loi canadienne sur la santé* :

- Le principe d'universalité, qui prévoit que les services de santé doivent être accessibles à tous les Canadiens;
- Le principe de transférabilité, qui prévoit que tous les Canadiens sont couverts, même lorsqu'ils se déplacent d'une province à l'autre;
- Le principe d'intégralité, qui garantit que tous les services médicalement nécessaires sont couverts par l'assurance-santé publique;
- Le principe d'accessibilité, qui prévoit l'élimination de barrières à la prestation des soins de santé, comme les frais modérateurs, afin que les services soient accessibles à tous les Canadiens peu importe leur revenu.

Les quatre principes ci-dessus sont tous axés sur les Canadiens en tant qu'individus. Ils sont axés sur le patient, ce qui est conforme à l'objectif stratégique original du régime d'assurance-santé du Canada. Cependant, ce qui était à l'origine, il y a plus de trente-cinq ans, un régime national de soins de santé ayant le patient pour pivot est devenu un système national bien plus restreint, centré davantage sur le mécanisme de prestation (hôpitaux et médecins) que sur la totalité des besoins du patient en matière de santé. La vaste majorité des commentaires des autorités publiques sur le sujet passent sous silence cette distinction, bien que celle-ci soit fondamentale pour la conception des futures politiques publiques dans le domaine.

Qui plus est, le dernier principe de la *Loi canadienne sur la santé*, le principe d'administration publique, est d'une toute autre nature. Il ne met pas l'accent sur le patient, mais plutôt sur les moyens de réaliser les objectifs visés par les quatre autres principes. À notre avis, cette distinction entre finalités et moyens explique une bonne partie du débat actuel entourant la

Loi canadienne sur la santé et le système de soins de santé canadien. Les gens qui sont tout à fait d'accord avec les objectifs d'une politique gouvernementale peuvent néanmoins être en profond désaccord quant aux moyens utilisés pour réaliser ces objectifs.

Le récent débat concernant le projet de loi 11 de l'Alberta illustre bien cette situation. Cette loi permet aux établissements de santé privés et à but lucratif d'entrer en concurrence avec les hôpitaux financés par l'État pour certaines interventions chirurgicales mineures. Le gouvernement de l'Alberta est d'avis que la sous-traitance de services à ces établissements peut en améliorer l'accès, réduire les listes d'attente et les délais et augmenter l'efficacité des services en réduisant la demande touchant les hôpitaux financés par l'État. Les opposants à cette loi croient que ces objectifs seraient mieux réalisés par l'augmentation du niveau de financement des hôpitaux publics.

À la phase trois de l'étude, le Comité examinera les moyens que les autres pays ont utilisés pour atteindre les objectifs de la couverture universelle et intégrale des soins de santé. Cette démarche servira à mieux comprendre le système canadien de soins de santé et à évaluer les options pour bâtir un système durable.

Les principes d'intégralité et d'accessibilité sont interreliés. En effet, ils concernent l'essence des questions cruciales de déterminer quels services « médicalement nécessaires » sont couverts par l'assurance-santé publique et comment ces services doivent être payés. Ces questions ouvrent le débat sur la rentabilité et la viabilité.

Déterminer quels services doivent être considérés comme « médicalement nécessaires » constitue une tâche difficile. La plupart des Canadiens conviendraient que les traitements cardiaques assurant la survie du patient sont médicalement nécessaires. La plupart des Canadiens conviendraient également que, le plus souvent, la chirurgie plastique n'est pas médicalement nécessaire. La difficulté réside plutôt dans les services qui se situent entre ces deux extrêmes. Par exemple, presque tout le monde considère les médicaments essentiels au maintien de la vie comme étant « médicalement nécessaires », même s'ils ne sont pas administrés par un hôpital et donc ne répondent pas au critère de la nécessité médicale prévu

par la *Loi canadienne sur la santé*. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de Canadiens ont malheureusement de la difficulté à s'acheter chaque mois les médicaments jugés « médicalement nécessaires » qu'on leur prescrit.

Évidemment, plus on inclut de services dans la définition de « médicalement nécessaire », plus le système de soins de santé devient coûteux. Pourtant, à mesure qu'apparaissent des services et produits « médicalement nécessaires » fournis hors du cadre traditionnel de l'hôpital, il devient de plus en plus manifeste qu'il faut élargir la définition de la nécessité médicale si le Canada désire demeurer fidèle à l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*. Une telle démarche soulève cependant la question du paiement des services et de la prévention de coûts exorbitants.

Par exemple, des frais modérateurs modestes pourraient-ils constituer un moyen efficace de réduire l'utilisation superflue du système de soins de santé, comme certaines personnes l'ont proposé? Ou bien les frais modérateurs auraient-ils une incidence démesurément négative sur les patients à faible revenu, les empêchant de demander les services dont ils ont vraiment besoin (ce qui violerait le principe d'accessibilité)? Ou encore, les Canadiens ayant un revenu élevé devraient-ils payer une partie des coûts des soins qu'ils occasionnent au système grâce, par exemple, à une certaine forme de majoration de l'impôt sur le revenu?

Tom Kent a indiqué au Comité qu'il s'agissait en fait de la vision originale de l'assurance-santé adoptée par le Parti libéral :

Si l'on considère l'histoire, lorsque le rassemblement libéral de 1961 a tellement engagé le Parti libéral dans le sens d'un système de soins de santé public, c'était à une condition. Que les coûts que devait ainsi encourir un citoyen dans le régime fiscal lui seraient imputés directement. La valeur des services obtenus grâce à l'assurance-santé publique entrerait dans la déclaration aux fins d'impôt, dans certaines limites, de sorte que cela ne deviendrait jamais trop pour un particulier ou une famille et que les gens qui payaient peu ou pas d'impôts n'auraient rien à payer pour les services de

santé qu'ils recevaient mais que ceux qui avaient un revenu relativement important, payaient de lourds impôts, paieraient quelque chose³⁹.

Si cette méthode de financement était éventuellement utilisée, les Canadiens devraient-ils pouvoir acheter une assurance privée pour couvrir les coûts éventuels? La question se pose.

Un grand problème de l'assurance-santé est que les principes économiques classiques ne s'y appliquent pas parfaitement. Parce que la plupart des factures sont remboursées par l'assurance, les gens se préoccupent peu du coût des soins. De plus, ils n'ont aucun moyen d'évaluer la qualité des services qu'ils reçoivent. Par dessus tout, pour la plupart, la santé n'a pas de prix; ils veulent obtenir les meilleures techniques et actes médicaux à n'importe quel prix, ce qui crée un casse-tête pour les dirigeants politiques. D'une part, les électeurs n'accepteront pas le rationnement des services. D'autre part, ni les politiciens ni leurs électeurs ne veulent payer les impôts plus élevés qu'exigent des services illimités.

La détermination précise des services qui doivent être couverts par le gouvernement et de ceux qui doivent être payés par les individus, partiellement ou en totalité, directement ou au moyen d'une assurance privée, nécessite une discussion en profondeur. Bien que les questions cruciales soient difficiles et que le simple fait de les poser suscite l'inquiétude chez certains Canadiens, elles doivent néanmoins faire l'objet d'un débat public sérieux. Le Comité, par le biais des rapports qui découleront de la présente étude, espère servir de tribune pour ce débat.

Il n'est désormais plus possible pour les Canadiens de faire abstraction des questions de savoir quels services doivent être couverts par leur régime d'assurance-santé et comment ces services doivent être payés, en invoquant simplement les principes louables de l'intégralité et de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces termes, même s'ils représentent des principes très importants pour tous les Canadiens, ne suffisent désormais plus pour permettre au gouvernement et aux Canadiens d'éviter les décisions pratiques qui doivent être prises en ce qui concerne notre système de soins de santé. Dans les parties suivantes de son

³⁹ Tom Kent (13:40).

étude, le Comité décrira les options pour régler ces questions et pour examiner les opinions et les attentes des Canadiens concernant leur système de soins de santé.

CHAPITRE TROIS

ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Pour de nombreux Canadiens, le système de soins de santé est l'une des caractéristiques qui définit le pays dans lequel ils vivent et qui symbolise les valeurs sociétales qui y sont privilégiées. Ils chérissent leur régime public d'assurance-santé pour ce qu'il est et pour les valeurs qu'il représente : risque partagé, compassion, équité et responsabilité commune. Toutefois, un nombre croissant de Canadiens craignent que leur système de soins de santé perde ces qualités. En effet, nombre d'entre eux croient que le système de soins de santé au Canada n'est plus aussi bon qu'il l'était en raison de la réduction des dépenses gouvernementales dans le domaine des soins de santé, des listes d'attente plus longues pour une consultation médicale et une intervention, et du départ d'un certain nombre de médecins et d'infirmières pour les États-Unis. Ils s'attendent également à ce que les coûts liés aux soins de santé continuent d'augmenter, en particulier en ce qui a trait aux médicaments délivrés sur ordonnance et aux nouvelles technologies médicales.

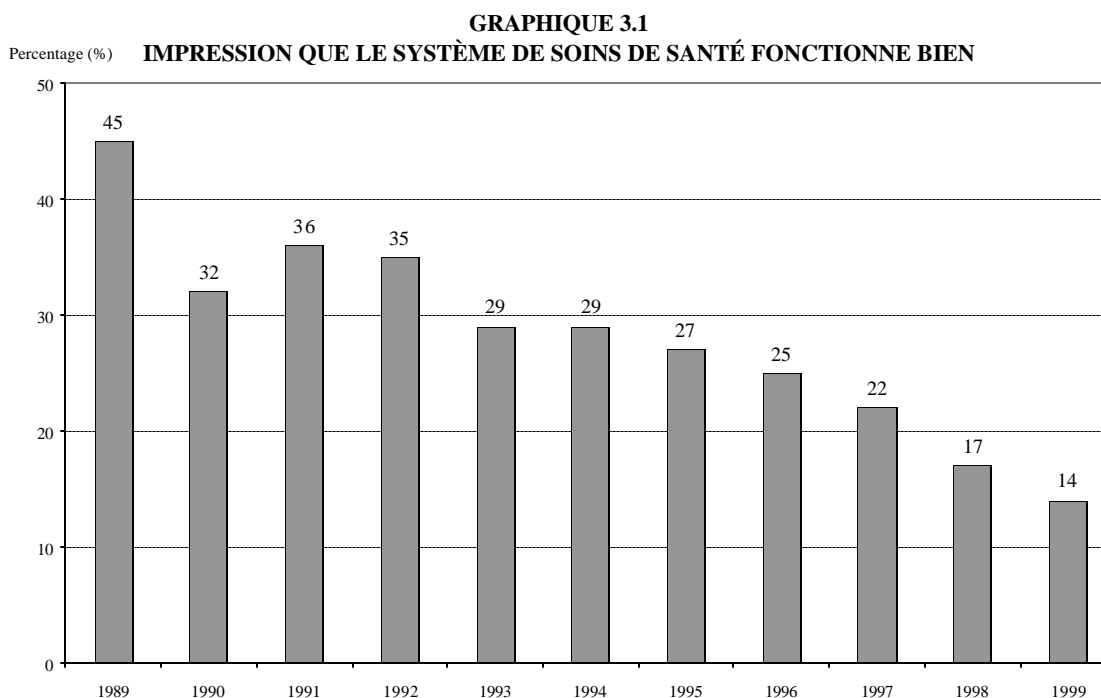
Il y a un certain lien entre l'universalité du système de soins de santé et les valeurs canadiennes fortes que sont l'égalitarisme et la générosité... Notre système de soins de santé est un puissant symbole des valeurs de notre société.

*Chris Baker, v.-p., Environics Research Group
(9:30 et 9:33).*

Pour concevoir des politiques qui tiennent compte des valeurs et des perceptions de la population, il est crucial de chercher à comprendre ces dernières. C'est pourquoi le Comité a invité des sondeurs canadiens à fournir plus d'information sur les attitudes passées et présentes du public, ainsi que sur ses attentes, à l'égard du système de soins de santé. Nous reconnaissons que divers sondages et enquêtes ont posé différentes questions et employé différentes techniques et que, en conséquence, les résultats ne sont peut-être pas directement comparables. Il est intéressant de noter, cependant, que nous trouvons une grande cohérence et des tendances similaires à long terme dans les résultats des sondages présentés au Comité.

3.1 Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale

La confiance que les Canadiens accordent à leur système de soins de santé a chuté d'une façon significative au cours de la dernière décennie. Selon un sondage réalisé par Goldfarb Consultants, 45 % des Canadiens estimaient, en 1989, que leur système de soins de santé fonctionnait bien, contre seulement 14 % en 1999 (voir graphique 3.1). De même, le sondage effectué par Environics suggère que le niveau de satisfaction des Canadiens à l'égard du système de soins de santé a diminué énormément pendant les années 90. En fait, on s'entend de plus en plus pour dire que notre système de soins de santé éprouve des difficultés.



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 6.

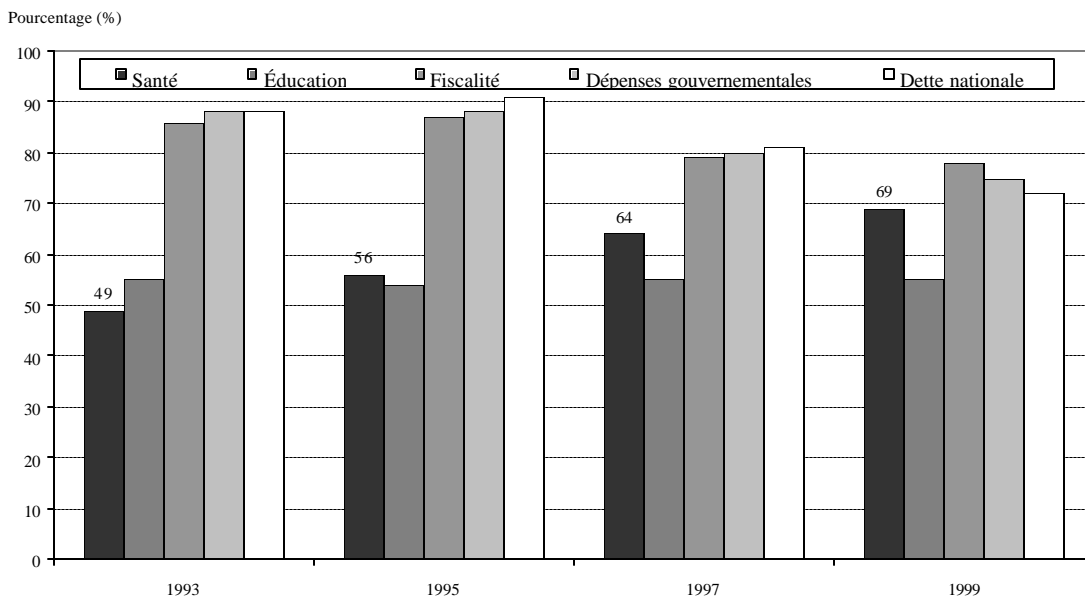
Au regard de la politique gouvernementale, les données tirées du sondage de Goldfarb indiquent que les Canadiens sont de plus en plus préoccupés par les soins de santé (voir

La fiscalité et l'endettement n'ont pas totalement disparu de la liste des préoccupations, ce sont des sujets qui sont encore bien présents à l'esprit de la population, mais la santé devient une préoccupation primordiale.

*Scott Evans, consultant principal en statistique,
Goldfarb (9:36)*

graphique 3.2). Au début des années 90, les Canadiens étaient surtout préoccupés par les dépenses gouvernementales, la dette et les impôts. Bien que la fiscalité soit demeurée une préoccupation majeure en matière de politique gouvernementale en 1999, les soins de santé étaient perçus comme l'un des problèmes les plus importants auquel fait face le Canada. À cet égard, on constate cependant des écarts sur le plan démographique. Par exemple, en 1999, les femmes étaient davantage préoccupées par les soins de santé, tandis que les hommes l'étaient davantage par la fiscalité. De même, les Canadiens âgés se disaient plus préoccupés par la situation du système de soins de santé que ce n'était le cas pour les jeunes.

GRAPHIQUE 3.2
POLITIQUE GOUVERNEMENTALE : ÉVOLUTION DES PRÉOCCUPATIONS



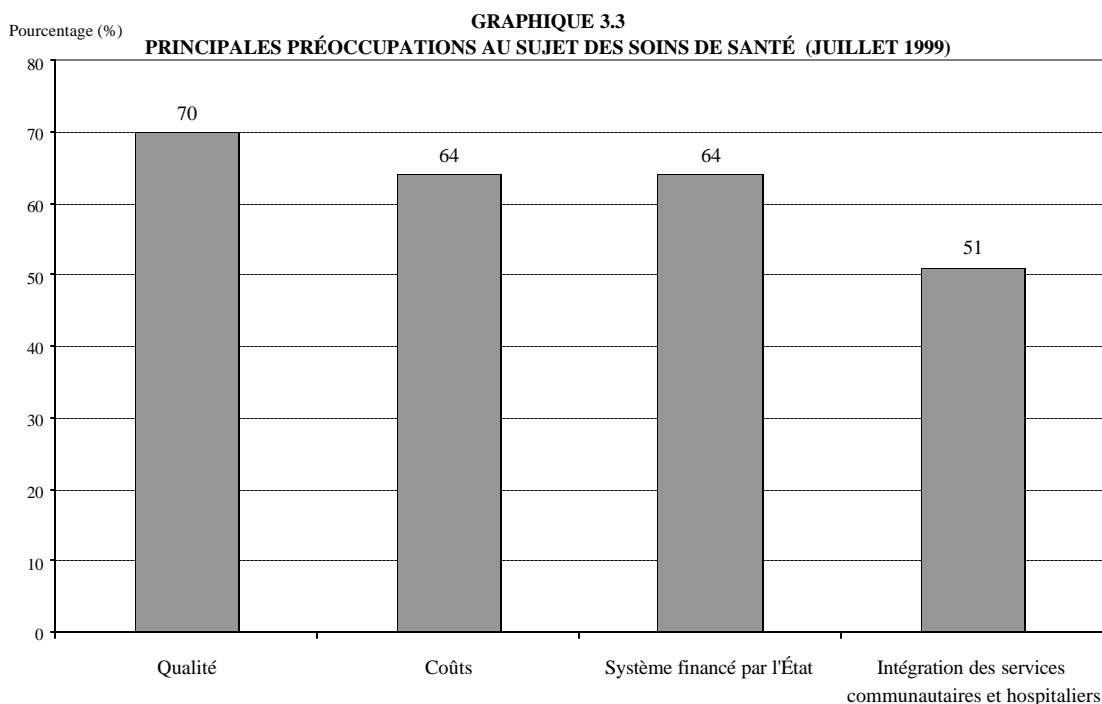
Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 13.

3.2 Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé

Selon le sondage réalisé par Environics, la qualité semble être le facteur de préoccupation le plus important. Environ 70 % des Canadiens se disaient très préoccupés par la qualité des soins de santé en 1999 (voir graphique 3.3). Les coûts liés aux soins de santé et le maintien d'un système de soins de santé subventionné par l'État étaient tous les deux perçus comme

des facteurs très importants mais secondaires (64 %). Environ 51 % des Canadiens déclaraient être très préoccupés par l'intégration des services communautaires et hospitaliers. Pendant les audiences, on a fait observer que les coûts et l'aide gouvernementale accordée au système de soins de santé suscitent moins d'inquiétudes depuis 1994, mais que la qualité des soins de santé est demeurée un sujet d'inquiétude important⁴⁰.

En outre, Chris Baker a expliqué qu'il existe dans l'esprit des Canadiens un lien très étroit entre la qualité et l'accessibilité des soins (voir graphique 3.4). À son avis, la population



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 23.

canadienne s'opposerait fortement à toute mesure qui aurait pour effet de restreindre l'accès aux soins de santé⁴¹.

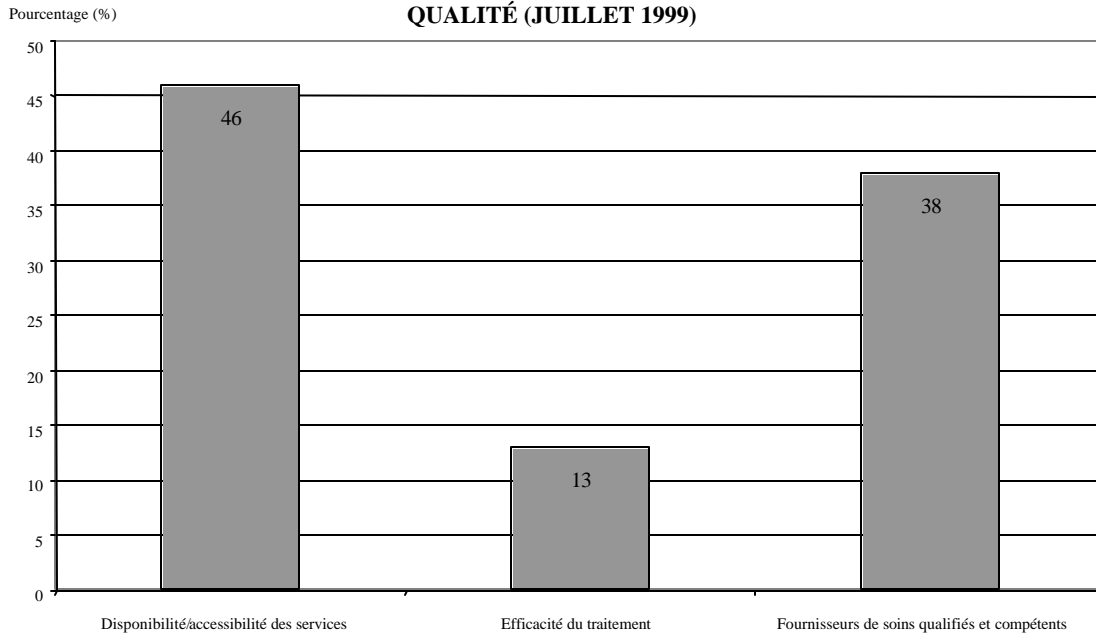
L'accès aux soins de santé et la disponibilité de ces soins sont les principaux domaines de préoccupation, et les Canadiens s'opposent énergiquement à toute mesure visant à limiter cet accès.

Chris Baker, v.-p., Environics Research Group (9 :33)

⁴⁰ Chris Baker (9:31-32).

⁴¹ Chris Baker (9:32).

GRAPHIQUE 3.4
ASPECT QUI DÉFINIT LE MIEUX UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE
QUALITÉ (JUILLET 1999)

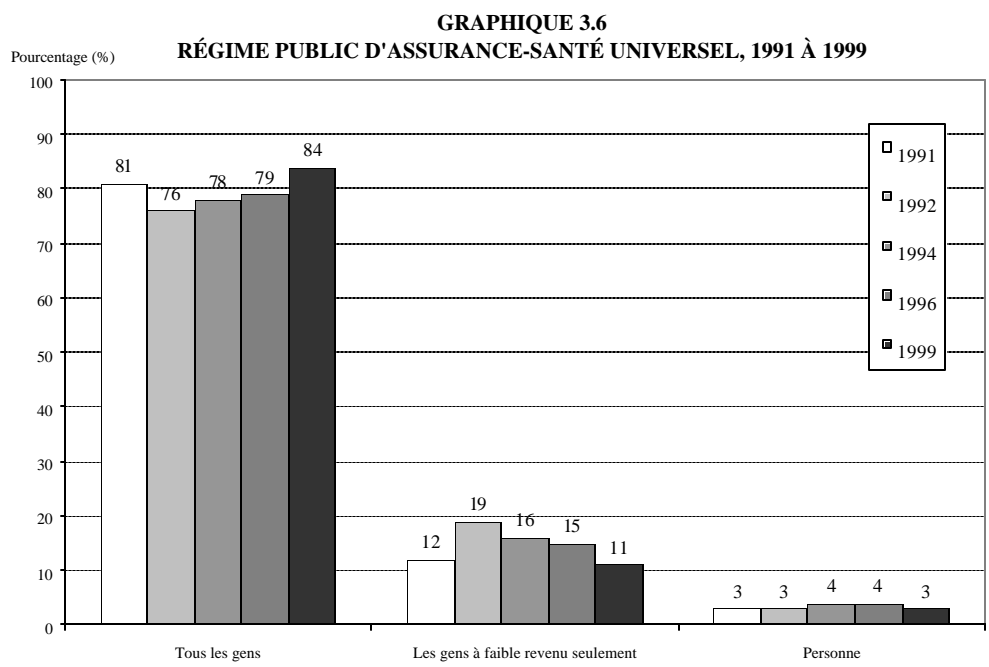
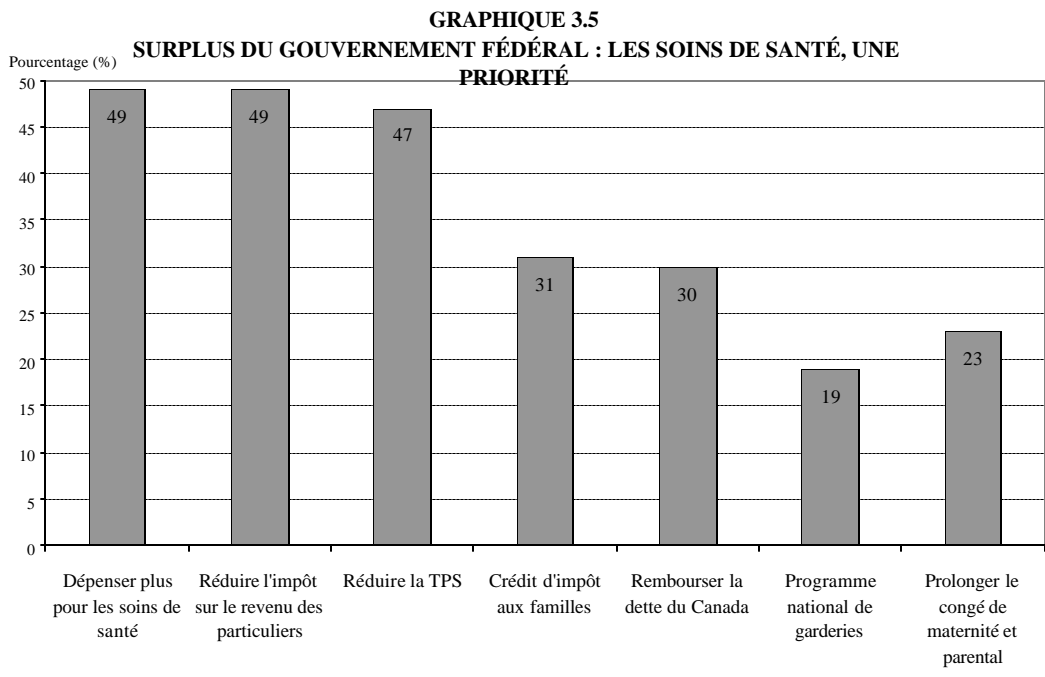


Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 26.

3.3 Les soins de santé constituent une priorité

L'une des questions posées dans le cadre du sondage réalisé par Goldfarb en 1999 portait sur l'utilisation la plus souhaitable de l'excédent budgétaire fédéral. Bien que les Canadiens attachent beaucoup d'importance à la réduction de l'impôt sur le revenu des particuliers, le réinvestissement dans les soins de santé est tout aussi impératif (graphique 3.5). Pour les Canadiens, l'universalité est une valeur fondamentale. En fait, le taux d'appui à un régime d'assurance-santé universel, accessible à tous, peu importe la situation économique des gens, est passé de 81 % à 84 % entre 1991 et 1999 (graphique 3.6).

Lorsque l'on questionne les Canadiens sur les priorités en matière de dépenses de santé, ils affichent une préférence marquée pour l'infrastructure concrète et les activités de recherche. Les activités communautaires sont jugées secondaires, et les activités perçues comme éloignées des soins de première ligne sont jugées les moins prioritaires au regard d'un nouveau financement des soins de santé.



Quelque 78 % des Canadiens considèrent que le maintien des lits d'hôpitaux est hautement prioritaire, suivi du financement de la recherche axée sur la santé des femmes et de la technologie médicale. Les initiatives portant sur la santé de la population, bien qu'elles procurent des avantages à long terme, ne peuvent contrebalancer, dans l'esprit des gens, le caractère d'urgence qui est associé à de nouveaux lits d'hôpitaux ou au diagnostic effectué à l'aide d'une technologie ou de matériel thérapeutique de pointe. M. Baker a donné l'explication suivante :

Cela est dû, à mon avis, à un certain caractère immédiat de nos inquiétudes au sujet du régime de soins de santé... Les lits d'hôpitaux et les équipements de haute technologie offrent des avantages immédiats, alors que des initiatives axées sur les communautés et la santé populaire sont perçues comme des activités à plus long terme. Parce qu'ils sont très inquiets, les Canadiens mettent surtout l'accent sur les activités qui offriront des avantages immédiats plutôt qu'à long terme⁴².

Abby Hoffman, de Santé Canada, a exprimé un point de vue semblable :

[...] lorsque les gens ont l'impression que les soins de santé et les traitements sont vulnérables, ils hésitent un peu, avec raison, à ce que l'on consacre davantage d'efforts, peut-être même davantage de ressources, à la prévention et à la promotion de la santé publique, de la santé de la population, à ce genre d'activités⁴³.

Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a prévenu que les solutions à court terme atténuent peut-être les craintes des Canadiens au sujet de leur système de soins de santé, mais que les solutions à long terme sont plus avantageuses. Il a donné l'exemple suivant :

Si on met 100 millions de dollars sur la mise à niveau du système de protection-santé de l'Ontario, cela n'apporte pas la guérison à court terme à un patient. Cependant, si on annonce l'expansion des services d'urgence de six hôpitaux communautaires du sud-ouest de l'Ontario, ça pourrait

⁴² Chris Baker (9:32).

⁴³ Abby Hoffman (13:27).

[rapporter] pas mal de [votes]. C'est là que se trouve le compromis, à mon avis⁴⁴.

Selon lui, il faudra beaucoup de courage de la part des politiciens fédéraux et provinciaux pour investir là où cela rapportera le plus d'avantages à long terme.

3.4 Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux

Selon les résultats des sondages de Environics et de Goldfarb, les Canadiens attendent des deux ordres de gouvernement qu'ils fassent leur part respective pour réinvestir dans les soins de santé. Les résultats de ces sondages

La population est moins satisfaite du régime et critique la façon dont les deux ordres de gouvernement s'acquittent de leur tâche dans ce domaine. Elle souhaite que les gouvernements cessent de lutter entre eux dans le domaine des soins de santé et commencent à collaborer.

*Chris Baker, v.-p., Environics Research Group
(9:33).*

révèlent également que les Canadiens attribuent une faible note aux gouvernements fédéral et provinciaux quant à leur gestion des questions touchant les soins de santé. En outre, les Canadiens s'impatientent devant l'attitude des gouvernements qui rejettent la responsabilité sur les autres. Ils sont davantage intéressés par des résultats positifs et la collaboration intergouvernementale. À ce propos, comme l'a souligné Scott Evans :

Les Canadiens commencent également à en avoir assez de la bisbille entre les deux ordres de gouvernement. Quand on leur demande comment ils conçoivent les relations fédérales-provinciales, ils ne semblent pas comprendre pourquoi les deux ordres de gouvernement semblent ne pas vouloir ou ne pas pouvoir s'entendre sur ce qui doit être fait. Les Canadiens semblent perdre patience⁴⁵.

⁴⁴ Graham Scott (20:13).

⁴⁵ Scott Evans (9:38).

3.5 Forte adhésion aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*

Un examen des sondages, enquêtes et rapports des dix dernières années effectué par le Conference Board du Canada révèle que les Canadiens adhèrent toujours aussi fortement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les principes auxquels ils tiennent le plus sont l'universalité et l'accessibilité, tandis que l'administration publique est celui qui suscite le moins d'enthousiasme (voir tableau 3.1).

TABLEAU 3.1
LES PRINCIPES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ
SONT “TRÈS IMPORTANTS” (POURCENTAGE)

	1991	1994	1995	1999
Universalité	93	85	89	89
Accessibilité	85	77	82	81
Transférabilité	89	78	81	79
Intégralité	88	73	80	80
Administration publique	76	63	64	59

Source : Conference Board du Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 octobre 2000, p. 11.

Malgré tout, de nombreux Canadiens estiment que, sauf en ce qui concerne l'universalité, le système de soins de santé ne respecte pas les principes d'un régime public d'assurance-santé. Selon le Conference Board, cela est loin d'être surprenant, étant donné que nombre des services auxquels font appel les Canadiens ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*.⁴⁶

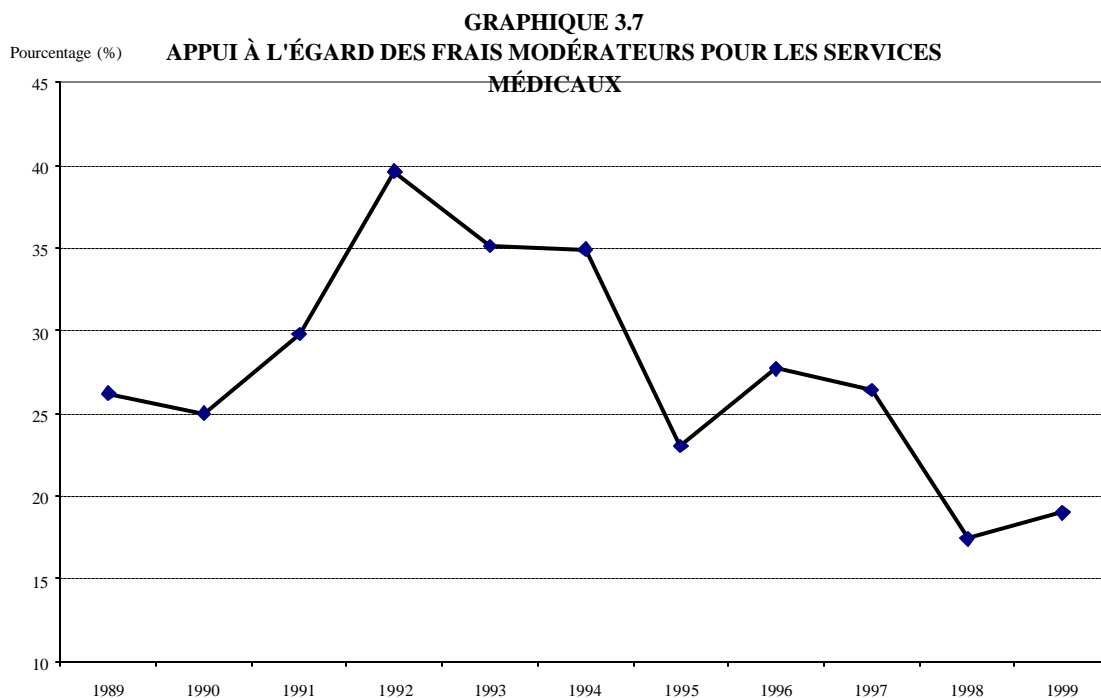
3.6 Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés

Les sondages indiquent une opposition grandissante aux mesures financières qui limiteraient l'accès aux soins de santé. Selon Goldfarb Consultants, l'appui à l'égard des frais modérateurs dans les cas de consultations médicales, qui était à la hausse entre 1989 et 1992, a décliné depuis (voir graphique 3.7). De même, le sondage de Environics révèle que seule une minorité de Canadiens (31 %) estiment que les cliniques privées représentent une bonne

⁴⁶ Conference Board du Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 octobre 2000, p.12.

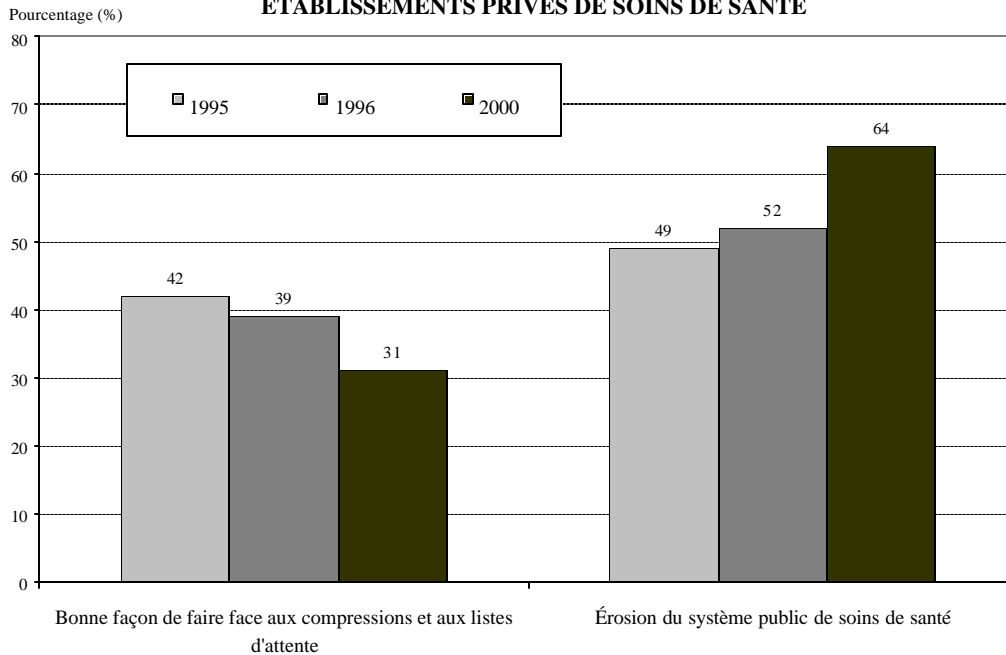
façon de réduire les listes d'attente. En outre, la population craint de plus en plus le fait que la mise sur pied d'établissements de santé privés n'entraîne une érosion du système de soins de santé subventionné par l'État (graphique 3.8).

L'examen des sondages et enquêtes mené en 2000 par le Conference Board du Canada a révélé que les diverses possibilités de privatisation gagnent davantage l'appui de la population lorsqu'elles sont présentées comme moyen de préserver le régime public de soins de santé, soit en améliorant l'efficacité, soit en assurant à tous le même accès à des services de grande qualité. Par exemple, les frais modérateurs suscitent des réactions qui varient selon les circonstances; ils sont davantage acceptés lorsqu'ils sont présentés comme moyen d'accroître l'efficacité du système sans empêcher quiconque d'avoir accès à des services nécessaires. De même, la population est davantage en faveur des établissements privés, selon le rapport du Conference Board, lorsque le système public est incapable de fournir les services nécessaires que lorsque ces établissements permettent aux personnes qui en ont les moyens d'obtenir des services plus rapides ou meilleurs.



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 20.

GRAPHIQUE 3.8
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SOINS DE SANTÉ



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 45.

3.7 Commentaires du Comité

La raison qui explique cette baisse de confiance de la population à l'égard du système de soins de santé canadien demeure sujette à débat. Selon Scott Evans :

La restructuration financière du régime de soins de santé, et la réaction des médias et de divers groupes de militants, sont des facteurs qui ont tous contribué à ce manque général de confiance⁴⁷.

Dans le même ordre d'idées, le Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mentionnait ce qui suit :

[...] Ces changements et la baisse des budgets ont manifestement provoqué beaucoup de stress dans le système. [...] Par exemple, la confiance du public a considérablement baissé. Nous montrons très bien dans ce rapport que

⁴⁷ Scott Evans (9:34-35).

certains services sont moins accessibles, comme les salles d'urgence et certains services de spécialistes. Comme cela a beaucoup retenu l'attention des médias, la confiance du public a considérablement diminué⁴⁸.

Même si les compressions des dépenses publiques sont souvent considérées comme ayant beaucoup contribué au recul de la confiance du public à l'égard du régime de soins de santé, on ignore toujours si les nouvelles injections de fonds dans les transferts fédéraux au titre du TCSPS faisant suite à l'adoption des projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) suffiront à rétablir cette confiance. Le Comité s'est cependant fait dire qu'on ne doit pas confondre le manque de confiance à l'égard du système de soins de santé avec le rendement réel de celui-ci. En fait, lorsqu'on interroge les clients sur la qualité des soins de santé qu'ils reçoivent, ils sont généralement satisfaits :

[...] quand on pose la question aux gens qui ont réellement reçu des soins, ils expriment des niveaux de satisfaction très élevés. Cela démontre que les gens qui dispensent les soins, les médecins et les infirmières, ont maintenu des niveaux de rendement très élevés malgré tous ces facteurs de stress. Les mesures du rendement dont nous disposons montrent de bons résultats. C'est une dichotomie intéressante qui apparaît constamment chaque fois que l'on fait des enquêtes de ce genre⁴⁹.

Sholom Glouberman, directeur du Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, soutient que l'enjeu majeur consiste donc à mettre au point des stratégies qui rétabliront la confiance de la population dans le système de soins de santé canadien :

On a tendance à confondre le rendement réel du système de soins de santé et le manque de confiance du public. Devant ce manque de confiance on réagit souvent en affectant davantage de ressources au système. Cela ne règle pas le problème, car c'est un problème de confiance. Il s'agit de voir quelles sont les stratégies à utiliser pour accroître la confiance du public dans le système de soins de santé. Cela dépend en partie de l'information. Il faut également garantir que le système de soins de santé sera là lorsque les gens en auront besoin. Cela joue un grand rôle dans le débat⁵⁰.

⁴⁸ Dr. John S. Millar (14:35).

⁴⁹ Dr. John S. Millar (14:35).

⁵⁰ Sholom Glouberman (9:18-19).

Voici l'un des défis actuels auquel fait face le système de soins de santé canadien :

Pour conclure, l'opinion publique connaît actuellement des fluctuations intéressantes. Il est possible de faire accepter la légitimité de différentes approches du régime de soins de santé qui pourront rétablir la confiance de la population dans le régime⁵¹.

L'opinion et les attentes du public sont essentielles dans l'examen du système de soins de santé canadien. Dans la phase deux de son étude, le Comité se penchera sur la question des attentes croissantes, dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une incidence significative sur les décisions gouvernementales à venir, notamment sur le type de services de santé qui doit être assuré, sur la catégorie de personnes admissibles à des soins de santé subventionnés par l'État et sur la façon d'obtenir l'argent pour payer les services.

⁵¹ Scott Evans (9:37).

CHAPITRE QUATRE

TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

Le présent chapitre a pour but de présenter un examen factuel détaillé des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé au Canada. Le chapitre est divisé en six sections. La première section décrit les tendances historiques des dépenses totales de soins de santé. La section 2 aborde les tendances des dépenses des secteurs public et privé. La section 3 présente de façon détaillée les tendances par catégorie de dépenses. La section 4 donne une brève comparaison entre les dépenses du Canada et les dépenses internationales en matière de soins de santé. La section 5 aborde les dépenses des provinces dans ce secteur et la section 6 résume les facteurs influant sur les coûts des soins de santé. Le chapitre est fondé sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁵².

Les données sur les dépenses de soins de santé présentées par l'ICIS et l'OCDE comprennent les éléments suivants : hôpitaux, autres établissements (notamment les établissements de soins pour bénéficiaires internes), médecins, autres professionnels de la santé (chiropraticiens, physiothérapeutes, opticiens, etc.), médicaments (prescrits ou non), immobilisations, santé publique (incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies), recherche médicale et fournitures et appareils médicaux personnels. Cette définition est conforme à la définition générale des soins de santé présentée par le Comité dans l'introduction du présent rapport.

Comme nous le constaterons dans les sections suivantes, il existe différentes façons de mesurer les dépenses de soins de santé au Canada. L'interprétation du niveau des dépenses de santé et de leurs tendances est fonction de la façon dont nous mesurons les dépenses.

[...] nous dépensons moins que nous ne le croyons, bien moins que la portion des fonds publics que consacrent la plupart des autres pays aux soins de santé. Je vous dirai également que la quote-part du gouvernement fédéral dans les dépenses au titre des soins de santé est bien supérieure à ce que les provinces veulent bien nous faire croire.

*Raisa Deber, professeure,
University of Toronto (8:3).*

⁵² ICIS, *Dépenses nationales de santé - Tendances*, Ottawa, 15 décembre 1999 (1975-1999) et 11 décembre 2000 (1975-2000), et OCDE, *Éco-santé OCDE*, CD-ROM, Paris, 1999 et 2000.

4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000

Le graphique 4.1 décrit l'évolution de l'ensemble des dépenses de soins de santé au Canada au cours des 25 dernières années. Exprimées en dollars courants (trait gras), elles ont augmenté d'une façon soutenue, passant de 12,2 milliards de dollars en 1975 à 95,1 milliards en 2000. La croissance des dépenses de soins de santé en termes nominaux a affiché des taux à deux chiffres dans les années 70 et au début des années 80, mais a diminué considérablement vers des taux à un chiffre à la fin des années 80 et durant les années 90⁵³. Abby Hoffman, de Santé Canada, a mentionné ceci au Comité :

Il faut interpréter avec prudence la portée et l'importance de ce ralentissement étant donné que les chiffres peuvent être trompeurs. Il faut tenir compte du niveau d'inflation beaucoup plus élevé qui existait dans les années 70 et au début des années 80 par rapport à la fin des années 80 et aux années 90, ainsi que du niveau actuel qui est très bas⁵⁴.

Le trait fin du graphique 4.1 représente les dépenses de santé totales corrigées en fonction de l'inflation et converties en dollars constants de 1992⁵⁵. Même après correction de l'incidence de l'inflation, ce qui permet de mesurer les taux de croissance réelle, les dépenses de soins de santé ont augmenté sans arrêt entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les taux de croissance réels durant la période de 1975 à 2000 étaient beaucoup plus bas, variant entre moins de 1 % et 5 %⁵⁶.

Selon l'ICIS, la progression soutenue que connaissent depuis quatre ans les dépenses en soins de santé tient essentiellement aux nouveaux investissements des gouvernements à ce chapitre.

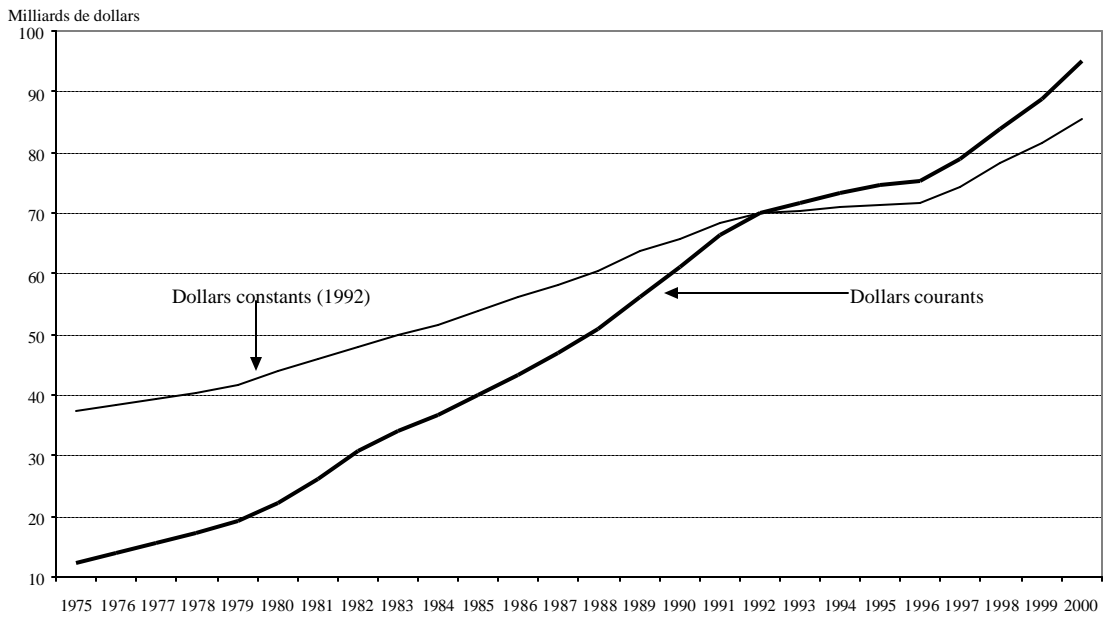
⁵³ Plus précisément, les dépenses de santé totales ont augmenté à un taux annuel moyen de 11,1 % au cours de la période de 1975 à 1991. Puis elles ont connu une baisse importante, jusqu'à un taux annuel moyen de 2,6 % entre 1991 et 1996. Le taux annuel moyen devrait atteindre 6,0 % entre 1996 et 2000.

⁵⁴ Abby Hoffman (13:8).

⁵⁵ Les données sont habituellement corrigées en fonction de l'inflation au moyen d'un indice implicite des prix du PIB (l'indice de 1992 égale 100).

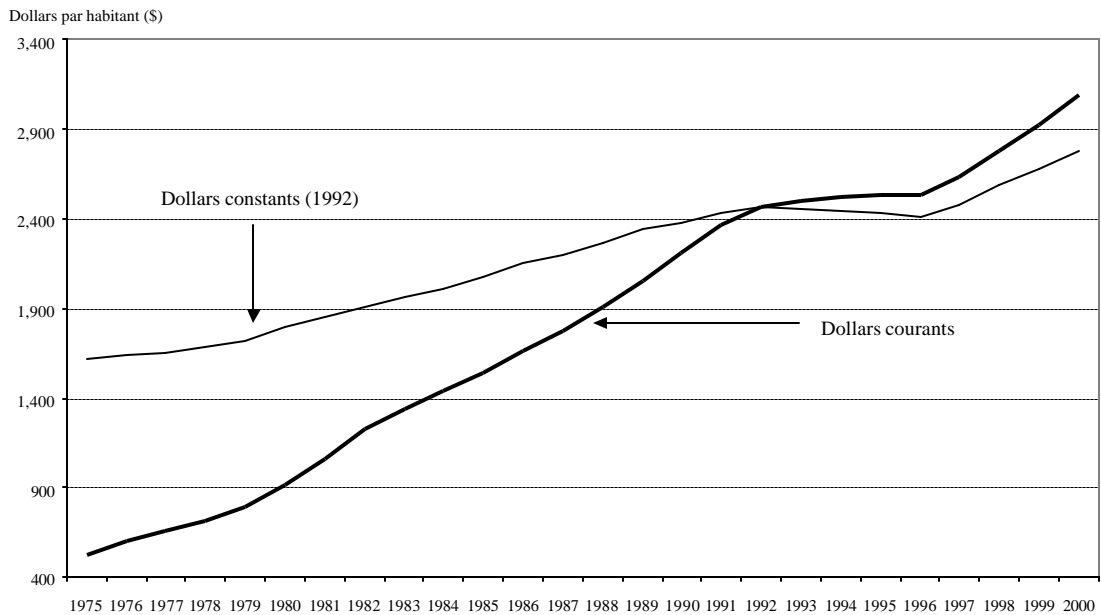
⁵⁶ Les taux de croissance réels s'établissaient en moyenne à 3,8 % entre 1975 et 1991, à 1,0 % entre 1991 et 1996 et à 4,6 % entre 1996 et 2000.

GRAPHIQUE 4.1
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 4.2
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Certains témoins qui ont parlé devant le Comité ont dit qu'afin d'interpréter adéquatement les tendances des dépenses de soins de santé, les données devraient également être corrigées en fonction de la taille de la population. Les dépenses de soins de santé par habitant figurent au graphique 4.2.

Le trait fin, qui représente les dépenses par habitant corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population, indique que les dépenses de soins de santé au Canada ont augmenté entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les dépenses réelles par habitant ont légèrement diminué entre 1992 et 1996. Cette tendance s'est inversée en 1997, et le taux de croissance annuel réel des dépenses par habitant devrait s'établir en moyenne à 3,6 % entre 1997 et 2000.

GRAPHIQUE 4.3
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA, EN % DU PIB



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Une autre façon de mesurer les montants affectés à la santé au Canada consiste à exprimer les dépenses de soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)⁵⁷. Cet indicateur, appelé « ratio des soins de santé au PIB », indique dans quelle mesure le Canada

⁵⁷ Comme nous l'expliquons au chapitre 1, le PIB mesure la valeur de tous les produits, services et investissements dans un pays durant une année.

consacre des ressources productives aux soins de santé. En 1975 (voir graphique 4.3), les dépenses de soins de santé au Canada constituaient 7,0 % du PIB. Le pourcentage a augmenté durant la majeure partie des années 70 et 80, pour atteindre le sommet de 10 % en 1992. Puis, le ratio des soins de santé au PIB a diminué continuellement entre 1992 et 1996, pour atteindre 9,0 %. La dernière prévision de l'ICIS indique que cette tendance s'est inversée : la part du PIB consacrée aux soins de santé a grimpé jusqu'à 9,3 % en 1998, niveau auquel elle est demeurée en 1999 et en 2000.

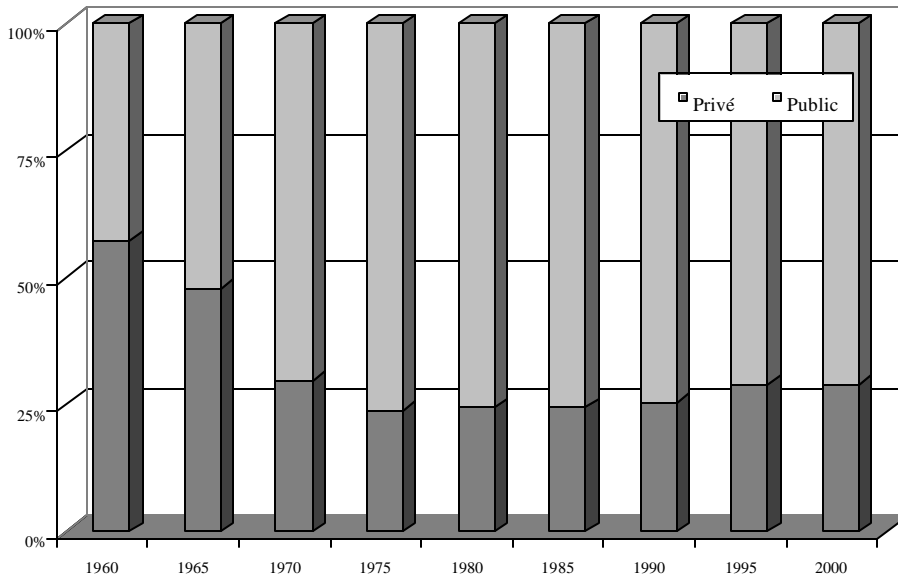
4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé

Bien que le secteur public soit la principale source de financement des soins de santé au Canada, ce n'était pas le cas il y a quarante ans, lorsque le secteur privé assumait plus de la moitié des dépenses de soins de santé⁵⁸. Le graphique 4.4 présente des renseignements sur les sources de financement des soins de santé au Canada. En 1960, le financement du secteur privé représentait plus de 57 % des dépenses de soins de santé totales. Au cours de la décennie suivante, avec l'avènement des régimes universels d'assurance-santé dans les provinces, les taux de croissance des dépenses de soins de santé assumées par le secteur public ont augmenté beaucoup plus que ceux du financement privé. En conséquence, la part du secteur privé a chuté. En 1975, la part du secteur public avait atteint plus de 76 %, alors que celle du secteur privé s'établissait à 24 %.

Entre 1975 et 1985, les parts du secteur privé et du secteur public sont demeurées relativement stables. Puis les gouvernements ont commencé à rationaliser le financement des hôpitaux et des services de médecins et ont mis en œuvre des mesures visant à accroître l'efficacité du système de soins de santé. Ces mesures ont entraîné une stabilisation des dépenses gouvernementales. Au même moment, la part du secteur privé a commencé à augmenter et, en 1997, elle a atteint 30 %, son plus haut niveau enregistré depuis 1970. Elle a légèrement reculé ces dernières années, pour se fixer à 29 % en 2000. Cette année-là, la part du secteur public a représenté 71 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé.

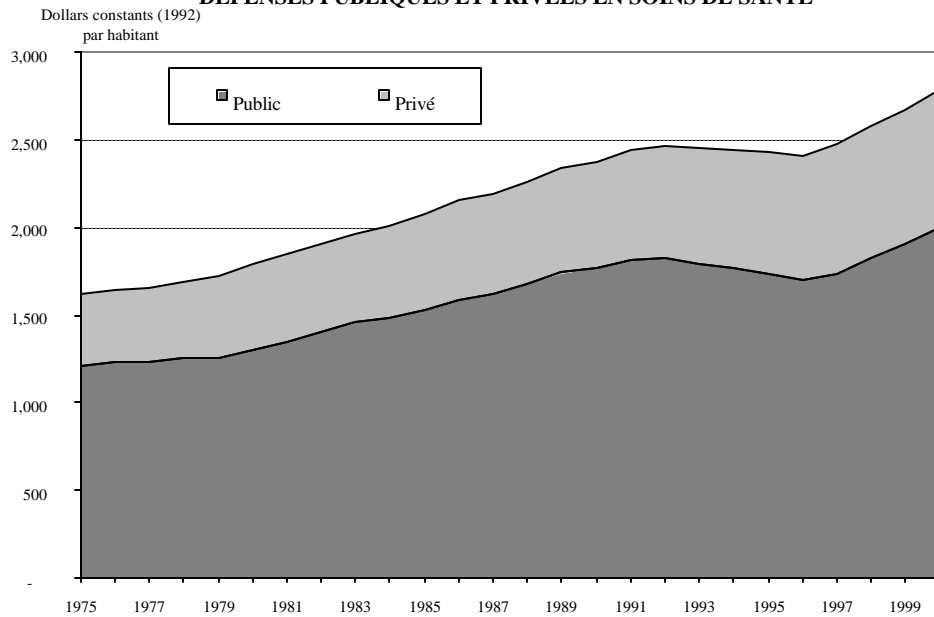
⁵⁸ Le secteur public désigne les divers ordres de gouvernement. Les dépenses du secteur privé consistent principalement en des frais directs payés personnellement par les individus et des dépenses couvertes par des

GRAPHIQUE 4.4
PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ



Source : Vern Hicks (1999), ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 4.5
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES EN SOINS DE SANTÉ



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

compagnies d'assurance. Les dépenses des commissions des accidents du travail sont comprises dans les dépenses publiques de soins de santé.

Encore une fois, il est utile d'examiner les tendances lorsque les dépenses sont corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population. Le graphique 4.5 montre que les dépenses du secteur public par habitant, exprimées en dollars constants, ont augmenté continuellement de 1975 à 1992. Entre 1992 et 1996, les dépenses de soins de santé par habitant assumées par le secteur public ont diminué en termes réels. Autrement dit, la croissance des dépenses publiques en soins de santé n'a suivi ni la croissance économique ni la croissance démographique. Cette tendance à la baisse s'est inversée en 1997 et, en 1998, les dépenses publiques de soins de santé par habitant, en dollars constants, ont retrouvé leur sommet de 1992. Elles ont affiché une progression en termes réels de 4,4 % en 1999 et de 4,8 % en 2000 :

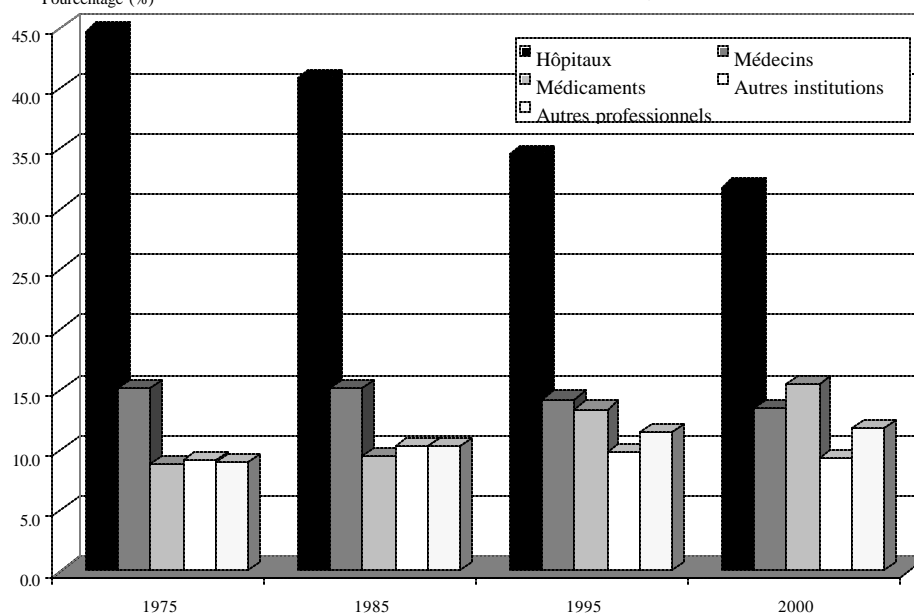
Si on rajuste les dépenses en fonction de l'inflation en général et de l'augmentation de la population, le ralentissement des dépenses publiques et même leur baisse au milieu des années 90 apparaît plus clairement. Autrement dit, le milieu des années 90 est certainement une période où les dépenses publiques au chapitre de la santé n'ont pas suivi le même rythme que le taux d'inflation, même s'il a été faible, ou que la croissance démographique. Toutefois, lorsque ces dépenses ont augmenté à la fin des années 90, elles ont regagné le sommet atteint au début des années 90 sur le plan des dépenses réelles par habitant, même si l'on tient compte de la croissance démographique et de l'augmentation générale des prix⁵⁹.

4.3 Catégories de dépenses

En 2000, le Canada a dépensé 30,2 milliards de dollars pour les soins hospitaliers. Les soins hospitaliers constituent la plus importante catégorie de dépenses de soins de santé, représentant 31,8 % du total de ces dépenses en 2000. La part du total des dépenses de soins de santé affectées aux hôpitaux a suivi une courbe descendante au cours des 25 dernières années, partant d'un sommet de 45,0 %, atteint en 1976 (voir graphique 4.6).

Les dépenses en services de médecins ont totalisé près de 12,8 milliards de dollars en 2000, soit 13,5 % du total des dépenses de soins de santé. Entre 1975 et 1985, la part des dépenses totales de soins de santé consacrée aux services de médecins est demeurée relativement constante. Elle a diminué légèrement entre 1985 et 2000.

GRAPHIQUE 4.6
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ PAR CATÉGORIE, CERTAINES ANNÉES



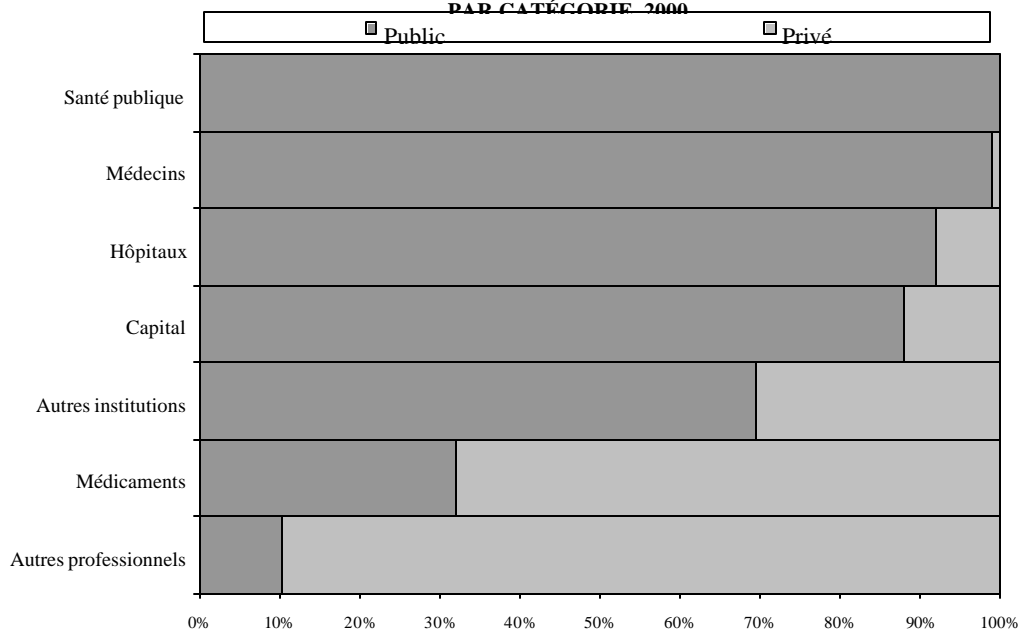
Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Depuis 1997, les dépenses affectées aux médicaments constituent la deuxième catégorie de dépenses de soins de santé en importance, dépassant les dépenses liées aux services de médecins. La part des dépenses totales de soins de santé affectée aux médicaments a augmenté continuellement au cours des 25 dernières années, passant de 8,8 % en 1975 à 9,5 % en 1985, à 13,4 % en 1995, puis à 15,5 % en 2000.

La répartition des dépenses publiques par catégorie va de 100 % pour la santé publique à 10 % pour les professionnels de la santé autres que les médecins (voir graphique 4.7). Plus de 70 % des dépenses dans toutes les catégories, sauf les médicaments et les autres professionnels, sont payées par l'État. Le secteur public assume 91 % environ des dépenses totales au chapitre des hôpitaux et un peu moins de 99 % des dépenses totales au titre des services de médecins. Les dépenses de soins de santé du secteur privé au Canada touchent surtout les médicaments, les services dentaires, les soins de la vue et les soins à domicile, c'est-à-dire des services qui, pour la plupart, ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*.

⁵⁹ Abby Hoffman (13:8).

GRAPHIQUE 4.7
PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ,
PAR CATÉGORIE 2000



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

4.4 Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales constituent une autre façon d'évaluer notre système de soins de santé. En fait, elles sont essentielles pour mieux comprendre le volume des dépenses et les facteurs qui ont entraîné leur augmentation, en vue de déterminer la taille optimale du secteur des soins de santé. Différents indicateurs des dépenses de soins de santé peuvent être utilisés pour comparer les pays. Comme la professeure Deber l'a souligné durant son exposé devant le Comité, il est important de définir précisément ce qui est mesuré par chaque indicateur, car le rang du Canada change selon l'indicateur utilisé pour mesurer les dépenses de soins de santé.

Trois types d'indicateurs sont utilisés couramment pour comparer le niveau des dépenses de soins de santé dans les différents pays. Le plus connu est le ratio des dépenses de soins de santé au PIB, qui mesure la part de l'économie d'un pays consacrée aux soins de santé.

Comme le montre le tableau 4.1, en 1998, le Canada se classait quatrième (9,5 %) parmi les pays de l'OCDE, après les États-Unis (13,6 %), l'Allemagne (10,6 %) et la Suisse (10,4 %), quant au ratio des dépenses totales de soins de santé au PIB. La Turquie vient au dernier rang. Le Japon, quant à lui, avec une proportion relativement faible (7,2 %), se classe 18^e. En moyenne, les pays de l'OCDE ont consacré 7,9 % de leur PIB aux soins de santé. Cet indicateur révèle que le Canada a consacré, toutes proportions gardées, plus d'argent aux soins de santé que la moyenne pour l'OCDE en 1998 et qu'il se trouve parmi les pays qui dépensent le plus dans ce domaine.

Les « dépenses nominales par habitant » constituent un autre indicateur international courant; cet indicateur convertit les devises nationales en une devise commune (habituellement le dollar américain) et les divise par la population. Cet indicateur est par conséquent corrigé en fonction de la taille de la population. La troisième colonne du tableau 4.1 indique que les dépenses de soins de santé du Canada en 1998 s'élevaient à 1 828 dollars américains par habitant. Selon cette mesure, le Canada tombe au 14^e rang, loin derrière les États-Unis (4 178 dollars, en 1^{re} place), la Suisse (3 834 dollars, en 2^e place), la Norvège (2 836 dollars, en 3^e place) et l'Allemagne (2 769 \$, en 4^e place). Les dépenses de soins de santé du Canada étaient comparables à celles de la Suède, des Pays-Bas et de la Finlande. En comparaison, le Japon s'est classé au 9^e rang, avec 2 283 dollars américains par habitant. Selon cet indicateur, le Canada se situe dans la moyenne de l'OCDE et ne fait pas partie des pays qui ont dépensé le plus en soins de santé. Les résultats du Japon sont moins reluisants : alors qu'il occupait le 18^e rang pour ce qui est des dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB (parmi les niveaux de dépenses les moins élevés), il se hisse au 9^e rang pour ce qui est des dépenses en dollars américains par habitant (parmi les niveaux de dépenses les plus élevés).

TABLEAU 4.1

Dépenses de soins de santé dans les pays de l'OCDE, 1998						
Pays	Dépenses en % du PIB	Rang	Dépenses par habitant en \$ américains	Rang	Dépenses par habitant en \$ PPA	Rang
Allemagne	10,6	2	2 769	4	2 424	3
Australie	8,5	9	1 691	17	2 036	12
Autriche	8,2	15	2 164	11	1 968	13
Belgique	8,8	6	2 169	10	2 081	9

Canada	9,5	4	1 828	14	2 312	5
Corée	5,0	27	351	25	730	25
Danemark	8,3	12	2 736	5	2 133	7
Espagne	7,1	20	1 044	21	1 218	22
États-Unis	13,6	1	4 178	1	4 178	1
Finlande	6,9	21	1 724	15	1 502	17
France	9,5	5	2 333	8	2 055	11
Grèce	8,3	13	957	22	1 167	23
Hongrie	6,8	22	319	26	705	26
Irlande	6,4	24	1 436	19	1 436	19
Islande	8,3	14	2 468	7	2 103	8
Italie	8,4	10	1 720	16	1 783	15
Japon	7,6	18	2 283	9	1 822	14
Luxembourg	5,9	26	2 473*	6*	2 215	6
Mexique	4,7*	28*	202*	28*	356*	28*
Norvège	8,6	8	2 836	3	2 330	4
Nouvelle-Zélande	8,1	16	1 127	20	1 424	20
Pays-Bas	8,6	7	2 143	13	2 070	10
Pologne	6,4	25	263	27	496	27
Portugal	7,8	17	859	23	1 237	21
République tchèque	7,2	19	393	24	930	24
Royaume-Uni	6,7	23	1 607	18	1 461	18
Suède	8,4	11	2 146	12	1 746	16
Suisse	10,4	3	3 834	2	2 794	2
Turquie	4,0*	29*	122*	29*	255*	29*
Moyenne OCDE	7,9	-	1 730	-	1 689	-

*Données de 1997.

Source: *Éco-santé OCDE 2000*.

Un indicateur plus perfectionné utilise la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par habitant; il est calculé en comparant les prix de produits identiques dans différents pays et en divisant par la population⁶⁰. La conversion en PPA élimine la disparité des prix entre les pays. Selon cet indicateur, le Canada demeure parmi les premiers pays, soit 5^e (2 312 dollars par habitant), après les États-Unis (4 178 dollars), la Suisse (2 794 dollars), l'Allemagne (2 424 dollars) et la Norvège (2 330 dollars). Le Japon se classe 14^e, au milieu de tous les pays de l'OCDE (avec 1 822 dollars).

⁶⁰ Le PPA est un indice de prix international calculé en comparant les prix de produits identiques dans divers pays. Il indique le taux auquel une devise doit être convertie dans une autre devise pour être en mesure d'acheter un panier de biens et services équivalents dans d'autres pays. Par conséquent, le PPA n'est pas simplement une conversion monétaire mais une équivalence qui tient compte de la valeur réelle attribuée au panier de biens et services.

Sans égard à la mesure utilisée, ce sont les États-Unis qui ont manifestement dépensé le plus en soins de santé en 1998, suivis de l'Allemagne et de la Suisse. Même si les dépenses du Canada étaient élevées, elles étaient proportionnelles à celles de plusieurs autres pays.

Le tableau 4.2 présente les rangs au sein de l'OCDE pour ce qui est des dépenses de soins de santé faites par le secteur public. En 1998, dans presque tous les pays, l'essentiel des dépenses de soins de santé étaient effectuées par le secteur public. Au Canada, 69,6 % des dépenses totales de soins de santé étaient assumés par l'État, pourcentage inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (73,6 %). Les États-Unis et la Corée étaient les deux seuls pays de l'OCDE où les dépenses de soins de santé du secteur privé étaient supérieures à celle du secteur public, qui assumait environ 45 % des dépenses totales. À l'opposé, au Luxembourg, le secteur public assumait près de 92,3 % des dépenses de soins de santé totales. Comparé aux autres pays de l'OCDE, le Canada occupait le 9^e rang pour ce qui est dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB. Fait intéressant, le niveau de dépenses de soins de santé publiques du Canada, exprimé en pourcentage du PIB, se situait près de celui des États-Unis.

Certains des pays ont-ils affiché des tendances similaires quant aux dépenses de soins de santé au cours des quatre dernières décennies? Le graphique 4.8 décrit l'évolution des dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, dans certains pays de l'OCDE, de 1960 à 1998. On peut voir que le Royaume-Uni a constamment consacré une part moindre de son PIB aux soins de santé que le Canada ou les États-Unis. Les tendances du ratio des soins de santé au PIB au Canada et aux États-Unis sont demeurées pratiquement identiques jusque vers 1971, quand le Canada a établi un régime d'assurance-santé universel, contrairement aux États-Unis.

TABLEAU 4.2

Dépenses de soins de santé par le secteur public dans les pays de l'OCDE, 1998				
Pays	Part publique des dépenses totales de soins de santé (%)	Rang	Dépenses publiques de soins de santé en % du PIB	Rang
Allemagne	74,6	16	7,9	2
Australie	69,5	22	5,9	15
Autriche	70,5	19	5,8	16
Belgique	89,7	3	7,9	1

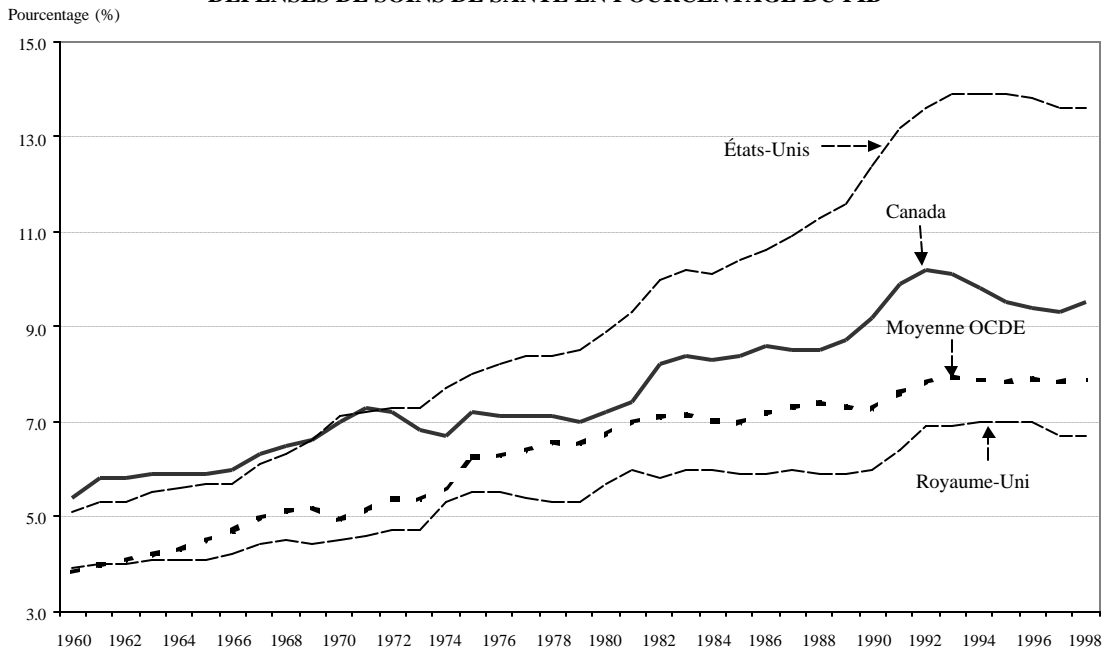
Canada	69,6	21	6,6	9
Corée	45,8	28	2,3	29
Danemark	81,9	8	6,8	8
Espagne	76,9	11	5,4	20
États-Unis	44,7	29	6,1	12
Finlande	76,3	14	5,3	21
France	76,4	13	7,2	4
Grèce	56,8	27	4,7	25
Hongrie	76,5	12	5,2	22
Irlande	75,8	15	4,8	24
Islande	84,3	4	7,0	6
Italie	67,3	23	5,6	17
Japon	78,3	9	6,0	13
Luxembourg	92,3	1	5,4	19
Mexique	60,0*	26*	2,8*	28*
Norvège	83,1	7	7,1	5
Nouvelle-Zélande	77,1	10	6,2	11
Pays-Bas	70,4	20	6,0	14
Pologne	65,4	25	4,2	26
Portugal	66,9	24	5,2	23
République tchèque	91,9	2	6,6	10
Royaume-Uni	83,7	6	5,6	18
Suède	83,8	5	7,0	7
Suisse	73,4	17	7,7	3
Turquie	72,8*	18*	2,9*	27*
Moyenne OCDE	73,6	-	5,8	-

*Données de 1997.

Source : *Éco-santé OCDE 2000*.

Le ratio des dépenses de soins de santé au PIB au Canada est demeuré relativement stable durant les années 70. Puis il a atteint le sommet de 10,2 % en 1992, en 2^e place après les États-Unis. Bon nombre d'observateurs ont soutenu que le système de soins de santé canadien était maintenant un des plus coûteux parmi les pays de l'OCDE. Ce résultat a été largement discuté et interprété comme un indice que le modèle canadien était fondamentalement inflationniste. Comme au Canada, la plupart des pays de l'OCDE ont connu une croissance de leurs dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, durant la majeure partie de la période de 1975 à 1990. Des augmentations ont également eu lieu au début des années 90, durant les périodes de faible croissance du PIB et de récession, et ont été suivies par une stabilisation ou de légères baisses du ratio. Toutefois, le Canada est le seul pays à avoir affiché une baisse sur cinq ans (de 1992 à 1997).

GRAPHIQUE 4.8
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB



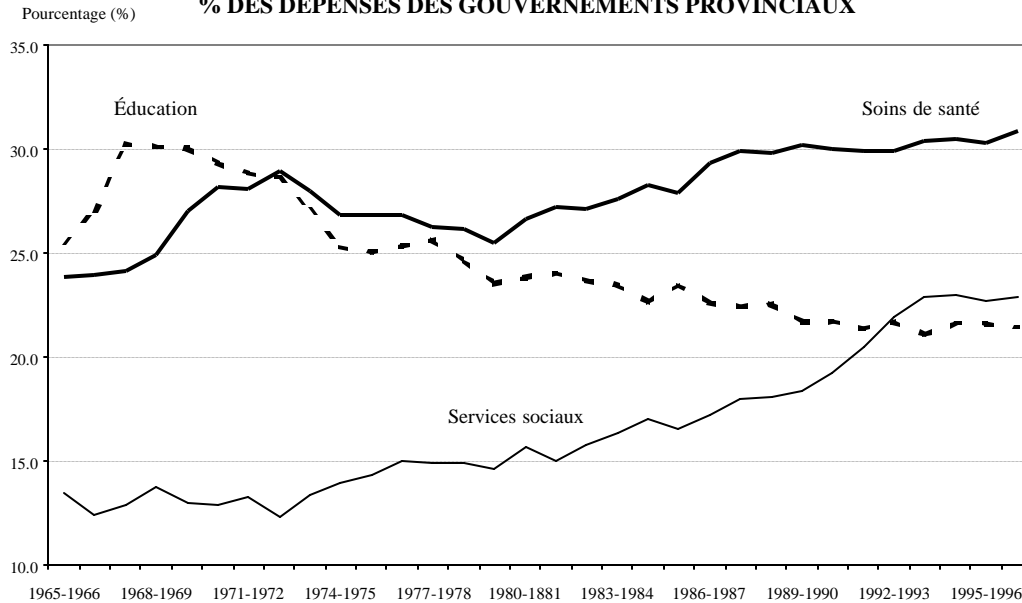
Source : Éco-santé OCDE (2000) et Bibliothèque du Parlement.

4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces

Durant son témoignage, Raisa Deber a affirmé que les soins de santé constituaient une priorité pour les gouvernements provinciaux et que les dépenses de l'éducation et de l'aide sociale ont été réduites de façon drastique dans les provinces. Le graphique 4.9 décrit les dépenses des gouvernements provinciaux pour les soins de santé, l'éducation et les services sociaux, exprimées en pourcentage des dépenses de programmes totales. Alors que les gouvernements provinciaux ont augmenté la proportion des dépenses publiques consacrées aux soins de santé et à l'aide sociale, les dépenses d'éducation ont diminué régulièrement. Dans son rapport *Performance and Potential 2000-2001*, le Conference Board a décelé des tendances analogues : au cours des trois dernières années, 62 % de la hausse des dépenses des gouvernements provinciaux ont été consacrés aux soins de santé, 25 % à l'éducation, 3 % aux services sociaux, 5 % aux intérêts sur la dette et 5 % aux dépenses générales⁶¹.

⁶¹ Conference Board du Canada, *Performance and Potential 2000-2001 — Seeking "Made in Canada" Solutions*, 2000, p. 115.

GRAPHIQUE 4.9
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, D'ÉDUCATION ET DE SERVICES SOCIAUX, EN
% DES DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX



Source : Statistique Canada, CANSIM, et Bibliothèque du Parlement.

4.6 Commentaires du Comité

Nous espérons que ce chapitre contribuera à une meilleure compréhension des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé, de la relation entre les dépenses de soins de santé du secteur public et du secteur privé et de la situation du Canada par rapport aux autres pays. Toutefois, l'information sur les dépenses de soins de santé comporte encore des lacunes. Dans un rapport récent, l'ICIS a indiqué ce qu'on ignore au sujet des dépenses de soins de santé au Canada :

- La façon dont la variation des dépenses de soins de santé influe sur la santé de la population;
- Les différences régionales au sein des provinces, en matière de dépenses de soins de santé;
- Les coûts liés au traitement de maladies spécifiques;
- Les coûts liés à la réadaptation, à la promotion de la santé et à d'autres services communautaires;

- Le montant que les Canadiens dépensent pour les médecines complémentaires et parallèles (p. ex., la massothérapie, l'homéothérapie, les produits à base de plantes et les autres remèdes semblables)⁶².

En outre, d'autres questions difficiles demeurent sans réponse. Par exemple, quelle proportion de son PIB le Canada devrait-il consacrer aux soins de santé? Quel serait un niveau adéquat de dépenses de soins de santé financées par l'État? Quel rôle devrait jouer le gouvernement fédéral sur le plan de la santé et, plus précisément, combien d'argent devrait-il destiner aux soins? Quels facteurs pourraient expliquer la disparité des coûts de soins de santé entre les pays de l'OCDE? Peut-on tirer des leçons importantes de l'analyse de l'expérience internationale en vue d'une politique gouvernementale future au Canada? Ces questions et d'autres seront débattues lorsque le Comité examinera une série d'options concernant l'avenir du système de soins de santé canadien dans la phase quatre de son étude.

⁶² ICIS, *Les soins de santé au Canada – Un premier rapport annuel*, 2000, p. 21.

CHAPITRE CINQ

L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Les Canadiens accordent beaucoup d'intérêt à la santé. Leur état de santé personnel, la santé des membres de leur famille et celle de leurs amis leur importent. Une bonne santé permet aux gens de mener une vie productive et satisfaisante. Pour le Canada dans son ensemble, un niveau élevé de santé contribue à une plus grande prospérité et une stabilité sociale générale. En conséquence, le niveau de santé global dont jouissent les Canadiens constitue un indicateur important de la réussite de notre société et de notre qualité de vie.

5.1 L'état de santé des Canadiens

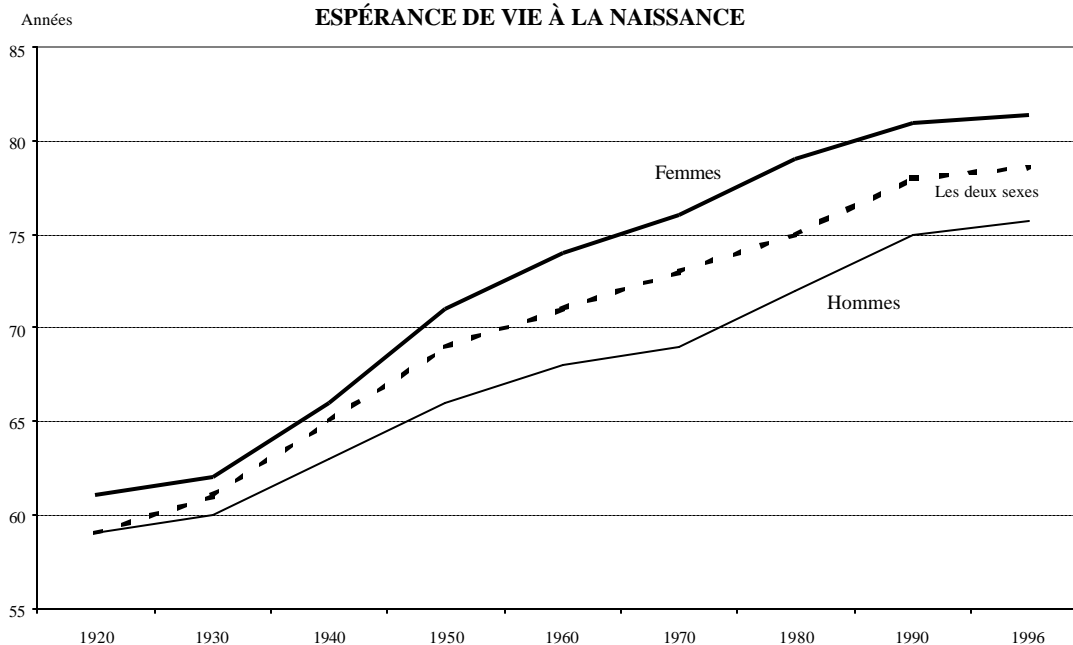
Il existe divers indicateurs de l'état de santé. L'espérance de vie, par exemple, est une mesure largement utilisée et internationalement reconnue pour décrire la qualité de la santé d'une population. Elle correspond à la durée de vie moyenne prévue pour une personne d'un âge donné compte tenu des taux de mortalité en cours.

Depuis plusieurs décennies le bilan de santé des Canadiens ne cesse de s'améliorer, à un point tel que nous dépassons maintenant tous les autres pays. Nous sommes le deuxième pays au monde du point de vue de l'espérance de vie, juste après le Japon, et je m'attends à ce que nous passions au premier rang sous peu. Nous augmentons notre espérance de vie à un rythme encore plus rapide que le Japon, pays qui connaît en outre certaines difficultés.

Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:33).

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie s'est accrue de façon constante (voir graphique 5.1). En se fondant sur les taux de mortalité actuels, on peut calculer qu'une petite fille née au Canada en 1996 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 81 ans, tandis qu'un petit garçon atteindra l'âge de 76 ans. Il s'agit d'un nouveau sommet pour le Canada. Quel que soit leur âge, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes. Toutefois, depuis le début des années 80, l'écart quant à l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes s'est rétréci.

GRAPHIQUE 5.1
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE



Source : Statistiques Canada, Statistiques canadiennes (<http://www.statcan.ca>), Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, et Bibliothèque du Parlement.

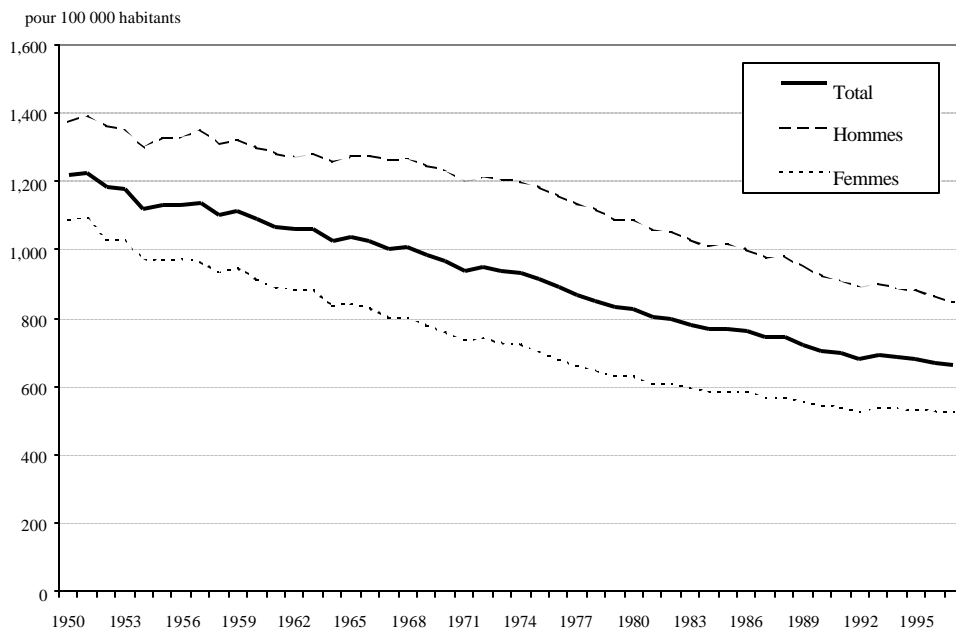
L'espérance de vie mesure uniquement les années. On met au point actuellement des indicateurs connexes qui permettent de savoir si la personne était, pendant ces années de vie, en bonne santé. Il y a, par exemple, l'espérance de vie sans incapacité, qui mesure les années de vie vécues à divers degrés d'autonomie. Ainsi, un enfant (garçon ou fille) né en 1991 pourrait espérer vivre en moyenne 69 ans – soit près de 90 % de sa longévité totale – sans avoir à faire face à des problèmes de santé invalidants. L'information tirée d'autres indicateurs, tels que l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence et l'espérance de vie en bonne santé, n'est pas complète et il n'existe pas de tendances à long terme.

Il reste que les données sur l'espérance de vie et d'autres indicateurs connexes n'évoluent pas très rapidement; aussi est-il peu probable qu'il y ait des changements sensibles d'une année à l'autre. Par exemple, de 1986 à 1991, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de 1,2 an chez les hommes et de 0,6 an chez les femmes.

Le taux comparatif de mortalité (TCM) est un autre indicateur utile de l'état de santé. C'est une mesure du taux de mortalité qui est rajustée pour tenir compte de la répartition de la

population selon l'âge. Le graphique 5.2 décrit l'évolution du TCM chez les hommes et les femmes sur une période d'environ 47 ans. On peut noter que le TCM pour les deux sexes s'est continuellement amélioré pendant cette période. Plus précisément, il est passé de 1 375 décès pour 100 000 hommes en 1950 à 848 décès en 1987, et de 1 089 décès pour 100 000 femmes en 1950 à 524 en 1987.

GRAPHIQUE 5.2
TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ, TOUTES CAUSES CONFONDUES



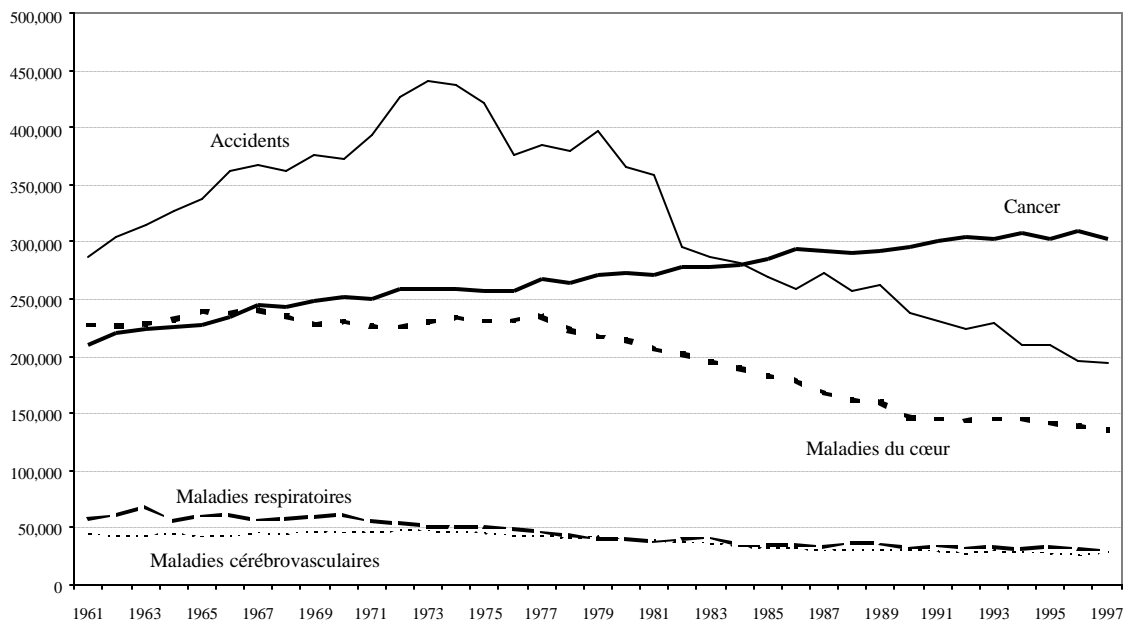
Source : Statistiques Canada, *Apogée des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

Un autre indicateur reconnu internationalement s'appelle « années potentielles de vie perdues » (ou APVP). Il mesure les années de vie perdues lorsqu'une personne meurt avant un âge donné, disons 75 ans. Une personne qui décède, par exemple, à l'âge de 25 ans a perdu 50 années de sa vie. L'indicateur APVP aide à identifier les causes des décès qui surviennent chez les personnes appartenant à des groupes d'âge plus jeunes et qui, en théorie, pourraient être prévenus ou retardés.

La tendance à long terme des APVP liées aux principales causes de décès est illustrée au graphique 5.3. En 1997, on a dénombré plus d'un million d'APVP, toutes causes confondues, les grandes responsables étant le cancer, les accidents et les maladies cardiovasculaires. Comme le graphique l'indique, le cancer demeure la principale cause des APVP

depuis 1984 et est la seule cause importante en constante progression. Les APVP dues à des accidents ont considérablement diminué depuis 1979. De même, au cours des deux dernières décennies, on observe une baisse des APVP attribuables aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies respiratoires et aux accidents cérébrovasculaires. Ces résultats laissent supposer que le Canada a réussi à réduire la mortalité précoce au cours des trente dernières années.

GRAPHIQUE 5.3
ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES,
SELON LA PRINCIPALE CAUSE



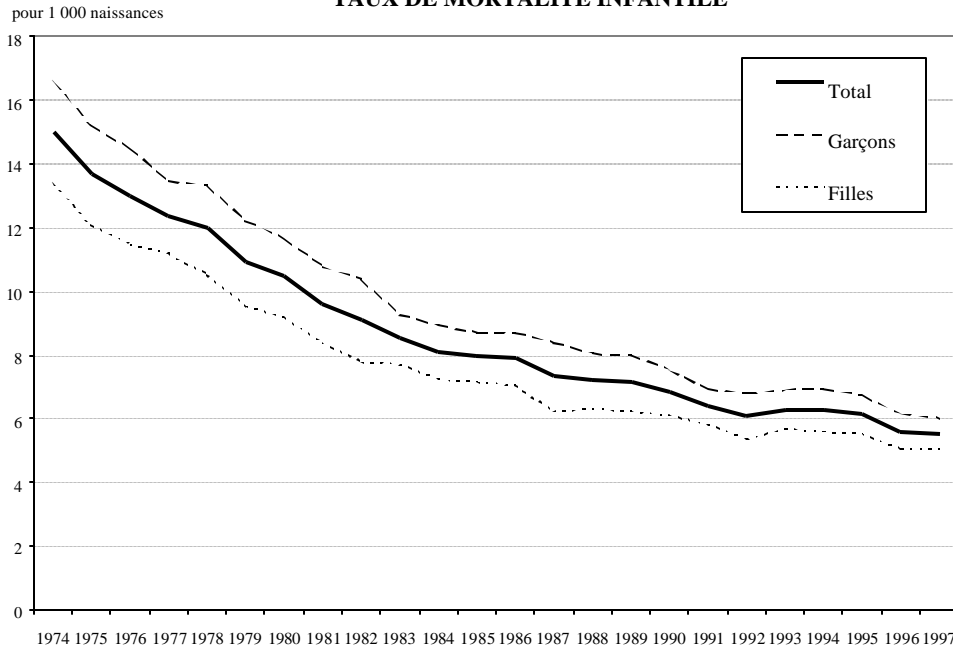
Source : Statistiques Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

La mortalité infantile est souvent utilisée comme un indicateur de base du développement social et économique. Le taux de mortalité infantile – bébés qui meurent au cours de la première année de leur vie – a sensiblement diminué au Canada au cours des 20 dernières années (voir graphique 5.4). En 1997, le taux de mortalité infantile était d'environ 6 décès pou 1 000 naissances, contre 15 pour 1 000 naissances en 1974.

Dans l'ensemble, l'état de santé des Canadiens s'est amélioré continuellement au cours des dernières décennies. Les Canadiens vivent plus longtemps, avec moins de limitations fonctionnelles à un âge avancé. Moins de bébés meurent pendant la première année de leur vie, et le nombre de décès prématurés dus aux principales causes, à l'exception du cancer,

continue de fléchir. Au regard de l'état de santé, quelle place occupe le Canada par rapport aux autres pays?

GRAPHIQUE 5.4
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

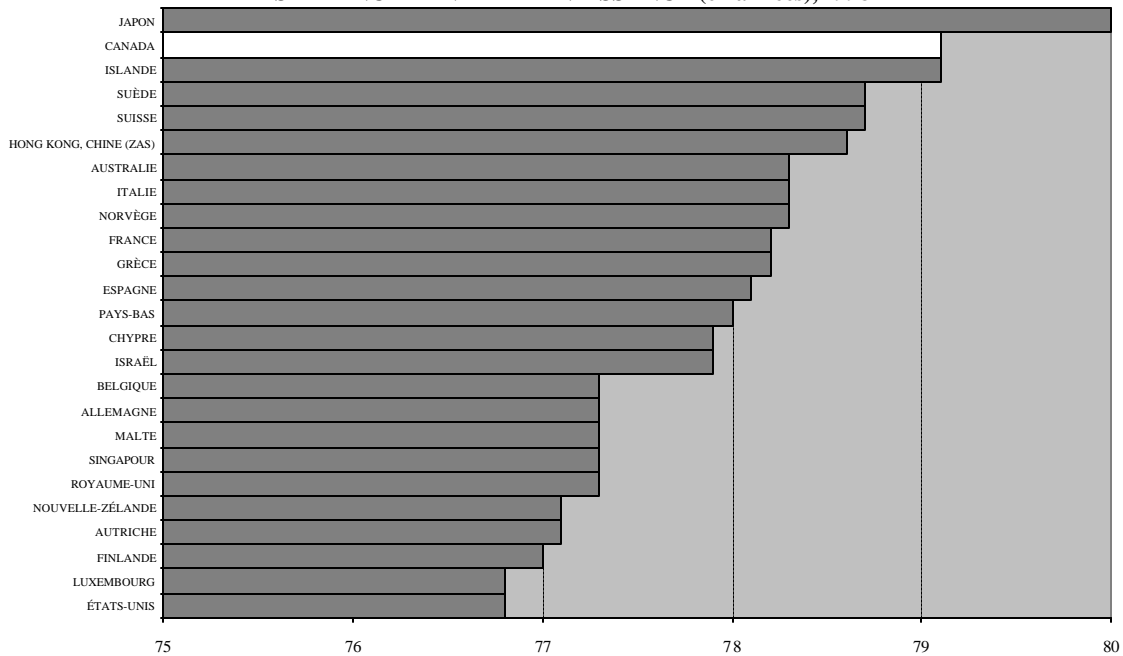


Source : Statistique Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

En 1998, l'espérance de vie à la naissance pour les Canadiens était de 79 ans. Le Canada se classait deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon (80 ans), parmi les 25 pays affichant la plus longue espérance de vie (voir graphique 5.5). À titre de comparaison, les États-Unis occupaient la dernière position, à égalité avec le Luxembourg.

GRAPHIQUE 5.5
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (en années), 1998



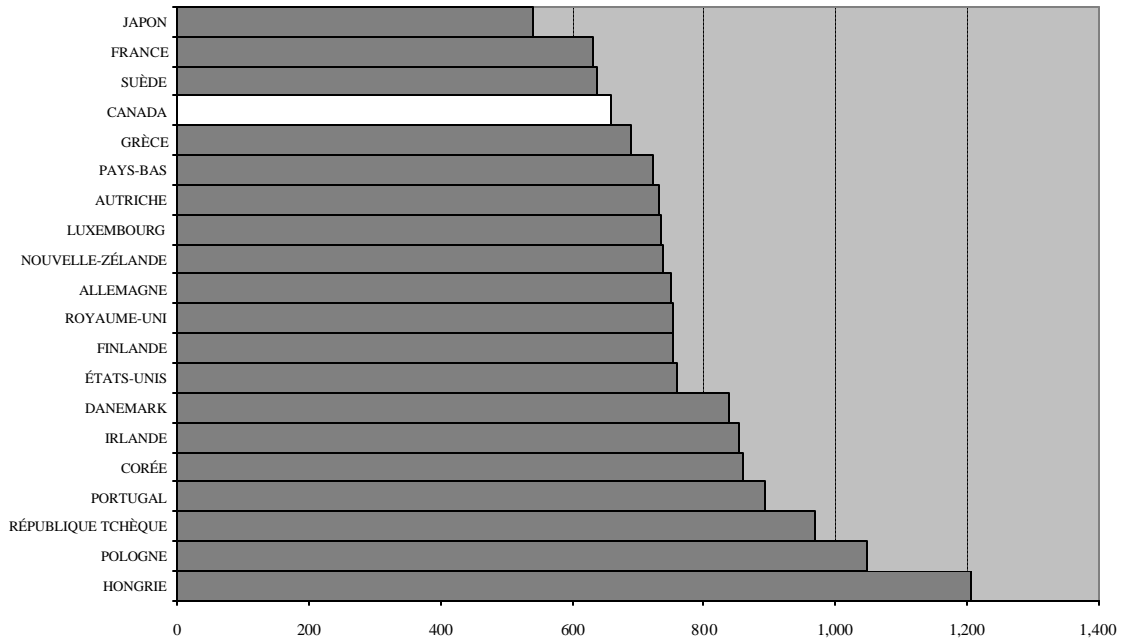
Source : Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2000, et Bibliothèque du Parlement.

En ce qui concerne les taux comparatifs de mortalité, en 1996, le Canada arrivait au 4^e rang parmi 20 pays de l'OCDE (voir graphique 5.6). Le Japon occupait la 1^{re} place, suivi de la France et de la Suède . À titre de comparaison, l'Allemagne était au 10^e rang, le Royaume-Uni au 11^e et les États-Unis au 13^e .

Par comparaison avec cinq autres pays industrialisés pour lesquels les données étaient connues, le Canada occupait, en ce qui a trait aux APVP pour 100 000 habitants, la 2^e place pour les hommes et la 3^e pour les femmes (voir graphique 5.7).

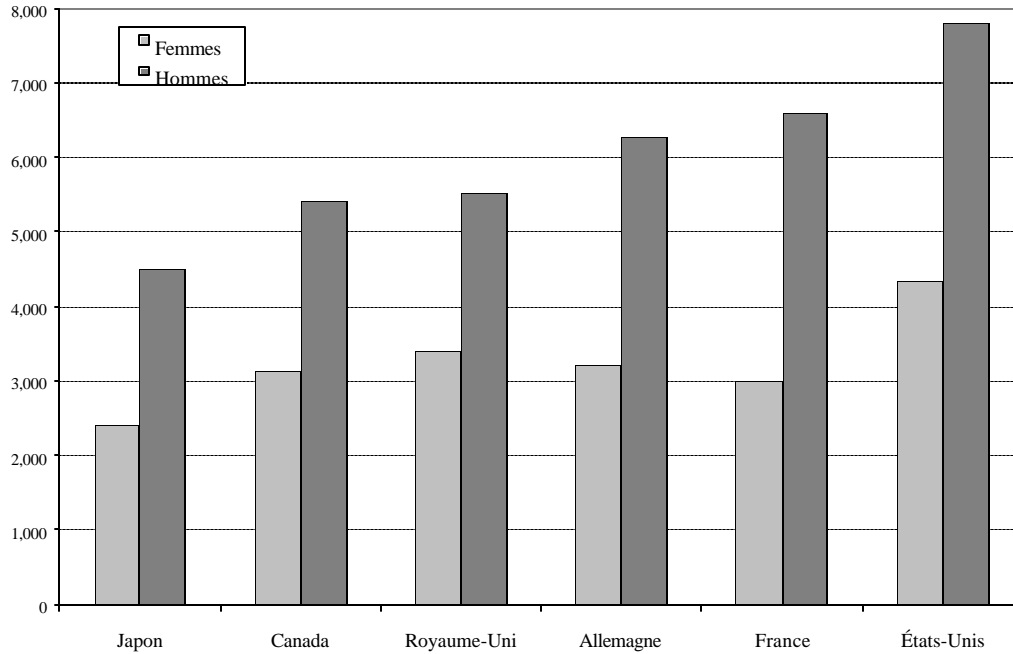
Comme au Canada, les taux de mortalité infantile ont chuté dans les autres pays industrialisés au cours des dernières décennies (voir graphique 5.8). En 1960, les taux variaient de 22 décès pour 1 000 naissances au Royaume-Uni à 44 décès pour 1 000 naissances en Italie. En 1996, les taux avaient chuté à 4 au Japon et à 7 aux États-Unis. Le taux de mortalité infantile au Canada est bien supérieur à celui du Japon, qui affiche le taux le plus faible au monde.

GRAPHIQUE 5.6
TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS, 1996



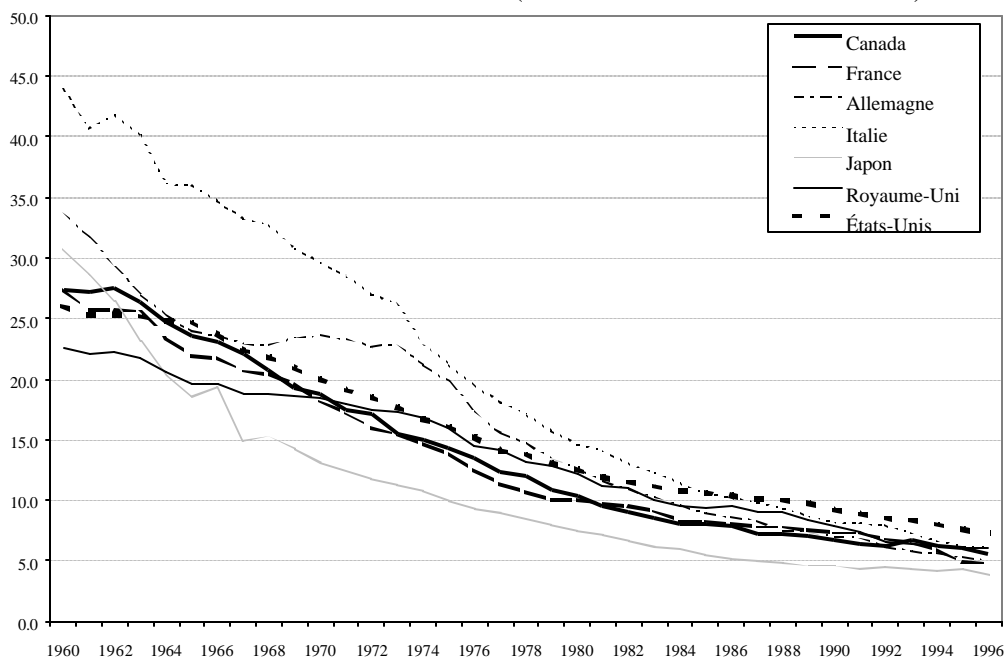
Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 5.7
ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, DE 0 À 69 ANS, 1996



Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 5.8
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (DÉCÈS POUR MILLE NAISSANCES)



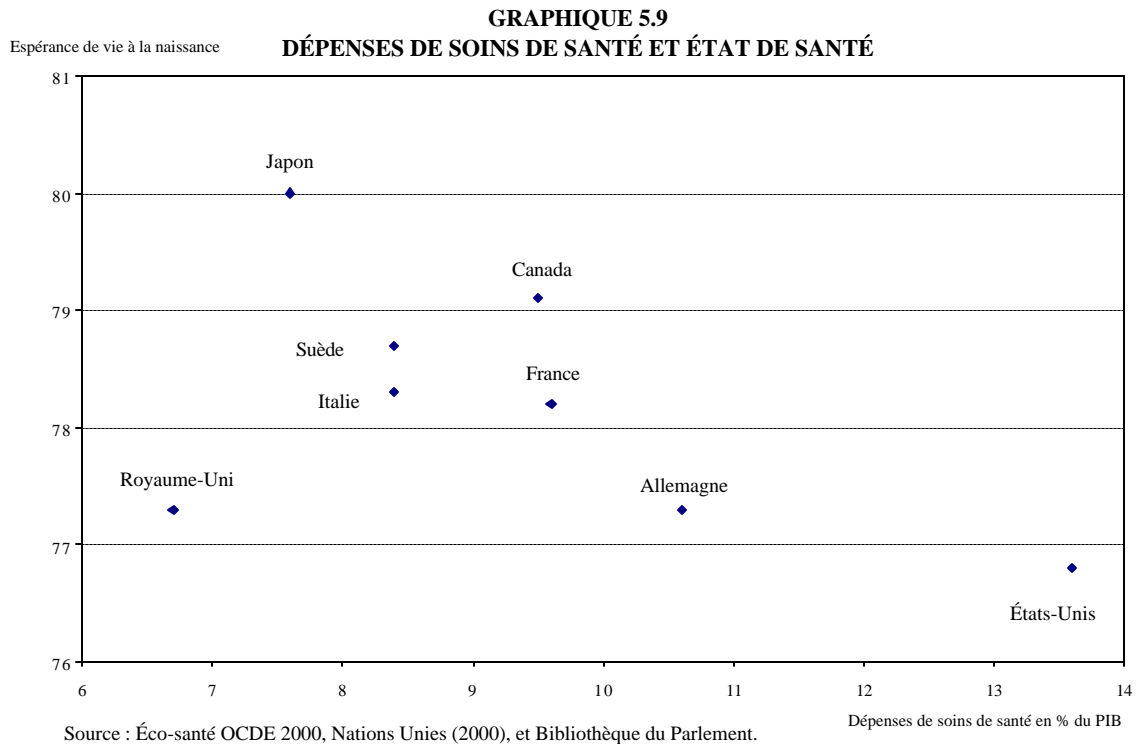
Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement

Dans l'ensemble, selon de multiples indicateurs de santé, les Canadiens jouissent d'un niveau de santé qui compte parmi les plus élevés au monde. Le Canada se classe deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon. Les taux de mortalité des Canadiens figurent parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, juste derrière ceux de la France, de la Suède et de l'Australie. Des pays industrialisés, le Canada affiche le deuxième taux de mortalité prématurée parmi les plus bas. Bien que le taux de mortalité infantile du Canada demeure supérieur à celui du Japon, il est bien inférieur à celui des États-Unis.

5.3 Dépenses de santé et état de santé

Étonnamment, peut-être, il n'existe pas de lien certain entre les dépenses de soins de santé d'un pays et l'état de santé de sa population (voir graphique 5.9). Par exemple, les Japonais jouissent de l'espérance de vie la plus longue; néanmoins, le Japon se classe à l'avant-dernier rang quant au ratio au PIB des dépenses de soins de santé. À l'opposé, les États-Unis arrivent en première place quant au ratio des dépenses de soins de santé-PIB, mais leur espérance de vie compte parmi les plus faibles et leur taux de mortalité infantile, parmi les

plus élevés. Par ailleurs, la Suède et l'Italie présentent des niveaux de dépenses de soins de santé similaires, mais l'espérance de vie de leur population respective diffère. En outre, le Canada consacre moins d'argent à ses services de santé que les États-Unis, mais l'état de santé général des Canadiens est bien meilleur.



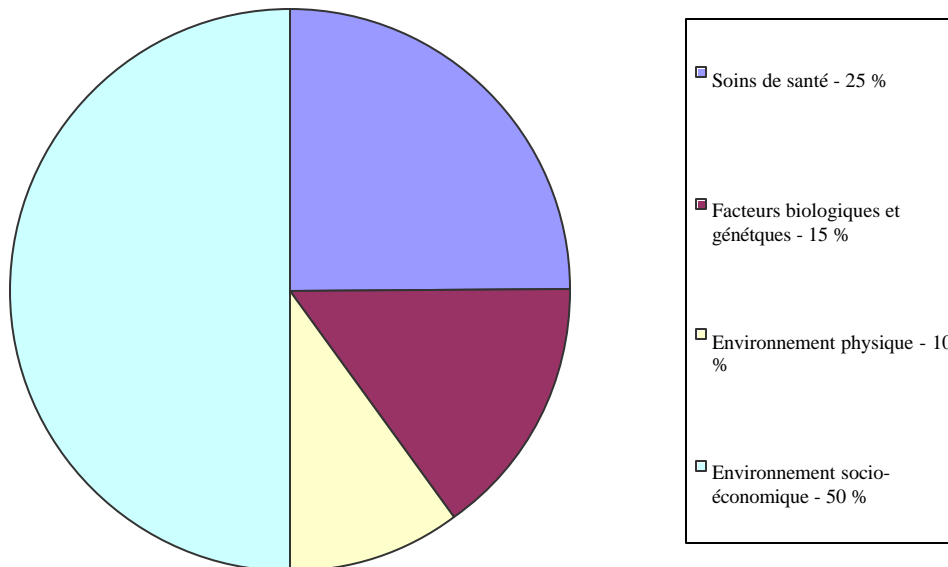
Il ressort que les dépenses qu'un pays affecte aux soins de santé n'ont pas nécessairement pour effet d'améliorer l'état de santé de sa population. En d'autres termes, l'état de santé d'une population dépend de nombreux facteurs, et les soins de santé n'en sont qu'un.

5.4 Le concept de santé de la population

Il est clair que l'état du système de soins influe sur notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments visant à réduire l'hypertension de même que la chirurgie cardiaque améliorent la santé et contribuent au bien-être. Toutefois, un bon système de soins de santé ne représente qu'un seul des nombreux facteurs qui aident à maintenir la population en santé. Le graphique 5.10 reproduit une figure préparée par

l'Institut canadien de recherches avancées, que l'on peut consulter sur le site Web de Santé Canada. Selon l'information présentée dans cette figure, seulement 25 % de la santé d'une population dépendent du système de soins de santé; les 75 % restants sont attribuables à des facteurs tels que le patrimoine biologique et génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

GRAPHIQUE 5.10
ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : Estimation de l'Institut canadien de recherches avancées; disponible sur le site Web de Santé Canada.

L'expression « santé de la population » sert à décrire la multiplicité et la gamme des facteurs qui influent sur la santé. L'expression « déterminants de la santé » est l'étiquette générale qu'on donne aux multiples facteurs qui, croit-on maintenant, contribuent à maintenir en santé la population. Même si on ne s'entend pas sur un ensemble définitif de déterminants de la santé ni sur leur importance relative, on est parvenu à un certain consensus au cours de la dernière décennie. La liste des déterminants de la santé présentée au tableau 5.1 a été fournie par Santé Canada. Il faut souligner que l'approche axée sur la santé de la population n'atténue pas les effets du système de soins de santé, elle ne fait qu'ajouter d'autres facteurs ou déterminants de la santé et tenir compte de l'interaction entre ces déterminants.

Contrairement à l'approche traditionnelle des soins de santé, centrée sur l'individu malade, les stratégies axées sur la santé de la population visent à améliorer la santé d'une population entière par des approches préventives généralisées qui tiennent compte des déterminants de la santé. Ces approches ont pour but de prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne se répercutent sur le système de soins de santé.

Chaque fois que l'on voit une personne qui reçoit des soins – je mets l'accent ici sur les soins primaires en particulier – il est essentiel de tenir compte du milieu d'où provient cette personne : c'est-à-dire les influences sociales, économiques, physiques et environnementales qui influent sur la vie de cette personne.

*Robert McMurtry, chaire G.D.W. Cameron,
Santé Canada (8:24)*

Le concept de santé de la population n'est pas nouveau. En 1974⁶³, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, l'honorable Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. On soutient dans ce document que la bonne santé n'est pas uniquement le résultat de soins médicaux. Par exemple, on avance que les changements dans les habitudes de vie ou dans les environnements sociaux et physiques amélioreraient probablement plus l'état de santé des Canadiens que si l'on consacrait davantage d'argent à la prestation de soins de santé. Le rapport définit quatre principaux déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé⁶⁴.

Le rapport qu'a publié Jake Epp en 1986, alors qu'il était ministre fédéral de la Santé, intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, a jeté un nouvel éclairage dans le domaine de la santé de la population en mettant l'accent sur les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé⁶⁵.

⁶³ Ce survol de l'évolution de l'approche axée sur la santé de la population au Canada se fonde sur un document intitulé *Initiatives sur la santé de la population canadienne*, qui a été fourni au comité par Santé Canada.

⁶⁴ Marc Lalonde, ministre de Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, p. 31.

⁶⁵ Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986.

TABLEAU 5.1
PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Revenu et situation sociale	<p>La santé s’améliore en proportion du revenu et de l’ascension dans la hiérarchie sociale.</p> <p>Un revenu élevé détermine des conditions de vie telles que l’accès à un logement sécuritaire et la capacité d’acheter des aliments sains en quantité suffisante. Les sociétés prospères et dont les richesses sont équitablement partagées ont les populations les plus saines.</p>
Réseaux de soutien social	<p>Le soutien offert par la famille, les amis et la collectivité est lié à une meilleure santé.</p> <p>L’importance que l’on accorde à l’adoption de mesures efficaces à l’égard du stress et au soutien de la famille et des amis permet d’établir des relations d’affection et de solidarité qui aident à prévenir les problèmes de santé.</p>
Éducation	<p>Plus le niveau d’instruction de la personne est élevé, plus elle jouit d’une meilleure santé.</p> <p>L’éducation augmente les chances d’une personne d’assurer sa sécurité sur le plan financier et d’avoir une sécurité d’emploi, et permet un plus grand contrôle sur les circonstances de la vie – quelques-uns des déterminants clés de la santé.</p>
Emploi et conditions de travail	<p>Le chômage, le sous-emploi et le travail stressant sont associés à une mauvaise santé.</p> <p>Les personnes qui exercent davantage de contrôle sur leurs conditions de travail et qui sont moins exposées au stress lié à l’emploi jouissent d’une meilleure santé et souvent vivent plus longtemps que celles qui exercent un emploi et des activités plus stressants ou risqués.</p>
Environnement sociaux	<p>L’ensemble des valeurs et des normes en vigueur dans une société influe de diverses façons sur les pratiques sanitaires des individus et de l’ensemble de la population. En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la famille et de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d’éviter un grand nombre des risques pour la santé. Des études ont montré qu’un faible soutien affectif et une faible participation à la société sont associés à la mortalité attribuable à toute cause.</p>
Environnements physiques	<p>Les aspects physiques de l’environnement naturel (comme la qualité de l’air et de l’eau) ont une profonde influence sur la santé. Les éléments présents dans l’environnement créé par l’humain, tels que le logement, la sécurité en milieu de travail, l’aménagement de la collectivité et du réseau routier, exercent également une profonde influence.</p>

<p>Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles</p>	<p>Les environnements sociaux qui encouragent et appuient les bonnes décisions en matière de santé et les modes de vie sains, de même que les connaissances, les intentions, les attitudes et les habiletés d'adaptation qui favorisent l'adoption de comportements sains, sont des déterminants clés de la santé. Les recherches portant sur les maladies du cœur et les problèmes touchant les enfants défavorisés indiquent que les processus biochimiques et physiologiques relient l'expérience socio-économique individuelle aux conditions vasculaires et à d'autres problèmes de santé.</p>
<p>Développement sain de l'enfance</p>	<p>L'effet des expériences prénatales et des expériences vécues dans la petite enfance sur l'état de santé ultérieur, le bien-être, les habiletés à l'adaptation et les compétences est considérable. Les enfants nés dans des familles à faible revenu ont plus de chances que ceux qui sont nés dans des familles à revenu élevé de souffrir d'une insuffisance pondérale, de manger des aliments moins nutritifs et d'avoir plus de difficultés à l'école.</p>
<p>Patrimoine biologique et génétique</p>	<p>L'ensemble des caractères biologiques et organiques de base du corps humain est un déterminant fondamental de la santé. Le patrimoine génétique prédispose la personne à toute une gamme de réactions qui ont une incidence sur l'état de santé. Même si les facteurs socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé en général, dans certaines circonstances, le patrimoine génétique prédispose certaines personnes à des maladies particulières ou à des problèmes de santé.</p>
<p>Services de santé</p>	<p>Les services de santé, surtout ceux qui visent à maintenir et à promouvoir la santé ou à prévenir la maladie, contribuent à l'état de santé de la population.</p>
<p>Sexes</p>	<p>Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme des rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs ainsi que de l'influence et du pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Les normes associées aux « sexes » influent sur les pratiques et les priorités du système de soins de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes. Les femmes par exemple sont plus vulnérables à l'agression sexuelle ou à la violence physique dirigée contre elles en tant que telles; elles sont aussi plus susceptibles de faire partie des familles à faible revenu, d'être monoparentales et d'être exposées à des risques et à des menaces pour la santé sexospécifiques (comme les accidents, les MTS, le suicide, le tabagisme, l'abus de substances psychoactives, les médicaments d'ordonnance, l'inactivité physique).</p>

Culture	Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture, et le manque d'accès à des soins et à des services de santé adaptés à la culture du patient.
----------------	---

Source : Santé Canada, Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population, document de travail, décembre 1996, p. 15-16; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens, Ottawa, 1994, p. 2-3.

Le rapport Epp voyait la promotion de la santé comme un complément au système de soins de santé et comme un moyen de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socio-économiques; de prévenir la fréquence des blessures, les maladies, les conditions chroniques et les handicaps qui en résultent; et d'améliorer la capacité des gens à faire face aux maladies chroniques, aux handicaps et aux problèmes de santé mentale.

En 1989, l'Institut canadien de recherches avancées a soutenu que les déterminants individuels de la santé n'agissent pas isolément. Plutôt, c'est l'interaction complexe entre les divers déterminants qui peut avoir un effet beaucoup plus important sur la santé. Ces interactions peuvent aider à expliquer pourquoi certains groupes de Canadiens sont en meilleure santé que d'autres, en dépit du fait que tous les Canadiens ont un accès égal aux services de santé.

Cette perception nouvelle qui influe sur nos croyances en matière de santé tient au fait que, de plus en plus, nous comprenons que l'environnement dans lequel la personne vit et travaille pendant sa vie a des répercussions importantes sur la santé physique et mentale.

D^r J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité 22 mars 2000, n 7.

En 1994, l'approche axée sur la santé de la population a été officiellement entérinée par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans un rapport intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*⁶⁶. Ce rapport a résumé ce que l'on connaissait à l'époque des déterminants de la santé au sens large et défini le cadre qui sert de guide à l'élaboration des politiques et des stratégies centrées sur l'amélioration de la santé de la population.

⁶⁶ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994.

En 1997, le Forum national sur la santé a fait avancer la réflexion sur la question des déterminants de la santé. Ses participants ont souligné l'importance de travailler non seulement avec les ministères de la Santé, mais aussi avec différents secteurs, afin d'agir sur les déterminants de la santé. Ils ont proposé la mise sur pied d'un « Institut de la santé de la population » afin d'améliorer le processus décisionnel dans le domaine de la santé en donnant et en favorisant un point de vue axé sur la santé de la population dans la recherche et l'élaboration des politiques en matière de santé.

En réponse à la recommandation du Forum, le gouvernement fédéral a lancé en 1999 l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). Établie sous l'égide de l'ICIS, l'initiative a pour but de réunir les chercheurs et les analystes du pays. Elle s'appuie sur les bases de données existantes et vise à créer une infrastructure statistique qui formera l'assise de la recherche sur la santé de la population. Grâce à ce projet, on pourra regrouper et analyser des données, établir des normes et des définitions pour ces dernières, diffuser des rapports publics sur l'état de santé général de la population et sur le rendement du système de soins de santé, et disposer d'un organisme-ressource pour l'élaboration et l'évaluation des politiques gouvernementales. Le premier conseil d'administration de l'ISPC a été annoncé le 3 février 2000. On procède actuellement à la mise au point d'un programme de recherche ainsi que de stratégies relatives à la diffusion et à la communication de l'information.

Encore une fois en 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié un rapport intitulé *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, qui soutient l'idée que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population requiert la participation de nombreux secteurs⁶⁷. Selon ce rapport, l'action intersectorielle – la collaboration au sein des organisations et des secteurs, et aussi entre eux – fait appel à la participation du public et des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des spécialistes et des consommateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, de la finance, de l'agriculture, de l'environnement, etc.

⁶⁷ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999.

Après la publication du deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (septembre 2000), tous les ministres de la Santé, fédéral, provinciaux et territoriaux, ont convenu des priorités d'action suivantes à l'égard des conditions sous-jacentes de la bonne ou de la mauvaise santé des Canadiens :

- renouveler et réorienter le secteur de la santé;
- investir dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population;
- améliorer la santé en réduisant les inégalités d'alphabétisation, d'instruction et de revenu.

5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé?

L'état de santé des Canadiens n'est pas uniforme. Notre système de soins de santé universel a donné un accès équitable aux services assurés, mais pas nécessairement une bonne santé pour tous. De multiples indicateurs montrent des écarts entre les riches et les pauvres qui ne peuvent s'expliquer uniquement par un accès inégal aux services de santé. Les disparités dans l'état de santé sont fonction de l'emplacement géographique,

Ce bon résultat général sur la santé des Canadiens ne doit cependant pas cacher certains éléments troublants, étant donné que ce ne sont certainement pas tous les Canadiens qui bénéficient de cette bonne santé. Les autochtones, en particulier, ont une espérance de vie qui est de cinq, sept ou 12 années inférieure, selon le critère utilisé. De toute façon, les gens des régions du Nord, des zones rurales et des zones urbaines à faibles revenus ont une espérance de vie remarquablement plus faible que les Canadiens plus prospères. Il y a donc des problèmes.

Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS, 14:33.

des facteurs démographiques, des conditions socio-économiques, des différences entre les sexes, etc.

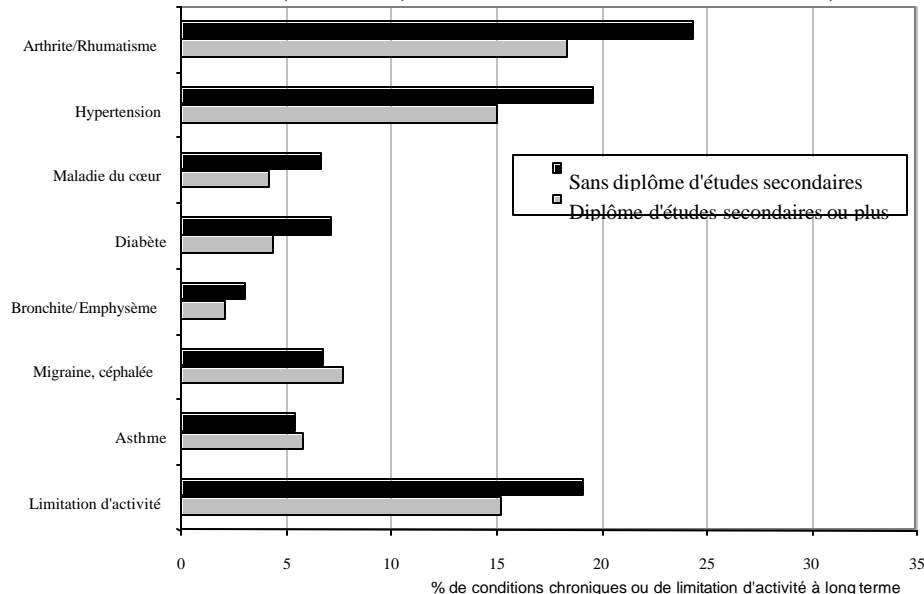
Un exemplaire du document intitulé *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* a été présenté au Comité⁶⁸. Ce rapport détaillé fournit de l'information et des commentaires intéressants sur l'état de santé des Canadiens en utilisant l'approche axée sur la santé de la population. Il conclut notamment ce qui suit :

⁶⁸ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.

- Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir prématurément et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu élevé.
- De grandes inégalités dans la répartition du revenu se traduisent par une augmentation des problèmes sociaux et une moins bonne santé au sein de la population dans son ensemble.
- Les Canadiens ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture sont plus susceptibles d'être en chômage et de vivre dans la pauvreté, d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément que les Canadiens qui jouissent de plus grandes capacités.
- Les Canadiens ayant un niveau de scolarité supérieur ont un meilleur accès à un environnement physique sain et sont mieux en mesure de préparer leurs enfants à l'école que les gens moins instruits. Ils ont aussi tendance à moins fumer, à être plus actifs physiquement et à avoir une alimentation plus saine.
- Les études en neurobiologie ont confirmé que les expériences vécues de la période de la conception jusqu'à l'âge de six ans ont le plus d'incidences sur le « réseautage » et le modelage des neurones du cerveau. La stimulation positive dans les premières étapes de la vie améliore les capacités d'apprentissage, les comportements et la santé jusqu'à l'âge adulte.
- Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et les occasions d'apprentissage tout au long de la vie peuvent être particulièrement importantes pour la conservation à un âge avancé d'un bon état de santé et des capacités cognitives.
- Malgré une réduction des taux de mortalité infantile, l'amélioration du niveau de scolarité et une diminution de l'abus de substances psychoactives dans bon nombre des collectivités autochtones, les membres des Premières nations et les Inuits sont plus susceptibles de contracter des maladies et de mourir prématurément que la population canadienne dans son ensemble.
- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément des suites d'une maladie du cœur, de blessures non intentionnelles mortelles, du cancer et du suicide. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'un trop grand stress, de conditions chroniques ainsi que de blessures résultant de la violence familiale pouvant aussi entraîner la mort.
- Les Canadiens plus âgés sont de loin plus susceptibles que les plus jeunes de souffrir de maladies physiques, mais les membres des groupes d'âge plus jeunes affichent les plus bas niveaux de bien-être psychologique.

Selon une récente étude réalisée par Statistique Canada, les conditions chroniques et les limitations d'activité sont plus fréquentes chez les personnes âgées de 45 à 64 ans ayant un niveau de scolarité et de revenu inférieur. En 1998-1999, des maladies tels l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, la cardiopathie, le diabète, la bronchite ou l'emphysème et les limitations d'activité étaient plus souvent répandues chez les personnes sans diplôme secondaire (voir graphique 5.11). Ces conditions, ainsi que l'asthme, les migraines et les céphalées, étaient également plus répandues chez les personnes à revenu faible ou moyen-inférieur que chez celles disposant d'un revenu plus élevé (voir graphique 5.12).

GRAPHIQUE 5.11
PRÉVALENCE DES CONDITIONS CHRONIQUES OU DES LIMITATIONS
D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION
ÂGÉE DE 45 À 64 ANS, CANADA, À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999

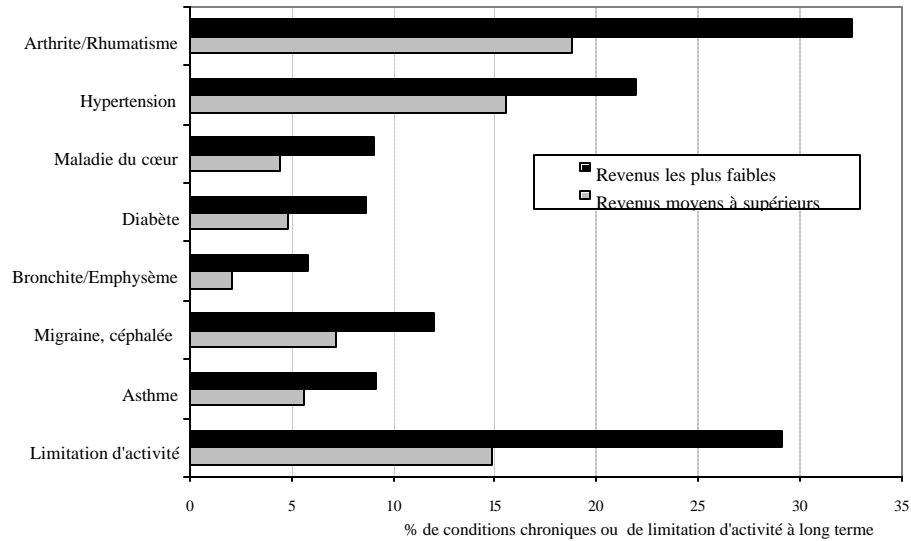


Source : Statistique Canada, "L'âge mur", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, no. 3.

On constate également des écarts importants dans les taux de mortalité infantile entre les différentes catégories de revenu. Statistique Canada signale que les taux de mortalité infantile sont plus élevés en milieu urbain très défavorisé et plus faibles en milieu urbain très favorisé. Le graphique 5.13 révèle que, même si l'écart observé s'est rétréci, le taux de mortalité infantile relevé en 1996 dans les régions les plus défavorisées du Canada (6,5 pour 1 000) était encore supérieur des deux tiers à celui des régions les plus favorisées (3,9 pour 1 000). Selon Statistique Canada, si le taux pour l'ensemble du Canada avait été aussi faible que celui

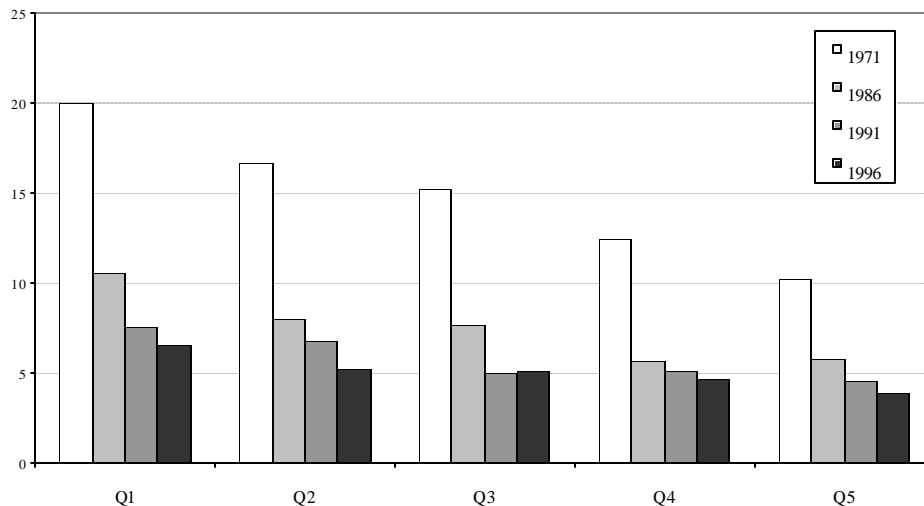
des régions les plus favorisées, le nombre de décès au cours de la première année de vie aurait été inférieur de 500 en 1996⁶⁹.

GRAPHIQUE 5.12
PRÉVALENCE DE CONDITIONS CHRONIQUES OU DE LIMITATION
D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE REVENU, POPULATION
AGÉE DE 45 À 64, CANADA À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999



Source : Statistique Canada, "L'âge mur" *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, Hiver 1999, Vol. 11, No. 3.

GRAPHIQUE 5.13
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR QUINTILE DE REVENU SELON LES
QUARTIERS, RÉGIONS URBAINES DU CANADA



Source : Statistique Canada, "État de santé des enfants", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, Hiver 1999, Vol. 11, no. 3.

⁶⁹ Statistique Canada, « État de santé des enfants », *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, n° 3.

5.6 Commentaires du Comité

Bien que de nombreux Canadiens jouissent de niveaux de santé élevés et que, à la lumière de la plupart des principaux indicateurs de santé, le Canada occupe une position bien supérieure à celle d'autres pays, il y a certainement matière à amélioration. On relève des disparités en matière de santé qui sont liées à l'âge, aux conditions socio-économiques, au sexe, etc. De nombreux témoins ont déclaré au Comité qu'il est impératif de réduire ces disparités si l'on veut améliorer l'état de santé général des Canadiens. À leur avis, la seule solution est une approche globale axée sur la santé de la population.

Les témoins ont également souligné le fait qu'il est nécessaire de mieux comprendre les liens entre l'état de santé et ses différents déterminants. Nous ignorons comment les variations des dépenses de soins de santé se répercutent sur la santé d'une population. Nous sommes peu au courant de l'incidence d'autres politiques publiques sur l'état de santé, comme un récent rapport l'a fait ressortir :

Notre compréhension des facteurs qui touchent la santé à moyen et à long terme est encore bien fragmentaire. Par exemple, on ignore l'efficacité à long terme de procédures ou d'interventions qui, parfois, se font concurrence – telles qu'un pontage et l'angioplastie percutanée transluminale. Dans le cas du cancer de la prostate, quels sont les mérites respectifs de la chimiothérapie, de la chirurgie et de la simple attente à des fins d'observation? Comment les interventions à caractère psychologique modifient-elles les résultats? Quels risques pour la santé présentent différents métiers et professions? Quels sont les effets à long terme de nombreux risques environnementaux? Dans quelle mesure, si mesure il y a, les dispositions relatives à « l'égalité d'accès » contenues dans la *Loi canadienne sur la santé* profitent-elles aux personnes à faible revenu ou peu scolarisées⁷⁰?

Dans son témoignage, Sholom Glouberman a soulevé la question suivante : étant donné que les soins de santé ne sont qu'un facteur parmi tant d'autres déterminants de la santé, quel rôle les ministres de la Santé peuvent-ils ou devraient-ils jouer dans l'établissement de stratégies axées sur la santé de la population? Précisément, il a mentionné ce qui suit au Comité :

Le ministère de la Santé se trouve devant un dilemme, étant donné que les principaux facteurs qui favorisent la santé ne sont pas du domaine de la santé. Il s'agit plutôt du statut social, du contrôle sur le travail et du niveau d'instruction, des domaines sur lesquels le ministère de la Santé n'exerce aucun pouvoir. S'il en assume la responsabilité, les autres ministères risquent de le considérer comme un « impérialiste de la santé ». Comment résoudre ce genre de problèmes⁷¹?

Puisque de multiples facteurs déterminent l'état de santé d'une population, la collaboration et l'action intersectorielle deviennent de toute évidence nécessaires. Selon Marc Lalonde, le ministre fédéral de la Santé doit agir comme chef de file. Il faut aussi, selon lui, de nouvelles initiatives susceptibles d'améliorer la santé de la population canadienne, en particulier dans les domaines touchant la promotion de la santé et la prévention de la maladie :

Nous avons besoin d'un type d'action dont le ministre de la Santé peut être le chef de file, mais il ne peut être le seul acteur. Ce doit être une action collective du gouvernement, car dans presque tous les cas plusieurs ministères sont mis en jeu. Le coût n'est pas un problème. Un programme d'éducation publique sur l'obésité, par exemple, a un coût insignifiant comparé au budget de la santé. Ce qu'il faut, c'est la volonté de mettre en place des programmes et de les maintenir⁷².

⁷⁰ Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Voies vers une meilleure santé : Rapport final*, Ottawa, février 1999, p. 4-1.

⁷¹ Sholom Glouberman (9:9).

⁷² L'hon. Marc Lalonde (15:15).

CHAPITRE SIX

MYTHES ET RÉALITÉS

Le débat qui entoure actuellement le système de soins de santé du Canada est source d'une grande confusion. En effet, il est alimenté par des faits autant que par de fausses conceptions ou des idées erronées quant à la santé, aux soins de santé, au financement des soins et aux coûts des soins de santé. Ce débat est toutefois important, car il prépare le terrain des réformes de demain. Le Comité croit donc qu'il importe, pour éclairer le débat et l'étayer par des faits, de mettre en perspective un certain nombre d'arguments. Dans les sections qui suivent, nous présentons quelques-unes des notions les plus courantes ainsi qu'une courte analyse de celles-ci, afin de distinguer entre mythe et réalité. Nous espérons que cet exposé contribuera à une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux des soins de santé.

D'après les faits, et comparativement à d'autres systèmes, notre système de soins, pour ce qui est de la santé des Canadiens, n'est pas véritablement en situation de crise. Cependant, d'après l'image que nous en avons, la situation est critique. ... La crise est attribuable en partie aux mythes, aux croyances et aux valeurs liés aux soins de santé.

D^r J. Fraser Mustard, Mémoire au Comité, p. 1

6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé

Mythe : La cause la plus importante de la hausse des dépenses en soins de santé est liée à l'augmentation des besoins des Canadiens âgés.

Réalité : Les personnes de 65 ans et plus recourent davantage, en moyenne, aux services de santé que leurs cadettes. Cela dit, le vieillissement de la population n'est qu'un facteur parmi d'autres qui contribuent à la hausse des coûts des soins de santé. L'augmentation des dépenses dans le secteur des soins de santé tient à un mélange complexe de facteurs liés autant à la demande qu'à l'offre.

Les coûts des services de santé sont aussi influencés par d'autres déterminants, comme le recours aux nouvelles technologies, le coût des nouveaux médicaments, les besoins

changeants et les attentes du consommateur, et l'apparition de nouvelles maladies ou de nouvelles manifestations de maladies (p. ex. nouvelles souches de bactéries, retour en force de certaines maladies, telles que la tuberculose, les effets du réchauffement climatique sur la santé, le SIDA). Tous ces facteurs ont eu un effet important sur les coûts des soins de santé.

Quoiqu'il soit difficile de cerner ou de quantifier précisément l'incidence de chaque facteur, certains chiffres ont été mis à la disposition du Comité. Ainsi, selon le D^r Robert McMurtry, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé attribuable au vieillissement est d'environ 4,8 %. Il s'attend à ce que le pourcentage augmente de 0,6 % par an au cours des dix prochaines années⁷³. Par ailleurs, dans une étude de l'OCDE parue en 1995, on indique qu'environ la moitié de la hausse des dépenses en soins de santé dans les pays de l'OCDE entre 1960 et 1990 pourrait être attribuée à des facteurs tels que les progrès technologiques, la multiplication de la main-d'œuvre et des installations de santé et la majoration du prix réel des intrants des soins de santé⁷⁴.

Mythe : Il y a une escalade incontrôlée des dépenses en soins de santé au Canada.

Réalité : Comme nous l'avons dit au chapitre 4, il importe de soustraire l'effet de l'inflation pour pouvoir dégager les tendances à long terme en ce qui a trait aux dépenses de soins de santé. En effet, le dollar d'aujourd'hui n'équivaut pas à celui de 1975. Les données doivent être également pondérées selon la taille de la population.

Les dépenses en soins de santé par habitant, en dollars constants de 1992, ont bel et bien augmenté entre 1975 et le début des années 90, mais ont ensuite légèrement diminué entre 1992 et 1996. De même, le ratio des dépenses en santé au PIB, qui a augmenté durant la majeure partie des

La notion qu'elle a accentuée, à savoir que les coûts des soins de santé sont extrêmement élevés était un mythe, mérite d'être répétée. (...) Durant les années 90, nous consacrons 10 p. 100 de notre PIB aux soins de santé. D'après les données statistiques annuelles les plus récentes, ce chiffre n'est plus que de 8,9 p. 100. Selon les projections pour 1998 et 1999, il devrait remonter pour atteindre environ 9,1 p. 100, soit bien en deçà de ce qu'il était auparavant.

*D^r Robert McMurtry,
(8-20-71)*

⁷³ D^r Robert McMurtry (8:17).

⁷⁴ Howard Oxley et Maitland MacFarlan, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Documents de travail du Service d'études économiques n° 149, OCDE, Paris, 1995.

années 70 jusqu'au début des années 90, a régulièrement fléchi entre 1992 et 1997. Le Canada a donc réussi à maîtriser ses dépenses totales en soins de santé au cours des dix dernières années.

Mythe : Le vieillissement de la population accaparera demain beaucoup plus de ressources des budgets de soins de santé que ce n'est le cas aujourd'hui.

Réalité : Comme nous l'avons indiqué plus haut, le cap des 65 ans marque, statistiquement parlant, une hausse des dépenses en soins de santé par habitant. Cela dit, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé imputable au vieillissement est estimée à moins de 5 %. En outre, les Canadiens vivent de plus en plus longtemps et en meilleure santé. C'est donc dire que l'incidence prévue du vieillissement de la population doit peut-être être réévaluée. Alors qu'il est sage de garder l'œil sur les coûts associés au vieillissement, le véritable enjeu économique en matière de soins de santé réside ailleurs : il s'agit des soins de santé dispensés lors des six derniers mois de la vie d'une personne, peu importe son âge. Les coûts des soins médicaux montent en flèche lorsque la vie d'une personne tire à sa fin. La conclusion est claire : les coûts des soins de santé sont moins influencés par le vieillissement de la population que par la croissance démographique.

Il est clair que nous vivons plus longtemps. La corollaire de cette proposition est celle-ci: vivons-nous plus longtemps en meilleure santé ou non? Si nous vivons en meilleure santé, nous devrions nous attendre à ce que les coûts n'augmentent pas nécessairement avec le vieillissement. Les premières données démographiques publiées assez récemment par Statistique Canada montrent que nous vivons en fait à la fois plus longtemps et en meilleure santé. En conséquence, l'incidence prévisible sur le système de soins de santé ne sera pas nécessairement aussi forte qu'on a pu le penser.

*Dr. John S. Millar, ICIS
(14-39)*

6.2 Mythes entourant le financement public

Mythe : Le système de soins de santé canadien est entièrement financé par le secteur public.

Réalité : C'est faux! Selon les données de l'ICIS, 71 % des dépenses totales de santé en 2000 ont été imputées au secteur public, alors que 29 % ont été payées par le secteur privé.

Comme nous l'avons vu au graphique 4.7, le secteur public est la principale source de financement au chapitre de la santé publique (100 %), des soins hospitaliers (91 % et des services de médecins (99 %). Le privé intervient lorsqu'il s'agit d'éléments incomplètement visés par la *Loi canadienne sur la santé* (médicaments d'ordonnance, soins dentaires, soins de la vue, soins à domicile, etc.).

Mythe : Le seul problème est un manque d'argent. Si le gouvernement fédéral rétablissait les anciens niveaux de financement, les problèmes qui accablent le système de soins de santé seraient réglés.

Réalité : Bien qu'une injection supplémentaire de fonds publics puisse aider à résoudre les problèmes immédiats – longues listes d'attente, congestion des salles d'urgence, etc. – les témoins ont tous souligné l'importance de la stabilité et de la prévisibilité du financement fédéral. Dans la foulée de l'entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé, conclue le 11 septembre 2000, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-45, qui prévoit le versement de quelque 21 milliards de dollars en transferts monétaires supplémentaires au cours des cinq prochaines années. Selon lui, ce nouvel investissement assurera un financement stable, prévisible et croissant au titre du TCSPS.

Cela dit, de nombreux comités spéciaux et commissions ont eu pour tâche, au cours des dernières années, d'ausculter le système de soins de santé du Canada et de certaines provinces. Leurs conclusions ont été on ne peut plus claires : les problèmes que connaît notre système de soins de santé actuel ne seraient pas résolus même si les niveaux de financement d'hier étaient rétablis.

Au contraire, sans une nouvelle vision de ce que devrait être le futur système de soins de santé canadien, on courrait le risque de voir les nouvelles sommes investies exclusivement dans des secteurs traditionnellement financés par le secteur public (p. ex. les soins en hôpital ou en établissement de santé). Les témoins ont affirmé qu'avant de consacrer de nouveaux deniers publics aux soins de santé, il faut se poser trois questions essentielles : 1) Que sommes-nous prêts à sacrifier dans d'autres secteurs pour voir augmenter les investissements

en soins de santé? 2) Quel serait le rendement de notre investissement accru en soins de santé? 3) Quel est le meilleur équilibre entre la prévention et le traitement? En d'autres termes, l'affectation de ressources financières publiques limitées suppose certains compromis :

Plus on consacre d'argent au secteur de la santé, et vous savez que celui-ci représente aujourd'hui jusqu'à 40 p. 100 du budget de certaines provinces, moins on a d'argent pour d'autres choses comme les soins à la petite enfance. Il y a donc toujours un compromis à faire entre tous les besoins⁷⁵.

[...] Tous reconnaissent que sans croissance économique, il est inutile d'accroître le financement du régime de soins de santé. L'argent ainsi investi ne pourrait être dépensé ailleurs, par exemple dans l'enseignement, le soutien du revenu, la création d'emplois, et cetera⁷⁶.

[...] on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement secondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays⁷⁷.

6.3 Mythes entourant la *Loi canadienne sur la santé*

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* assure la prestation gratuite, partout au pays, des mêmes services de santé.

Réalité : Les services de santé régis par la *Loi canadienne sur la santé* sont déterminés selon le principe de la « nécessité médicale », qui relève du critère d'intégralité. Selon ce principe, tous les services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés par les régimes

[...] en vertu [du] critère [d'] intégralité de la LCS, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent assurer tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, aux personnes admissibles de la province ou du territoire. [...] la nécessité médicale n'est pas définie dans la loi et [...] c'est une question qui fait l'objet de négociations et qui peut susciter des divergences d'une province à l'autre.

Abby Hoffman, *Santé Canada*
(13:13).

⁷⁵ Dr. John S. Millar (14:49).

⁷⁶ Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:18-19).

provinciaux d'assurance-santé. Il appartient à chaque gouvernement provincial, en collaboration avec la collectivité médicale, de déterminer quels services répondent à l'exigence de la « nécessité médicale ».

Lors de sa présentation, la professeure Raisa Deber a expliqué que la *Loi* accorde une importante marge de manœuvre, puisque les provinces, tenues de respecter la définition minimale des soins assurés, sont toutefois libres d'en déborder. Elle souligne que le critère d'intégralité impose une norme minimale et non pas maximale. Au fil des ans, les provinces ont élargi l'éventail des services couverts par leur régime public, mais elles ne l'ont pas fait de façon uniforme. Cela a eu pour effet de faire varier considérablement la couverture publique des services de santé d'une province à l'autre. Frank Fedyk, directeur intérimaire de la Division de la conformité à la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada, a déclaré ceci :

Beaucoup de provinces ont des programmes de soins à domicile ou [de soins communautaires], mais c'est très inégal⁷⁸[...].

Les programmes de soins palliatifs au Canada franchissent diverses étapes de développement, comme c'est le cas des autres services de santé à domicile. Certains sont très avancés et comprennent des visites à domicile du médecin, de l'infirmière et d'autres professionnels de la santé. Malheureusement cette évolution varie en effet d'une province à l'autre, et ces programmes ne sont pas visés par la loi fédérale. Par conséquent, on se retrouve avec une mosaïque, et il n'existe pas de normes nationales⁷⁹.

Par ailleurs, la plupart des provinces ont désassuré certains services auparavant couverts sous leur régime public d'assurance-santé. Cela a contribué à élargir le fossé de la couverture publique entre les provinces. On trouve au tableau 6.1 une liste de quelques services de santé désassurés. Ainsi, l'enlèvement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, alors qu'il est toujours financé par le régime public à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. De plus, la protection varie considérablement dans le domaine des soins génésiques. Tandis que la gastroplastie est couverte par l'assurance-santé

⁷⁷ Guillaume Bissonnette (17:6).

⁷⁸ Frank Fedyk (13:14).

⁷⁹ Frank Fedyk, (13:21).

dans la plupart des provinces, elle ne l'est pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse ni au Yukon. Les habitants de ces provinces doivent donc payer de leur poche cette intervention chirurgicale.

TABLEAU 6.1
SERVICES DE SANTÉ DÉSASSURÉS, PAR PROVINCE

SERVICE (1)	PROVINCE
Circoncision du nouveau-né	T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., ALB., YK
Excision du xanthélasma (enlèvement d'amas de gras sur les paupières)	T.-N., N.-É., ONT.
Hypnothérapie	T.-N.
Extraction de dents enclavées	T.-N.
Otoplastie	T.-N., Î.-P.-É., N.-B., ONT., ALB.
Gastroplastie	N.-B., N.-É., YK
Détatouage	SASK., MAN., ONT.
Reperméabilisation tubaire	Î.-P.-É., N.-B., ONT., MAN., SASK., ALB., YK (service non assuré en N.-É. et en C.-B.)
Prothèses péniennes	N.-É., ONT., SASK.
Psychanalyse	MAN., QC
Examen de la vue (pour les gens âgés de 19 à 64 ans)	Î.-P.-É., N.-É., N.-B., QC, MAN., SASK., ALB.
Enlèvement de verrues ou de lésions cutanées bénignes	N.-É., N.-B., ONT., MAN., ALB., SASK., C.-B.
Deuxième examen ultrasonore ou examen ultrasonore subséquent lors d'une grossesse non complexe	N.-É., C.-B.
Fécondation in vitro	ONT., MAN. (service non assuré à T.-N., en N.-É. et dans les T.N.-O.)
Traitement sclérosant simple (traitement des varices)	QC, ONT., MAN. (service non assuré en N.-É.)
Insémination artificielle/intrautérine	N.-É., N.-B. (service non assuré en ALB.)
Évacuation de cérumen	N.-É.
Anesthésie associée à un service non assuré	N.-B., SASK., ALB.
Services chiropratiques	SASK.
Épilation des poils du visage	Î.-P.-É., ONT.
Réfraction oculaire	T.-N., SASK.
Chirurgie esthétique	ALB. (service non assuré à T.-N., en N.-É., à l'Î.-P.-É., au N.-B., au QC, au MAN., en SASK., en C.-B., au YK et dans les T.N.-O.)
Chirurgie de réduction/d'augmentation mammaire	N.-É., N.-B., ONT., C.-B.

(1) Sous réserve de certaines exceptions. Source : Santé Canada, Insured Services De-insured From 1990 by Province/Territory, cahier d'information préparé pour le Comité, section 12, février 2000.

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* interdit la participation du secteur privé à la prestation des services de santé.

Réalité : Le critère relatif à l'administration publique de la *Loi canadienne sur la santé* porte sur l'administration des régimes d'assurance provinciaux pour les services médicalement nécessaires et non sur la prestation des services de santé assurés. On y stipule que les régimes d'assurance-santé provinciaux doivent être administrés par un organisme public sans but lucratif. Dans la même veine, les régimes d'assurance privés ne peuvent pas couvrir des services assurés par le régime public. La *Loi* n'empêche toutefois pas les assureurs privés d'étoffer la couverture des régimes d'assurance-santé provinciaux. Les régimes privés peuvent servir à assurer – et, de fait, assurent – tout service qui n'est pas couvert ou qui n'est que partiellement couvert par les régimes publics (médicaments d'ordonnance obtenus ailleurs que dans un hôpital, chambres privées ou semi-privées, soins dentaires, soins de la vue, appareils et accessoires fonctionnels, services d'ambulance, soins de longue durée, chiropraxie, chirurgie esthétique, etc.).

En outre, la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas aux fournisseurs de services de santé privés de dispenser des soins assurés par la province et d'être remboursés pour ces soins, pour autant qu'il n'y ait aucune surfacturation ni aucuns frais modérateurs. En fait, la plupart des médecins sont des praticiens d'exercice

Tous les médecins qui perçoivent des honoraires peuvent donc être perçus comme des prestataires privés de soins de santé. De plus, il y a les organismes caritatifs, à but non lucratif. La confusion tient en partie au fait qu'au Canada, nous utilisons le terme « hôpital public » pour parler d'organismes privés. Les choses deviennent compliquées, parce que dès qu'on se prononce contre les « hôpitaux publics », on se heurte à la rigidité des fonctionnaires. Or, il ne s'agit pas de fonctionnaires, puisque ce sont des employés qui travaillent pour des hôpitaux à but non lucratif. Il n'y a pas tellement de raisons inhérentes pour qu'ils ne réalisent pas le même rendement que les organismes à but lucratif et pour qu'ils ne rapportent pas des gains aux actionnaires.

Professeure Raisa Deber, University of Toronto (8-16)

privé qui œuvrent indépendamment ou collectivement. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et réclament leurs honoraires directement auprès du régime d'assurance-santé provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent

aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement⁸⁰.

De même, plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils d'administration communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée et les services spécialisés tels que les centres de désintoxication⁸¹.

Nous savons qu'il existe des hôpitaux à but lucratif dans certaines provinces. Nous pensons par exemple à l'hôpital Shouldice en Ontario, établissement privé à but lucratif, protégé par une clause d'antériorité au moment de l'adoption du régime d'assurance-santé provincial. Les frais de ce genre d'établissements sont réglementés afin de réduire le risque de surfacturation des patients. Toutefois, le projet de loi 11 de l'Alberta, promulgué plus tôt dans l'année, permet la perception de frais par les établissements chirurgicaux privés à but lucratif offrant des services « à valeur ajoutée » obtenus en conjugaison avec des services assurés.

Le véritable débat au chapitre de la prestation de soins de santé ne repose pas sur le rôle du secteur privé, mais plutôt sur la distinction entre fournisseur de soins sans but lucratif et fournisseur à but lucratif.

Mythe : Le système de soins de santé du Canada – ou le régime d'assurance-santé – pourrait être administré aussi bien par le secteur privé que par le secteur public.

Réalité : La maladie constitue un impondérable. La demande en soins de santé est par conséquent imprévisible. Pour remédier à cette situation, l'assurance est la solution idéale. Le Canada a opté pour un système d'assurance-santé public plutôt que privé. Nos pas ont été guidés en partie par les échecs du marché. Par exemple, les sociétés d'assurance privées pourraient refuser d'assurer des clients vulnérables ou leur imposer des primes d'assurance

⁸⁰ Santé Canada, *Le système de soins de santé au Canada*, 1999, p. 2.

⁸¹ *Ibid.*

particulièrement élevées pour compenser le risque (ce qui est de plus en plus d'usage aux États-Unis). De surcroît, dans un marché d'assurance privé, les personnes à faible revenu seraient soumises au même barème que les personnes à revenu élevé et, de ce fait, seraient appelées à assumer une part proportionnellement plus élevée des coûts des soins de santé. Mais, avant tout, les Canadiens ont accordé leur préférence à un régime d'assurance-santé public universel, mus par leurs valeurs de compassion, d'équité et de justice sociale.

Tous les pays industrialisés, à l'exception notoire des États-Unis, ont mis sur pied des régimes d'assurance-santé dans un but qu'ils ont tous en commun, soit de s'assurer que tous leurs citoyens ont accès à une gamme exhaustive de services de qualité supérieure en fonction de leurs besoins et non pas en fonction de leur capacité de payer. Voilà l'objectif de redistribution que partagent la plupart des pays industrialisés, à l'exception des États-Unis.

Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:15)

Par contraste, nos voisins du Sud se sont résolument tournés vers un système d'assurance santé privé. Le régime américain, peu importe la façon dont on en évalue les dépenses, est le plus onéreux du monde. Le système canadien, principalement financé par le secteur public, s'est révélé moins coûteux à administrer et plus rentable que sa contrepartie américaine. En fait, on estimait, il y a quelques années, dans le *New England Journal of Medicine*, que le Canada économisait un point de pourcentage de son PIB par rapport aux États-Unis grâce à son approche à « payeur unique ».

De plus, notre système d'assurance-santé et les principes nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* – universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique – sont applaudis par les Canadiens.

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* a constitué un changement dramatique.

Réalité : La *Loi canadienne sur la santé* est une consolidation des lois antérieures sur l'assurance-hospitalisation (1957) et l'assurance médicale (1966). L'hon. Monique Bégin a signalé au Comité que la plupart des principes et des conditions énoncés dans la *Loi* existaient déjà dans les mesures législatives antérieures :

[...] les cinq principes ou conditions de la *Loi canadienne sur la santé* [...] existaient dans les mesures législatives précédentes. [...] Il y avait à l'origine quatre principes. L'accessibilité était incluse comme découlant en quelque sorte de l'universalité, mais nous en avons fait une cinquième condition officielle. La loi a fusionné les deux lois précédentes, reprenant tout ce qu'elle pouvait de l'esprit et des conditions des lois précédentes⁸².

Ce que la *Loi canadienne sur la santé* a introduit de nouveau est une mention explicite de l'accès gratuit et l'ajout de restrictions précises afin d'éviter des frais aux patients sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation.

6.4 Mythes entourant la privatisation

Mythe : Un système de soins de santé à deux vitesses est une notion que tous perçoivent de la même façon.

Réalité : On entend presque chaque jour des affirmations contradictoires ou déroutantes au sujet d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada. Les politiciens, les fournisseurs de services de santé et même les experts du domaine de la santé ont des opinions fort différentes sur l'existence d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada parce qu'ils ont tous leur propre définition de cette notion.

S'il est une affirmation à laquelle souscriraient sans doute tous les chefs de parti engagés dans les élections fédérales actuelles, c'est bien celle qui figurait sur le carton aide-mémoire de Stockwell Day : « Pas de système de soins de santé à deux vitesses ». Pourtant, aucune autre question n'a autant soulevé les passions pendant cette campagne. Ce paradoxe est au cœur du problème : La notion de « système de soins de santé à deux vitesses » est ambiguë et comporte un aspect négatif qui en fait une arme politique opportune, mais elle ne dit rien des véritables intentions de ses utilisateurs en matière de politique. [traduction libre]

Carolyn Hughes Tuohy, « Comment », Globe and Mail, 17 novembre 2000, p. A-23.

Le plus souvent, l'expression « système à deux vitesses » désigne deux systèmes de soins de santé parallèles : un système entièrement financé par l'État et un système privé. Elle sous-entend un accès différent aux soins de santé selon qu'on a ou non la capacité de payer, et non pas selon le besoin qu'on a d'avoir recours à ces services. Ceux qui peuvent se permettre

⁸² L'hon. Monique Bégin (16:8).

de payer peuvent également obtenir des soins plus rapidement ou de meilleure qualité, alors que le reste de la population continue d'avoir accès aux seuls soins de santé fournis dans le cadre du régime public.

Dans le secteur des soins de santé au Canada, toutefois, il existe diverses interprétations de la notion de système à deux vitesses :

- Pour certains, un système à deux vitesses est un système dans lequel les patients doivent payer des frais modérateurs pour avoir accès à des services médicalement nécessaires.
- Pour d'autres, un système à deux vitesses est un système dans lequel certains patients paient pour se faufiler en tête de file et recevoir plus rapidement des soins médicalement nécessaires.
- Pour d'autres encore, il s'agit de deux systèmes distincts et parallèles fournissant des services médicalement nécessaires. Un des systèmes est accessible et entièrement financé par l'État, alors que l'autre est entièrement privé et permet aux patients de payer pour être traités plus rapidement et différemment. Les deux systèmes se font concurrence pour fournir des services assurés par le régime public. Pour obtenir des soins de santé privés, les patients doivent cependant assumer personnellement la totalité des coûts ou se faire rembourser par leur régime d'assurance privée.
- D'autres pensent que, dans un système à deux vitesses, certains soins de santé sont offerts gratuitement à certains citoyens, mais que d'autres services ne sont offerts qu'à ceux qui peuvent les payer. Selon cette définition, le système actuellement en place au Canada pourrait sûrement être considéré comme un système à deux vitesses, puisque certains médicaments coûteux prescrits par un médecin ne sont pas payés par l'État et ne sont accessibles qu'à ceux qui peuvent les payer personnellement ou qui ont un régime privé d'assurance-médicaments.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, tous les Canadiens doivent avoir accès aux services « médicalement nécessaires » d'hôpitaux et de médecins, selon leurs besoins et sans entrave de nature financière. La *Loi* cherche à dissuader les provinces d'exiger des frais modérateurs pour les services de santé assurés, et le gouvernement fédéral, pour les y inciter, diminue les transferts de fonds aux provinces qui autorisent cette pratique. La *Loi* n'interdit pas explicitement une médecine à deux vitesses (quelle que soit la définition qu'on donne à l'expression « deux vitesses »); elle cherche plutôt à dissuader les provinces d'emprunter cette

voie. C'est cette puissante mesure dissuasive qui a fait dire au Forum national sur la santé, dans son rapport de 1997, que le Canada a un système à une vitesse pour les services médicalement nécessaires d'hôpitaux et de médecins.

La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique cependant qu'aux services fournis par les hôpitaux et par les médecins. Tous les autres soins de santé sont soit financés en partie par l'État et en partie par le secteur privé, soit financés entièrement par le secteur privé. Il s'agit d'avantages additionnels comme les médicaments sur ordonnance, les services d'optométrie, les soins de longue durée et les soins à domicile ainsi que les chambres d'hôpitaux privées et semi-privées, les examens médicaux exigés par les assureurs, etc.

Certains services de santé depuis longtemps considérés comme la responsabilité du régime public sont maintenant offerts par le secteur privé. Il s'agit par exemple de services de diagnostic fournis par des cliniques d'imagerie par résonance magnétique dans certaines villes de certaines provinces (à savoir, le Québec et l'Alberta). Les patients peuvent y obtenir une scanographie à condition d'en assumer totalement le coût. L'un des dangers de ces cliniques privées est qu'elles offrent la possibilité à ceux qui peuvent se permettre de payer de passer devant tout le monde. Ces personnes obtiennent leur test de diagnostic plus rapidement et retournent ensuite au régime public en passant devant les patients qui attendent encore de subir ces tests. Le nombre de telles cliniques privées demeure limité, mais certains analystes affirment que leur seule présence est la preuve de l'existence d'un système à deux vitesses au Canada. D'autres soutiennent que la seule possibilité d'y avoir recours constitue à tout le moins un pas vers l'érosion graduelle du système de soins de santé financé par l'État et vers la prestation de services de santé de second niveau.

Il est également possible de s'adresser à d'autres établissements privés de soins de santé au Canada sans avoir été envoyé par un médecin ou sans qu'il y ait nécessité médicale. Ces établissements offrent des chirurgies d'un jour, comme l'extraction de cataractes, à titre entièrement privé. Le chirurgien n'est pas payé par le régime public de la province et le patient n'est pas non plus remboursé par ce régime. Les patients assument donc eux-mêmes la totalité des coûts, car la plupart des provinces n'autorisent pas l'existence d'assurances

privées pour des services de santé fournis par le régime public. Cette interdiction de détenir des assurances privées pour couvrir des services déjà couverts par le régime public d'assurance-santé vise à empêcher l'existence d'établissements privés offrant des services fournis gratuitement par les régimes provinciaux. En fait, certains prétendent qu'en autorisant les assureurs privés à concurrencer le régime public, on ouvrirait la porte à un système à deux vitesses au Canada.

La question de savoir si la prestation de soins de santé par le secteur privé pourrait contribuer à améliorer l'accès au régime public ou son efficacité mérite certes d'être soulevée. Une autre question importante est celle du droit de chaque Canadien d'offrir ou d'utiliser des solutions de rechange provenant du secteur privé à la place de ce qui est offert par le régime public. Ces questions sont fondamentales et doivent être débattues lors des discussions sur l'avenir du système canadien de soins de santé.

Mythe : En adhérant au principe du marché libre, nous remédierions au problème des longues listes d'attente et aux autres problèmes associés au système de soins de santé public.

Réalité : Les tenants de cette philosophie affirment qu'un marché libre permettrait de réduire le nombre d'inscrits sur les listes d'attente. Selon eux, les riches n'iraient pas alourdir les listes publiques puisqu'ils solliciteraient les services du système privé. Si on en croit cette théorie, les inscrits sur les listes d'attente auraient à patienter moins longtemps et obtiendraient plus rapidement les soins nécessaires.

On a fait valoir au Comité que l'introduction d'un système de soins privé risquerait de monopoliser un grand nombre de fournisseurs de soins de santé et, conséquemment, de causer une pénurie de professionnels de la santé dans le système public. Cette situation entraînerait probablement des listes d'attente publiques plus longues.

On a également indiqué au Comité que la prestation de soins de santé en vertu d'un système de libre marché s'avérerait plus coûteuse. Dans son exposé, le D^r Mustard a en effet déclaré ce qui suit :

Le point au cœur du débat est que le système de soins de santé résiste aux concepts du secteur productif ou rentable de la société [...] la privatisation des soins de santé n'augmente pas l'efficacité ni ne réduit les coûts. De récentes évaluations du système américain ont permis d'arriver à d'éloquents conclusions. La conversion des hôpitaux à but non lucratif en hôpitaux à but lucratif s'est traduite par une hausse des dépenses en soins de santé dans la région affectée. Le retour au système de prestation de soins sans but lucratif a eu l'effet inverse, soit une diminution des dépenses en santé moyennes par habitant⁸³ [*Traduction libre*].

Mythe : Le système de soins de santé américain est financé à 100 % par le secteur privé.

Réalité : Selon les plus récentes données de l'OCDE, la part de l'investissement privé dans les dépenses totales en soins de santé aux États-Unis était de 55 % en 1998, alors que celle du secteur public était de 45 %. Lors de son témoignage, le professeur Mark Stabile, de l'Université de Toronto, a décrit comme suit les programmes Medicare et Medicaid, principaux régimes d'assurance-santé publics des États-Unis :

Tandis que la majorité des Américains adhère à des régimes privés d'assurance-santé, qui leur sont offerts principalement par leur employeur, un grand nombre d'Américains ont également droit à l'assurance publique. Aux États-Unis, les deux plus grands régimes d'assurance publique sont le programme Medicare, qui s'applique à tous les Américains de plus de 65 ans, de même qu'aux handicapés et aux Américains qui souffrent d'une insuffisance rénale permanente, et le programme Medicaid, qui s'adresse aux pauvres. Le programme Medicare est un programme fédéral, tandis que le programme Medicaid est géré par les différents États. Vingt-cinq pour cent des Américains affirment que Medicare ou Medicaid est leur source principale d'assurance-santé⁸⁴.

De plus, les systèmes Medicare et Medicaid américains prévoient des frais modérateurs et offrent une couverture moindre que le système canadien.

Mythe : La véritable solution de rechange au modèle canadien actuel de système de soins de santé est le modèle américain.

⁸³ Dr Fraser Mustard, *Myths, Beliefs, Values, Facts and Health Care*, mémoire présenté au Comité, p. 3.

⁸⁴ Mark Stabile (14:12).

Réalité : Plusieurs autres modèles méritent qu'on s'y attarde, en particulier ceux de l'Europe. Les systèmes de soins de santé peuvent être classés selon la façon dont ils sont organisés, financés, réglementés et déployés. À un extrême, on trouve les systèmes principalement financés et gérés par le secteur public, comme celui du Royaume-Uni, et à l'autre, les systèmes dits privés, principalement financés et déployés par le secteur privé, comme celui des États-Unis. Le système de soins de santé de la plupart des pays membres de l'OCDE est un hybride de systèmes

Il est intéressant de noter que, comme voisin de la nation où la majeure partie des coûts des soins de santé sont financés par le secteur privé, nous, en tant que consommateurs, n'écoutons pas ce que de nombreux Américains réfléchis essaient de nous dire au sujet des problèmes qui touchent leur système de soins de santé.

D^r J. Fraser Mustard, mémoire au Comité, p. 3.

publics et privés. On constate des distinctions parmi ces pays au chapitre de la part d'intervention des secteurs public et privé. Ainsi, dans certains pays, le secteur privé vient compléter le secteur public (par exemple, en Grande-Bretagne et en Australie). Ailleurs, certaines catégories de la population sont protégées par un régime d'assurance-santé public, alors que les autres doivent compter sur un régime privé (par exemple, aux États-Unis et en Allemagne). Les leçons que le Canada peut tirer des modèles de système de soins de santé offerts par d'autres pays de l'OCDE feront l'objet du rapport du Comité à la phase trois de la présente étude.

6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé

Mythe : L'imposition de frais modérateurs permettrait de réduire le nombre de patients qui abusent du système de soins de santé.

Réalité : Certaines personnes sont d'avis que l'imposition de frais modérateurs limiterait l'utilisation non fondée (ou l'abus) par les patients, réduisant ainsi les dépenses en soins de santé. Or, selon plusieurs études, les frais modérateurs risquent d'inciter les patients à remettre à plus tard des visites chez le médecin qui peuvent être importantes pour leur santé, ce qui entraînerait des complications et, donc, un fardeau financier plus lourd pour le système de soins de santé. De plus, les études mettent en évidence le fait que les frais modérateurs peuvent avoir un effet dissuasif chez les personnes à faible revenu.

Martin Zelder, directeur de la recherche en politiques de santé au Fraser Institute et partisan des frais modérateurs, convient de l'effet dissuasif de ces frais chez les personnes moins bien nanties : « Oui, on décourage les gens à faible revenu de demander les soins qui amélioreront leur santé s'ils sont tenus de payer des frais modérateurs ou d'utilisation⁸⁵ ». Il suggère donc que des frais modérateurs soient perçus auprès de tous les particuliers à l'exception des personnes à faible revenu. Cette approche exigerait alors un examen des ressources financières des gens : « pour exempter les personnes à faible revenu du paiement des frais d'utilisation. Cet examen des ressources est nécessaire pour s'assurer qu'on ne leur cause pas de problèmes financiers⁸⁶ ».

En Nouvelle-Zélande, si vous allez voir votre médecin, c'est vous qui payez. Il y a des problèmes réels au niveau des conséquences. La mortalité infantile augmente. Il y a le problème d'accès pour les revenus faibles.

*Professeure Colleen Flood,
University of Toronto (14:31)*

Toutefois, l'imposition d'un examen des ressources financières va à l'encontre des attentes et des valeurs des Canadiens. En ce qui a trait à l'incidence des frais modérateurs sur les dépenses globales en soins de santé, le professeur Evans a déclaré :

Malgré les frais modérateurs élevés aux États-Unis, et malgré les frais modérateurs élevés pour les produits pharmaceutiques au Canada, ces coûts augmentent en fait plus rapidement que ceux du système public⁸⁷.

6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population

Mythe : L'état de santé de la population s'améliore proportionnellement à la disponibilité des soins de santé.

Réalité : L'information présentée au chapitre 5 révèle clairement que la santé de la population est déterminée

Les dépenses de santé du secteur public, par habitant, sont plus élevées aux États-Unis qu'au Canada. Les États-Unis dépensent également plus dans le secteur privé, c'est-à-dire par le truchement des régimes d'assurance privés et des dépenses individuelles. Pourtant, les Canadiens font partie des gens les mieux en santé au monde, alors que les Américains se situent au vingt-cinquième rang du point de vue de l'espérance de vie.

Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:34)

⁸⁵ Martin Zelder (12:39).

⁸⁶ Martin Zelder (12:40).

⁸⁷ Robert Evans (12:41-42).

par plusieurs facteurs autres que la seule prestation de services de santé. L'augmentation des investissements dans le système de soins de santé traditionnel ne se traduira pas systématiquement par une amélioration proportionnelle de l'état de santé de la population. En fait, il importe de ne pas miser excessivement sur la prestation de services de santé traditionnels comme principal moyen d'améliorer la santé de la population.

Il faut accorder davantage d'attention aux déterminants non médicaux qui contribuent à la bonne santé (p. ex. un bon revenu, le développement de la petite enfance, l'emploi, etc.), à l'élaboration de stratégies de lutte contre les risques pour la santé, la maladie et l'invalidité ainsi qu'à l'évaluation et à la mesure des résultats d'interventions sur la santé. Pour illustrer l'importance des autres facteurs pour la santé des Canadiens, le D^r McMurtry a fourni les exemples suivants⁸⁸ :

- Actuellement, le Canada enregistre chaque année 66 millions de jours d'absence de la main-d'œuvre. Soixante pour cent de ces absences sont liées au stress. La réduction du stress au travail pourrait non seulement améliorer la santé des Canadiens, mais encore augmenter indirectement notre productivité et alléger le fardeau financier imposé au système de soins de santé.
- Quatre-vingts pour cent des personnes de 65 et plus arrivent aux deux derniers rangs dans les sondages internationaux sur l'alphabétisation des adultes. Plus de la moitié d'entre elles ont du mal à comprendre leurs ordonnances.

L'investissement de ce côté recèle de meilleures promesses de retombées sur l'amélioration de la santé des Canadiens qu'un investissement comparable dans la prestation de soins de santé.

Mythe : La réforme des soins de santé est à l'origine d'une détérioration de la santé des Canadiens.

Réalité : L'état de santé des Canadiens, évalué d'après l'espérance de vie et les taux de mortalité, a continué à s'améliorer pendant la période de réforme. Dans son mémoire au Comité, le D^r Fraser Mustard a fait mention d'un rapport récent de l'OCDE, selon lequel

l'état de santé des Canadiens serait demeuré un des plus enviables malgré la réforme des années 90 :

Les bouleversements qu'a pu connaître notre système de soins de santé ne nous ont pas désavantagés, du point de vue sociétal, par rapport aux autres pays⁸⁹ [traduction libre].

Mythe : La fermeture d'hôpitaux a compromis la santé des Canadiens.

Réalité : Chaque année, au cours des dix dernières années, le nombre de lits dans les hôpitaux a décliné au Canada. Ainsi, dans les régions rurales de la Saskatchewan, 53 petits hôpitaux ont été fermés ou convertis en centres sanitaires et 727 places ont été éliminées dans les hôpitaux de Winnipeg, au Manitoba. En dépit de ces coupures, l'état de santé général des populations affectées (évalué selon les taux de mortalité) a continué à s'améliorer et la qualité des soins (mesurée à l'aide d'indicateurs tels que la réadmission subséquente à un congé et le nombre de visites en salle d'urgence) ne s'est pas détériorée.

Mythe : Les Autochtones jouissent du même niveau de santé que les autres Canadiens.

Réalité : L'espérance de vie des Autochtones du Canada est inférieure d'au moins 5 ans à celle du Canadien moyen. L'écart est énorme. On estime que pour prolonger de cinq ans l'espérance de vie des Autochtones, il faudrait éliminer tous les décès causés par les maladies cardiovasculaires (la principale cause de décès) et pratiquement tous les décès associés au cancer (la deuxième cause)⁹⁰. Bien que le problème puisse sembler insurmontable, le Comité a été informé d'un certain progrès :

En moyenne, l'état de santé des populations autochtones, par rapport au reste de la population, est en train de s'améliorer. Les disparités sont importantes

⁸⁸ Dr Robert McMurtry (8:25).

⁸⁹ Dr J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité, le 22 mars 2000, p. 2.

⁹⁰ ICIS, *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, p. 6.

et continuent d'exister. Il ne fait pas de doute qu'il reste beaucoup à faire. Il est certain aussi que des améliorations importantes ont été réalisées⁹¹.

Quoiqu'il soit apparent que l'état de santé général des Autochtones laisse à désirer, les causes de cette situation sont plus obscures. Les Canadiens autochtones ont moins de chance de terminer leurs études secondaires et courent un risque deux fois plus élevé de se trouver sous le seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada⁹². Voilà qui pourrait aider à expliquer certains des facteurs contribuant à l'incidence plus marquée de problèmes de santé dans la population autochtone. Dans la phase deux de son étude, le Comité examinera les préoccupations des Canadiens autochtones en matière de santé dans l'espoir de mieux comprendre leurs besoins précis, de définir des interventions préventives et d'examiner la responsabilité fédérale.

6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement

Mythe : Le Canada est le seul pays du monde dont le système de soins de santé comporte des listes d'attente et des délais d'attente.

Réalité : C'est faux! À la séance que le Comité a organisée sur les systèmes de soins de santé d'autres pays, les spécialistes ont affirmé que le problème des listes d'attente était bien pire en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et dans d'autres pays où l'assurance privée fait concurrence au système public :

Au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, où il existe ce régime d'assurance privé supplémentaire, qui, je le répète, est très différent de celui des Pays-Bas, les listes d'attente sont infiniment plus longues. En fait, en pourcentage de la population, elles sont cinq fois plus longues en Nouvelle-Zélande et trois fois au Royaume-Uni. C'est peut-être dû au fait que s'il existe un tel régime d'assurance privée, la classe moyenne et les bien nantis ne sont pas incités à exercer des pressions pour que le régime public soit amélioré⁹³.

⁹¹ Abby Hoffman (13:10).

⁹² Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, pp. 34 et 41.

⁹³ Colleen Flood (14:19).

Mythe : Le système de soins de santé du Canada est complètement dérégulé.

Réalité: Le système de soins de santé n'est pas complètement dérégulé, il subit actuellement une transformation nécessaire. Les témoins ont fait mention de la nécessité de trouver des moyens de cesser de nous préoccuper du maintien du statu quo et d'un système de soins de santé dont les fondations ont été jetées il y a quelque cinquante ans. On nous a expliqué qu'en dépit de toutes ses qualités, notre système n'est plus adapté aux besoins actuels et futurs de notre société.

Le fait est que les soins peuvent maintenant être dispensés par une plus grande variété de professionnels de la santé. De plus, les soins peuvent être prodigués dans des contextes plus variés – non seulement dans les hôpitaux, mais aussi au domicile et au sein de la communauté. On voit émerger de nouvelles technologies qui réduisent, voire éliminent, certaines interventions chirurgicales.

Le système de soins de santé canadien a été élaboré à la fin des années 60 et au début des années 70. Les temps ont beaucoup changé en ce qui concerne l'administration et la prestation des services de santé. Ces changements doivent être intégrés aux fondements du système de soins de santé. Justifier le maintien du statu quo par l'efficacité du système de soins de santé au cours des quarante premières années de son existence ne résiste pas à l'examen.

Mythe : Le système de soins de santé doit être remanié de fond en comble.

Réalité : C'est faux! Le système actuel a beaucoup d'aspects positifs, notamment la confiance qu'il inspire au public. En effet, les malades et les blessés savent qu'ils peuvent accéder relativement facilement à toute une gamme de services de qualité qui leur permettront de recouvrer la santé. D'ailleurs, le public a tout lieu d'avoir confiance. Les professionnels, les établissements et les organismes de santé du Canada ont à cœur l'intérêt du public. Nous devons optimiser les qualités du système tout en nous ouvrant à des

possibilités toutes nouvelles. En d'autres termes, bien que notre système de soins de santé ait besoin d'être réformé, il n'est pas nécessaire de le transformer complètement.

Mythe : Pour maintenir l'intégrité du système, il faut que le gouvernement fédéral y injecte d'importantes sommes d'ici les 12 à 24 mois.

Réalité : L'injection de fonds est essentielle, mais il est tout aussi important de doter notre système de soins de santé d'une vision d'avenir. C'est ainsi que nous pourrions orienter les investissements vers une nouvelle trajectoire, plutôt que simplement les utiliser pour revenir à la case de départ. Le D^r Robert McMurtry a souligné que :

les principes fondamentaux sous-tendant la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, énoncés en 1966, sont toujours valables. En revanche, ce qui nous manque, c'est une vision unificatrice de l'avenir. Il me semble que c'est quelque chose d'impératif si nous voulons réaliser des progrès⁹⁴.

La récente entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé marque une étape importante de la progression vers une vision commune fondée sur des principes partagés et l'engagement de collaborer. Les gouvernements ont convenu de collaborer sur de nombreux plans importants, notamment :

- améliorer l'accès en temps opportun aux services de santé, et leur qualité;
- renforcer les investissements dans l'éducation sanitaire et les stratégies pour prévenir la maladie;
- accélérer la réforme des soins primaires;
- renforcer l'investissement dans les soins à domicile et les soins communautaires;
- investir dans les technologies d'information et de communication relatives à la santé, ainsi que dans l'équipement et de nouvelles technologies et installation relatives aux soins de santé;
- mesurer et surveiller le rendement des services de santé et en faire rapport⁹⁵

⁹⁴ D^r Robert McMurtry (8:21).

⁹⁵ Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, 11 septembre 2000 (affiché à l'adresse www.scics.gc.ca).

6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé

Mythe : La rémunération à l'acte est le seul modèle qui satisfera les médecins.

Réalité : La plupart des médecins du Canada tirent leur revenu d'un système de rémunération à l'acte. Toutefois, tout porte à croire que les médecins préféreraient un autre modèle de rémunération. Un sondage réalisé en 1999 par l'Association médicale canadienne a révélé que seulement 33 % des répondants préfèrent la rémunération à l'acte. Vingt et un pour cent ont indiqué préférer un salaire, alors que moins de 1 % optent pour le paiement par capitation. Quelque 35 % ont exprimé une préférence pour une rémunération mixte (p.ex. conjugaison de la rémunération à l'acte et du paiement par capitation). Selon les données d'un récent rapport de l'ICIS, le pourcentage de médecins rémunérés par un système autre que celui de la rémunération à l'acte varie actuellement selon les provinces de 2 % à 53 % (en Alberta et au Manitoba, respectivement).

Le système de rémunération à l'acte présente des inconvénients. Le Comité a appris de Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, que :

Les médecins de famille rémunérés à l'acte gagnent suffisamment bien leur vie en pratiquant de 9 heures à 17 heures dans un cabinet sans devoir entretenir des liens avec un hôpital ni assumer les responsabilités que cela implique.

Mais le barème d'honoraires ne leur assure un bon revenu que s'ils ont beaucoup de patients et des délais d'exécution courts. Pour gagner beaucoup, ils doivent donc ne traiter que les cas assez simples. Les patients présentant des cas lourds sont aiguillés vers des spécialistes ou les services d'urgence des hôpitaux. Comme ces médecins ne font que du « 9 à 5 », même leurs patients, s'ils ont besoin d'eux après 17 heures, doivent se rendre à l'hôpital, quelle que soit la gravité de leur cas⁹⁶.

Mythe : Le rôle des infirmières et infirmiers demeure ce qu'il a toujours été, soit de prêter main-forte aux médecins dans les hôpitaux ou les cliniques.

⁹⁶ Graham W. S. Scott, mémoire présenté au Comité, juin 2000, p. 7.

Réalité : La profession d’infirmière et d’infirmier a connu une transformation fondamentale au cours des années. Les infirmières et infirmiers d’aujourd’hui contribuent à tous les points de prestation des soins de santé : les hôpitaux, les établissements privés et les communautés. Au Canada, au moins 12 000 infirmières et d’infirmiers ont un certificat de spécialisation⁹⁷ et mettent leurs connaissances à profit au sein d’une équipe spécialisée. Ils jouent un rôle essentiel d’intégration et de communication auprès des patients et de leurs familles.

Lors de son témoignage, Graham Scott a indiqué que les infirmiers et infirmières jouissent maintenant de la reconnaissance professionnelle que commandent leurs compétences. Par exemple, dans certains hôpitaux universitaires ou grands hôpitaux communautaires, ils sont considérés davantage comme partie intégrante de l’équipe de soins que comme des adjoints ou du personnel d’appoint. Cela contraste vivement avec la hiérarchie traditionnelle, selon laquelle seul le médecin prend les décisions.

On a informé le Comité que, malgré les importants progrès réalisés dans le secteur des soins infirmiers, la profession doit actuellement composer avec des enjeux qui risquent d’affecter l’intégrité du système de soins de santé. De toutes les catégories professionnelles, ce sont les infirmières et les infirmiers qui prennent le plus de journées de congé et qui ont le plus d’accidents du travail et de maux de dos⁹⁸. L’âge moyen des infirmières et infirmiers est de 45 ans, ce qui veut dire que ces personnes prendront probablement leur retraite d’ici les 10 à 15 prochaines années. De plus, 50 % des infirmières et infirmiers ne travaillent pas à temps plein et plusieurs ont deux, trois, voire quatre employeurs⁹⁹.

⁹⁷ Mary Ellen Jeans (8:21).

⁹⁸ Dr. John S. Millar (14:5).

⁹⁹ Mary Ellen Jeans (8:21).

CONCLUSION

Le présent rapport constitue l'étape finale de la phase un de l'étude sur les soins de santé entreprise par le Comité. Il s'agit d'une synthèse des témoignages entendus entre mars et septembre 2000. Les propos qu'il contient sont également inspirés de documents soumis au Comité ou portés à son attention.

Dans la phase un, le Comité a été sensibilisé aux origines de l'assurance-santé publique au Canada et à son état actuel. Nous comprenons maintenant mieux le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé pour ce qui est du financement et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous avons une idée plus précise des opinions des Canadiens sur le système de soins de santé et les politiques en matière de soins de santé. Nous avons obtenu beaucoup de renseignements sur les dépenses en soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens. Nous savons aussi ce qu'il en est des dépenses du Canada en matière de soins de santé par opposition à celles d'autres pays et comment l'état de santé des Canadiens se compare à celui d'autres peuples.

Armés de ce trésor d'information, nous avons tenté de donner l'heure juste à ceux qui débattent du système de soins de santé au Canada en distinguant le mythe de la réalité. Nous espérons que le présent rapport constituera un outil de référence utile à tout groupe ou particulier désirant participer aux prochaines étapes de l'étude du Comité.

Les prochaines étapes

La phase deux de l'étude, qui sera amorcée en mars 2001, vise à permettre au Comité de se familiariser avec l'ensemble des facteurs actuels et éventuels qui contribueront à amener un changement au sein du système de soins de santé. Le Comité y explorera les répercussions, pour le système de soins de santé canadien, des éléments suivants :

- le vieillissement de la population et les exigences croissantes imposées au système si les tendances passées et présentes se maintiennent;

- la population autochtone croissante et ses besoins précis au chapitre de la santé, compte tenu de l'incidence supérieure, chez ce groupe, de troubles tels que le syndrome de l'alcoolisme fœtal, le VIH/sida, la tuberculose, le diabète, les lésions corporelles et les maladies chroniques;
- les progrès technologiques, notamment en pharmacologie, pouvant affecter l'organisation, la prestation et les coûts des soins de santé et soulever des problèmes d'efficacité et d'éthique;
- l'apparition de nouvelles maladies et le retour en force d'« anciennes » maladies susceptibles d'exiger des thérapies et des traitements onéreux;
- les attentes des patients et des fournisseurs de soins, qui peuvent entraîner un abus des services ou une prestation induue de services;
- l'incidence de la recherche en santé, recherche qui est un élément crucial du système. Le système de soins de santé du Canada reposera de plus en plus sur l'information scientifique relative aux facteurs biologiques et sociaux qui nuisent à la santé, ainsi que sur des données objectives relatives à la santé et aux soins. Par exemple, l'identification de quelque 30 000 gènes qui déterminent notre vulnérabilité à la maladie marquera une révolution qui pourrait transformer la recherche en santé et le système de soins¹⁰⁰;
- la nécessité de données sur la santé suffisantes et comparables pour étayer des décisions judicieuses quant à l'affectation de ressources et à la prestation de soins;
- la préoccupation croissante quant à la charge de travail, au stress et au vieillissement de nos fournisseurs de soins. La planification des ressources humaines dans le secteur de la santé est une démarche complexe qui doit tenir compte à la fois des besoins de la population et de ceux des professionnels de la santé;
- les enjeux propres aux régions rurales et aux régions éloignées en ce qui a trait à la santé;
- le rôle prophylactique de la promotion d'habitudes de vie saines;
- l'incidence des troubles de santé mentale au sein de la société canadienne et ses répercussions sur la prestation de soins.

¹⁰⁰ La technologie des cellules souches illustre bien aussi les répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Récemment, des chercheurs en médecine de l'Alberta ont réalisé des percées remarquables. Ils ont prélevé des cellules saines d'un pancréas fonctionnant normalement et les ont implantées dans un diabétique tributaire d'injections d'insuline. Des mois après l'intervention, le patient n'a toujours plus besoin d'injections. Non seulement il n'aura plus à acheter d'insuline durant sa vie, mais il risquera beaucoup moins de souffrir des complications du diabète, comme de perdre la vue ou de développer des problèmes cardiaques. Cette percée améliore la qualité de vie et pourrait épargner le coût des soins que nécessitent la maladie et ses complications.

La phase deux de l'étude sera axée sur la rentabilité et la viabilité, et aboutira à la rédaction d'un rapport sur les principaux facteurs qui influenceront le système de soins de santé du Canada au cours des 25 prochaines années. Ce rapport devrait être déposé en juin 2001.

Dans la phase trois de l'étude, les membres du Comité se pencheront sur les expériences d'autres pays. Ils obtiendront des renseignements et des analyses tout récents grâce à une série de vidéoconférences. Ponctuées d'interventions d'experts et de professionnels du Canada, les audiences permettront aux membres du Comité :

- d'examiner les systèmes de soins de santé de certains pays, y compris leurs objectifs et leurs principes, et leur méthode de prestation;
- de comparer les pays choisis entre eux et avec le Canada;
- d'étudier les forces et les faiblesses des principales approches.

La phase trois de l'étude se conclura par un rapport rendant compte de l'évolution des systèmes d'autres pays et des conclusions tirées de la comparaison. Ce rapport devrait être prêt en juin 2001.

Dans la phase quatre, le Comité s'inspirera des conclusions des trois premières phases de l'étude pour proposer des options stratégiques relatives au système de soins de santé canadien. La démarche aura deux volets connexes :

- définir un cadre de principes et d'objectifs fondamentaux;
- identifier des options pour la réalisation de ces principes et objectifs.

Le rapport de la phase quatre comprendra un énoncé des options stratégiques destiné à servir de point de départ pour les audiences publiques. Ce rapport devrait paraître en octobre 2001.

Au cours de la phase cinq de son étude, la dernière étape, le Comité organisera de vastes audiences publiques sur l'énoncé d'options stratégiques produit au terme de la phase quatre. Les témoins seront invités à se prononcer sur les points suivants :

- le cadre proposé de principes et d'objectifs;
- les forces et les faiblesses des options proposées par le Comité ainsi que toute autre suggestion qui mérite attention;
- l'option ou les options souhaitables.

Dans le rapport de la phase cinq, le Comité résumera les principales constatations qu'il aura faites à la lumière des audiences publiques et énoncera l'option ou les options qu'il préconise ainsi que ses recommandations. La date prévue de diffusion de ce rapport est mars 2002.

ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS

(2^e session, 36^e législature)

NOM	ORGANISATION	DATE DE COMPARUTION
Raisa Deber, <i>professeure</i>	Université de Toronto, faculté de l'administration de la santé	2 mars 2000
Dr. Robert McMurtry, <i>chaire G.D.W. Cameron</i>	Santé Canada	2 mars 2000
Sharon Sholzberg-Gray, <i>coprésidente</i>	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Mary Ellen Jeans, <i>coprésidente</i>	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Sholom Glouberman, <i>directeur, Réseau de la santé</i>	Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques	22 mars 2000
Dr. Fraser Mustard	Founder's Network	22 mars 2000
Scott Evans, <i>consultant principal en statistique</i>	Goldfarb Consultants	22 mars 2000
Chris Baker, <i>vice-président</i>	Environics Research Group	22 mars 2000
Wendy Watson-Wright, <i>directrice générale, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Sylvain Paradis, <i>gestionnaire intérimaire, groupe des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs, Section de l'analyse quantitative et de la recherche – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Liz Kusey, <i>analyste des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000

Monique Charon, <i>directrice intérimaire, Politiques des programmes et planification, Division des politiques des programmes, du Secrétariat du transfert et de la planification – Direction générale des services médicaux</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Robert G. Evans, <i>directeur, Programme sur la santé de la population</i>	Université de la Colombie-Britannique	6 avril 2000
Colleen Fuller, <i>attachée de recherche</i>	Centre canadien de politiques alternatives	6 avril 2000
Martin Zelder, <i>directeur de la recherche sur les politiques de santé</i>	Fraser Institute	6 avril 2000
Cliff Halliwell, <i>directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Abby Hoffman, <i>conseillère principale en politique</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Frank Fedyk, <i>directeur par intérim, Division de la Loi canadienne sur la santé, Direction des affaires intergouvernementales, Direction générale des politiques et de la consultation</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Tom Kent	À titre individuel	4 mai 2000
Michael Bliss, <i>président</i>	Université de Toronto	4 mai 2000
Ake Blomqvist, <i>professeur</i>	Université de l'Ouest de l'Ontario	10 mai 2000
Colleen Flood, <i>professeure</i>	Université de Toronto	10 mai 2000
Mark Stabile, <i>professeur</i>	Université de Toronto	10 mai 2000
Dr. John S. Millar, <i>vice-président, Recherche et analyse</i>	Institut canadien d'information sur la santé	11 mai 2000
Margaret Somerville, <i>professeure</i>	Université McGill	11 mai 2000
Laura Shanner, <i>professeur</i>	Université de l'Alberta	11 mai 2000

L'honorable Marc Lalonde, <i>C.P.</i>	À titre individuel	17 mai 2000
L'honorable Monique Bégin, <i>C.P.</i>	À titre individuel	31 mai 2000
Guillaume Bissonnette, <i>directeur principal, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociales</i>	Ministère des Finances	7 juin 2000
Barbara Anderson, <i>directrice, Division des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale</i>	Ministère des finances	7 juin 2000
Graham Scott, <i>ancien sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario</i>	À titre individuel	21 septembre 2000