

MÉMOIRE

"RÉTABLIR L'ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ"

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

Consultations Prébudgétaires de 1998

**Ottawa (Ontario)
Vendredi, le 7 novembre, 1997**

Pour information : Direction des affaires publiques 1 800 267-9703

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de jouer un rôle de chef de file auprès des médecins et de promouvoir les normes les plus élevées de santé et de soins de santé pour les Canadiens.

Pour le compte de ses membres et de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme de participation facultative représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 42 organisations médicales affiliées.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	page 1
II. CONTEXTE	page 1
III. LE FINANCEMENT FÉDÉRAL DES SOINS DE SANTÉ	page 2
ET LE TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE	
DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX (TCSPS)	
(i). <i>L'heure juste</i>	page 2
(ii). <i>Répercussions sur l'avenir des soins de santé au Canada</i>	page 5
IV. UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINNE	page 8
(i). <i>Dispositions fiscales sur le tabac</i>	page 8
(ii). <i>Mesures anti-tabac</i>	page 12
(iii). <i>Avantages sociaux non imposables</i>	page 13
V. UNE POLITIQUE FISCALE JUSTE ET ÉQUITABLE	page 13
(i). <i>La taxe sur les produits et services (TPS)</i>	page 14
<i>et la taxe de vente harmonisée (TVH)</i>	
(ii). <i>Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)</i>	page 16
VI. SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS	page 18

I. INTRODUCTION

L'Association médicale canadienne (AMC) félicite le gouvernement fédéral de poursuivre ses consultations prébudgétaires au cours de son deuxième mandat. Cet exercice ouvert encourage le dialogue public sur les finances et l'économie du Canada et l'AMC est heureuse de pouvoir présenter ses vues au Comité permanent des finances de la Chambre des communes.

L'AMC et d'autres organisations du secteur de la santé ont abordé de nombreuses questions avec les membres du Comité permanent au cours de la «table ronde sur la santé» qui s'est tenue le 28 octobre 1997. Dans le présent mémoire, nous traitons plus en détail des préoccupations abordées par les membres de la délégation de l'AMC.

II. CONTEXTE

«La santé est sans doute notre bien le plus précieux. Au cours de ce siècle, nous avons beaucoup appris sur le traitement efficace des maladies et la nécessité d'un accès rapide à des services de santé de qualité supérieure¹.»

Au cours de la dernière année, la population, les médecins et les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ont tous exprimé leurs préoccupations au sujet de l'état du système de soins de santé au Canada. Dans chaque cas, les préoccupations soulevées par l'accès à des services de santé de qualité et par la durabilité du système de soins de santé sont unanimes. Une question revient sans cesse : «Le système de soins de santé sera-t-il accessible lorsque ma famille ou moi-même en aurons besoin?»

Les Canadiens estiment que l'accès aux services s'est dégradé encore au cours de l'année écoulée. Des sondages réalisés par le Groupe Angus Reid pour le compte de l'AMC entre le printemps de 1996 et celui de 1997 démontrent clairement que les Canadiens sont d'avis que de nombreux aspects cruciaux du système de soins de santé se sont dégradés. Des indicateurs comme la durée des périodes d'attente au cours des deux dernières années démontrent clairement que les Canadiens se sont ressentis des compressions imposées dans le secteur des soins de santé :

- en 1997, 65 % des répondants ont signalé qu'il faut attendre plus longtemps aux services d'urgence, comparativement à 54 % en 1996;
- 63 % ont signalé qu'il faut attendre plus longtemps pour subir une intervention chirurgicale,

¹

Parti libéral, *Bâtir notre avenir ensemble*. Le Parti libéral du Canada, Ottawa, 1997, p. 67.

comparativement à 53 % en 1996;

- 50 % ont signalé qu'il faut attendre plus longtemps pour subir des examens, comparativement à 43 % en 1996;
- 49 % ont signalé que l'accès aux spécialistes s'est dégradé, comparativement à 40 % en 1996;
- 64 % ont signalé qu'il y a moins de personnel infirmier dans les hôpitaux, comparativement à 58 % en 1996.

Sans compter que les médecins prodiguent des soins directement à leurs patients, l'accès à des soins de santé de qualité pour ceux-ci les préoccupe aussi. En Ontario, on a signalé que plus de 16 000 patients attendaient d'être placés dans des établissements de soins de longue durée². Terre-Neuve a dû envoyer dans d'autres provinces des patients qui devaient subir une chirurgie cardiaque afin d'alléger les listes d'attente qui s'allongeaient³.

La capacité des provinces et des territoires de maintenir les services actuels préoccupe la Conférence des ministres provinciaux–territoriaux de la Santé. Les ministres affirment que «la réduction des paiements de transfert du gouvernement fédéral a entraîné un manque à gagner critique qui a précipité le besoin d'apporter des changements au régime et a sérieusement nui à la capacité des provinces et des territoires de maintenir les services actuels. La diminution du financement du gouvernement fédéral a amené de tels bouleversements que le régime n'est plus en mesure de s'adapter à cette rapide évolution»⁴.

Les préoccupations que la capacité du système d'absorber les rajustements et de les maintenir soulève chez les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé sont fondées, comme le démontrent les inquiétudes de la population et des médecins. L'AMC a affirmé clairement et affirme toujours que «couper dans la santé, ça fait mal à tout le monde».

III. LE FINANCEMENT FÉDÉRAL DES SOINS DE SANTÉ ET LE TRANSFERT

2

Lipovenko, D, 1997 : Seniors face shortage of care. *Globe & Mail [Toronto]*; le 26 février, sect. A:5.

3

Joan Marie Aylward, ministre de la Santé, Terre-Neuve et Labrador, déclaration publique, le 14 mai 1997.

4

Conférence des ministres provinciaux–territoriaux de la Santé, *Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada*, janvier 1997; p. 7.

CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX (TSCPS)

(i). *L'heure juste*

Avant le 1^{er} avril 1996, l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé assurés et des programmes d'éducation postsecondaire et d'aide sociale était facile à déterminer puisque le gouvernement fédéral versait aux provinces et aux territoires des paiements distincts⁵ pour chacun de ces domaines. Avec la mise en œuvre du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TSCPS) le 1^{er} avril 1996, le gouvernement fédéral a toutefois regroupé tous ses paiements en un seul paiement de transfert aux provinces et aux territoires. Résultat net : les contributions aux programmes de santé, d'éducation postsecondaire ou d'aide sociale ne sont pas distinctes. L'imputabilité du gouvernement fédéral et son engagement envers les soins de santé sont devenus flous.

Avant la mise en œuvre du TSCPS, toutefois, on pouvait au moins documenter la réduction de l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard des soins de santé. Dans le cadre des arrangements relatifs au financement des programmes établis (FPE), le gouvernement fédéral a modifié unilatéralement la formule de financement huit fois au cours de la dernière décennie. De 1986–1987 à 1995–1996, on a estimé qu'il a retiré du secteur de la santé 30 milliards de dollars en transferts en argent (et 12,1 milliards de dollars de plus dans le secteur de l'éducation postsecondaire -- ce qui donne un total de 42,1 milliards de dollars)⁶.

Le «délestage» fédéral a obligé les provinces et les territoires à se contenter de ressources beaucoup moins importantes pour leur système de soins de santé.

Dans son Discours du Trône de septembre 1997, le gouvernement affirme qu'il «... *déposera un projet de loi portant à 12,5 milliards de dollars les paiements en espèces annuels garantis, aux provinces et aux territoires, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*»⁷. Le tableau 1 illustre ce que représenteront les 12,5 milliards de dollars

5

Thomson, A., *Diminishing Expectations - Implications of the CHST* [rapport], Association médicale canadienne, Ottawa, mai 1996.

6

Thomson A. : *Federal Support for Health Care: A Background Paper*. Groupe d'intervention action santé, juin 1991.

7

Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-sixième Législature du Canada. Ottawa; 23 septembre 1997.

en paiements en argent en 2002–2003.

Tableau 1 : Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (en milliards de dollars)							
Année	Droit total (1)	Transfert de points d'impôt (2)	Droit en argent (3)	Abattement du Québec (4)	Paiements en argent (5)	Réductions cumulatives depuis 1995–1996 (6)	Postes relatifs à la santé -- Budget de 1997 (7)
1995–1996	29,7	11,2	18,5	1,9	16,6	0,0	
1996–1997	26,9	11,9	15,0	2,0	13,0	(3,6)	
1997–1998	25,1	12,6	12,5	2,1	10,4	(9,8)	0,1
1998–1999	25,8	13,3	12,5	2,2	10,3	(16,1)	0,1
1999–2000	26,5	14	12,5	2,3	10,2	(22,5)	0,1
2000–2001	27,1	14,6	12,5	2,4	10,1	(29,0)	
2001–2002	27,8	15,3	12,5	2,5	10,0	(35,6)	
2002–2003	28,6	16,1	12,5	2,6	9,9	(42,3)	

Il importe de se rappeler que cette prétendue «augmentation» des droits en argent (3) est simplement un arrêt des réductions. Les droits en argent antérieurs seraient tombés à 11,8 milliards de dollars en 1998–1999 et à 11,1 milliards en 1999–2000, tandis qu'ils sont maintenant stabilisés à 12,5 milliards.

Les paiements en argent continueront toutefois de diminuer pendant l'avenir prévisible. Les paiements en argent (5) ne comprennent pas l'abattement du Québec qui est constitué de points d'impôt et non d'espèces.

Pour les Canadiens, le TCSPS représente toujours une diminution de l'engagement fédéral envers notre système de soins de santé et a compromis la capacité du gouvernement fédéral de protéger des normes nationales et de les améliorer.

(ii). Répercussions sur l'avenir des soins de santé au Canada

La réduction du financement accordé par le gouvernement fédéral a réduit sa capacité de maintenir des normes nationales et de les améliorer. Cette politique continue de «financement insuffisant» a aussi compromis l'accès à des soins de santé de qualité pour les Canadiens. Comme on l'a déjà dit, à cause de la réduction des ressources affectées aux soins de santé par le secteur public, il faut attendre plus longtemps aux services d'urgence, pour subir des interventions chirurgicales ou des examens diagnostiques, sans oublier que l'accès aux spécialistes et la disponibilité du personnel infirmier dans les hôpitaux ont diminué aussi.

Dans le budget de 1997–1998 qu’il a rendu public en février dernier, le gouvernement fédéral claironne qu’il faut maintenir et améliorer le système de soins de santé du Canada. Le gouvernement a annoncé, dans le domaine des soins de santé, trois initiatives⁸ auxquelles il consacrera au total 300 millions de dollars en trois ans, soit 100 millions de dollars par année. Par ailleurs, si l’on jette un coup d’œil sur la réduction cumulative des paiements en argent au titre du TCSPS versés aux provinces et aux territoires au cours de la même période de trois ans pendant laquelle le gouvernement fédéral dépensera ces 300 millions de dollars, on peut voir que les réductions cumulatives atteignent 18,9⁹ milliards de dollars. L’«investissement» que le gouvernement fédéral fait dans les soins de santé représente donc 1,5 % des réductions des paiements en argent versés aux provinces et aux territoires au cours de la même période de trois ans.

À long terme, le gouvernement fédéral peut démontrer son engagement envers les soins de santé en établissant un lien entre l’augmentation des paiements en argent au titre du TCSPS et des facteurs autres que l’économie. Les facteurs qui prennent de plus en plus d’importance sont notamment le changement technologique ainsi que la croissance et le vieillissement de la population. Les paiements en argent seraient ainsi moins vulnérables aux fluctuations de l’économie et reconnaîtraient l’impact que les changements structurels liés à la technologie et à la population ont sur le besoin de services de soins de santé. À partir du tableau 2, qui indique les dépenses par habitant que les gouvernements provinciaux ont consacrées à la santé en 1994, selon le groupe d’âge, on peut conclure que le vieillissement de la population du Canada fait grimper les coûts des soins de santé. Ce phénomène démontre qu’à mesure que nous vieillissons, nous utilisons davantage le système de soins de santé pour demeurer en bonne santé.

Le groupe des 65 ans et plus ne cesse de croître. En 1994, la proportion de la population dépassant les 65 ans s’élevait à 11,9 %. Selon les projections, elle atteindra 16 % en 2016 et

8

Fonds pour l’adaptation des services de santé : 150 millions de dollars sur trois ans -- afin d’aider les provinces à faire l’essai de façons d’améliorer leur système de santé (nouvelles façons d’aborder les soins à domicile, assurance-médicaments et autres innovations, par exemple).

Système canadien d’information sur la santé : 50 millions de dollars sur trois ans -- afin de créer un réseau de planificateurs et de fournisseurs de soins de santé pour le partage de l’information.

Programme d’action communautaire pour les enfants : 100 millions de dollars sur trois ans -- pour appuyer les groupes communautaires d’éducation des parents d’enfants à risque et pour le Programme canadien de nutrition prénatale afin d’assurer la santé des bébés à naître.

9

Voir tableau 1 : Réductions cumulatives de 22,5 milliards de dollars jusqu’en 1999–2000; si l’on soustrait 3,6 milliards de dollars pour 1996–1997, on obtient une réduction cumulative de 18,9 milliards au cours de la période de 1997–1998 à 1999–2000.

23 % en 2041¹⁰.

Tableau 2 : Dépenses des gouvernements provinciaux par habitant, selon le groupe d'âge, Canada, 1994		
Groupe d'âge	Dépenses par habitant	Augmentation
1 à 14 ans	514 \$	
15 à 44 ans	914 \$	78,8 %
45 à 64 ans	1446 \$	58,2 %
65 ans et plus	6818 \$	371,5 %
Total	1642 \$	

Dans d'autres domaines des soins de santé, l'AMC félicite le gouvernement fédéral de l'engagement qu'il a pris récemment à l'égard de la recherche appliquée sur les services de santé. À l'échelon international, toutefois, les résultats du Canada ne sont guère brillants.¹¹

Pour ce qui est des dépenses par habitant, le Canada vient en fait au dernier rang sur les cinq pays du G-7 pour lesquels on dispose de données récentes. Le graphique 1 fait état des dépenses par habitant consacrées en 1994 aux activités de R-D sur la santé, dans les pays du G-7 pour lesquels on dispose de données récentes. Le Canada a dépensé 22 \$ (US) comparativement à 35 \$ pour le Japon, 59 \$ pour les États-Unis, 63 \$ pour la France et 78 \$ pour le R.-U¹².

La recherche appliquée sur les services de santé est certes importante, mais il faut reconnaître qu'il s'agit d'un continuum qui commence par la recherche fondamentale en sciences biomédicales et aboutit à la recherche appliquée sur les services de santé, en passant par la recherche clinique. Le gouvernement a annoncé qu'il envisageait de ramener de 238 millions de dollars en 1997–1998 à 219 millions en 2000–2001 le budget annuel du Conseil de recherches médicales (CRM), ce qui inquiète l'AMC.

¹⁰

Statistique Canada, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories 1993–2016*. Ottawa : Statistique Canada; 1994, p. 73. N° cat. 91-520 [occasionnel].

¹¹

Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada 1975–1994, Rapport intégral*. Ottawa : Santé Canada, janvier 1996, p. 41.

¹²

Organisation pour la coopération et le développement économiques. *OCDE Health Data 97*. Paris : OCDE, 1997.

Dans sa réponse au Discours du Trône, le 24 septembre 1997, le premier ministre Jean Chrétien affirme qu'il ne pourrait y avoir «... *meilleur rôle pour le gouvernement que celui d'aider les jeunes Canadiens à se préparer à entrer dans la société axée sur l'information du siècle prochain*». Il s'engage ensuite à mettre sur pied «... *un fonds canadien des bourses d'études du millénaire, autonome du gouvernement*» afin de récompenser l'excellence scolaire. Il faudrait également rappeler au gouvernement du Canada que dans une société axée sur l'information et l'acquisition du savoir, il faut aussi investir dans la recherche. C'est pourquoi l'AMC demande au gouvernement fédéral de fixer des objectifs nationaux à l'égard des dépenses et d'établir un plan de mise en œuvre quant à la recherche sur les soins de santé. Une telle démarche appuierait les autres initiatives annoncées par le premier ministre. Afin de redonner à tous les Canadiens accès à des soins de santé de qualité, l'AMC recommande respectueusement :

- 1. Que le gouvernement fédéral ramène au moins au niveau de 1996–1997 les droits en argent au titre du TCSPS.**
- 2. Qu'à compter du 1^{er} avril 1998, le gouvernement fédéral indexe entièrement les paiements en argent au titre du TCSPS en appliquant un ensemble de facteurs qui tiendrait compte de la technologie, de la croissance de l'économie, de celle de la population et de la démographie.**
- 3. Que le gouvernement fédéral établisse, en ce qui concerne les dépenses consacrées aux activités de recherche-développement en santé, un objectif national (par habitant ou en pourcentage du total des dépenses consacrées à la santé) et un plan de mise en œuvre qui comprenne l'éventail complet des activités, depuis la recherche en sciences biomédicales jusqu'à la recherche appliquée sur les services de santé, afin d'améliorer la position du Canada, qui se situe actuellement en dernière place parmi les cinq pays du G-7 pour lesquels on dispose de données récentes.**

IV. UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

Dans le financement des soins de santé, l'importance du rôle du gouvernement fédéral est claire pour les médecins et leurs patients, compte tenu de l'influence qu'il exerce sur l'accès à des services de santé de qualité. Il y a toutefois d'autres enjeux importants que l'AMC aimerait porter à l'attention du Comité permanent des finances.

(i). Dispositions fiscales sur le tabac

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès prématurés au Canada. Les estimations les plus récentes indiquent que plus de 45 000 décès par année sont attribuables directement au tabac au Canada.

On a calculé que le tabagisme au Canada coûte à la société de 11 à 15 milliards de dollars. Le tabagisme coûte directement au système de soins de santé du Canada de 3 à 3,5 milliards de dollars par année. Ces estimations ne tiennent pas compte des coûts intangibles comme la douleur et les souffrances.

L'AMC craint que la réduction, en 1994, de la taxe fédérale sur les cigarettes n'ait ralenti considérablement la baisse du tabagisme dans la population canadienne, surtout chez les plus jeunes -- le nombre des jeunes fumeurs (15 à 19 ans) est de l'ordre de 22 % à 30 % et il atteint 14 % chez les 10 à 14 ans. Un Sondage Santé Canada réalisé en 1997 a révélé que 42 % des jeunes filles de 15 à 19 ans fument. Une étude réalisée au Québec a révélé que les taux de tabagisme chez les élèves du secondaire sont passés de 19 % à 38 % entre 1991 et 1996.

L'AMC comprend que les stratégies relatives à la taxation des produits du tabac sont extrêmement complexes. Elles doivent tenir compte des effets que les hausses des taxes auront sur la réduction de la consommation de produits du tabac, ainsi que sur l'augmentation de la contrebande interprovinciale-territoriale et internationale. Pour s'attaquer à ce problème, le gouvernement pourrait envisager une stratégie de taxation sélective qui prévoirait des augmentations graduelles continues des taxes sur le tabac dans les régions où elles sont moins élevées (c.-à-d. Ontario, Québec et région de l'Atlantique).

Les augmentations sélectives de la taxe sur les produits du tabac visent à faire grimper avec le temps le prix pour le consommateur (de 65 % à 70 % des produits du tabac sont vendus en Ontario et au Québec). Les augmentations graduelles sélectives de la taxe rapprocheront les prix de ceux des autres provinces sans toutefois établir la parité entre toutes les provinces. La taxe sur les produits du tabac atteindra un niveau qui rendra non rentable la contrebande interprovinciale-territoriale. Il faudrait surveiller les augmentations graduelles sélectives afin que le nouveau palier de la taxe et les taux de change entre les dollars américain et canadien ne rendent pas rentable la contrebande internationale. Cette stratégie vise à :

- réduire la consommation de produits du tabac;
- réduire au minimum la contrebande interprovinciale-territoriale des produits du tabac;
- réduire au minimum la contrebande internationale des produits du tabac.

Il est possible de conjuguer l'augmentation graduelle sélective de la taxe sur les produits du tabac à d'autres stratégies fiscales. Le gouvernement fédéral devrait appliquer la taxe sur les exportations et éliminer l'exonération disponible sur les expéditions fondée sur les niveaux antérieurs de chaque fabricant. La mise en œuvre de la taxe à l'exportation viserait à rendre la contrebande internationale non rentable. Cette stratégie viserait en bout de ligne à :

- réduire la contrebande internationale de produits du tabac;
- réduire ou minimiser la consommation au Canada de produits du tabac provenant de la contrebande internationale.

Le gouvernement fédéral devrait amorcer un dialogue avec le gouvernement fédéral des États-Unis. Le Canada et les États-Unis devraient tenir des discussions sur l'harmonisation des taxes américaines sur les produits du tabac et des taxes canadiennes à l'usine. Les États-Unis pourraient aussi porter les taxes sur les produits du tabac à un niveau qui, compte tenu du taux de change entre les dollars américain et canadien, rendrait la contrebande internationale non rentable. L'harmonisation des taxes américaines et canadiennes sur les produits du tabac (qui porterait les taxes américaines à peu près au niveau de celles du Canada) viserait à augmenter, pour les consommateurs canadiens et américains, le prix des produits du tabac transportés par contrebande internationale.

Cette stratégie viserait en bout de ligne à :

- réduire le risque de contrebande internationale de produits du tabac dans l'optique tant du Canada que des États-Unis;
- réduire ou minimiser la consommation, au Canada ou aux États-Unis, de produits de tabac transportés par contrebande internationale.

4. L'Association médicale canadienne recommande que le gouvernement fédéral suive une politique intégrée détaillée de taxation des produits du tabac :

(a) Que le gouvernement fédéral mette en œuvre des augmentations graduelles sélectives de la taxe sur les produits du tabac afin de:

- **réduire la consommation de produits du tabac,**
- **réduire au minimum la contrebande interprovinciale–territoriale de**

produits du tabac

- **réduire au minimum la contrebande internationale de produits du tabac;**
- (b) Que le gouvernement fédéral applique aux produits du tabac la taxe à l'exportation et qu'il élimine l'exonération disponible pour les expéditions de produits du tabac fondée sur les niveaux antérieurs de chaque fabricant;**
- (c) Que le gouvernement fédéral amorce, avec le gouvernement fédéral des États-Unis, des pourparlers afin d'évaluer des politiques possibles au sujet de la taxe sur les produits du tabac et de porter les taxes américaines sur les produits du tabac à peu près au niveau de celles du Canada afin de réduire au minimum la contrebande internationale.**

Dans la révision de la Loi sur l'accise, *Proposition de révision du régime de taxation des produits du tabac et de l'alcool* (1996), on propose de fondre en un nouveau droit d'accise les droits d'accise et les taxes sur les produits du tabac (*Loi sur l'accise* et *Loi sur la taxe d'accise*) dans le cas des produits du tabac d'origine canadienne et de les assujettir à la *Loi sur l'accise*. Le nouveau droit d'accise serait perçu au point d'emballage où sont fabriqués les produits. Dans la révision de la Loi sur l'accise, on propose aussi de combiner l'équivalent du droit de douane sur les produits du tabac et la taxe d'accise (*Tarif des douanes* et *Loi sur la taxe d'accise*) imposés sur les produits du tabac importés dans le nouveau droit d'accise [équivalent de la taxe imposée sur les produits du tabac d'origine canadienne] et de les assujettir à la *Loi sur l'accise*. Le nouveau droit d'accise sera perçu au moment de l'importation.

L'AMC appuie la proposition contenue dans la révision de la Loi sur l'accise, qui est conforme à ses recommandations antérieures : l'AMC a déjà recommandé que les taxes sur les produits du tabac soient imposées au point de production.

(ii). Mesures anti-tabac

Il faudrait conjuguer les mesures fiscales à d'autres stratégies pour promouvoir de saines politiques publiques, notamment des programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac. Reconnaissant l'importance de ce type de stratégie, le Parti libéral a promis qu'il :

«... doublera son investissement en faveur de la Stratégie de réduction de la demande de tabac, qui passera de 50 à 100 millions de dollars sur cinq ans, et consacrera des crédits supplémentaires aux actions de lutte contre le tabagisme précoce, à l'échelle communautaire, afin de favoriser la santé et le mieux-être des enfants et des jeunes».

L'AMC félicite le gouvernement fédéral des efforts qu'il déploie dans le domaine de la prévention du tabagisme et de l'abandon du tabac. Un investissement limité dans le temps ne suffit toutefois pas. Il faut consacrer davantage d'argent à ces mesures. Il faut du financement pour augmenter les efforts et les programmes portant sur la prévention du tabagisme et l'abandon du tabac. Les recettes fiscales tirées des produits du tabac ou la surtaxe sur les produits du tabac pourraient constituer une source de financement pour de tels programmes.

5. À court terme, l'Association médicale canadienne exhorte le gouvernement fédéral à tenir sa promesse de consacrer 100 millions de dollars en cinq ans à la Stratégie de réduction de la demande de tabac. À long terme, l'Association médicale canadienne exhorte le gouvernement fédéral à établir un financement stable pour toute sa stratégie anti-tabac, y compris des programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac.

(iii). Avantages sociaux non imposables

Il faut féliciter le gouvernement fédéral d'avoir décidé que les avantages sociaux que représentent les services de santé supplémentaires demeureraient non imposables. Cette décision témoigne de l'engagement qu'il a pris de maintenir une saine politique fiscale à l'appui d'une bonne politique de santé (l'incitation actuelle favorise la mise en commun des risques).

Environ 70 % des Canadiens, soit 20 millions de personnes, comptent en totalité ou en partie sur les services de santé supplémentaires privés (p. ex., soins dentaires, médicaments, soins de la vision, soins infirmiers privés, etc.). La partie des dépenses consacrées à la santé que paye le secteur privé augmente à mesure que les gouvernements réduisent le financement public. Les Canadiens comptent de plus en plus sur les services assurés par le secteur privé. Dans le contexte du financement des services de santé qui demeurent des services publics, le gouvernement ne peut porter un autre coup aux particuliers et aux entreprises du Canada en rendant imposables les services mêmes pour lesquels il a déjà perçu des impôts.

Sur le plan de l'équité, il semblerait injuste de «pénaliser» 70 % des Canadiens en rendant imposables les services de santé supplémentaires afin de les placer sur un pied d'égalité avec les 30 % qui restent. Il serait préférable d'établir des incitations afin de permettre aux 30 % des Canadiens qui restent d'obtenir des services semblables attribuables au statut fiscal de services de santé supplémentaires.

Si les services de santé supplémentaires devaient devenir imposables, il est probable que les jeunes en bonne santé opteraient pour une indemnisation en argent au lieu de payer des impôts

pour des services qu'ils ne reçoivent pas. Ces Canadiens cesseraient alors de souscrire à l'assurance-santé supplémentaire. Il s'ensuivrait que les primes payées par les employeurs pourraient augmenter à la suite de cet exode afin de compenser les coûts supplémentaires qu'entraînerait le maintien des niveaux des services parce que la mise en commun des risques serait de plus en plus difficile.

- 6. Que l'on maintienne la politique actuelle du gouvernement fédéral en ce qui concerne la non-imposition des avantages sociaux que représentent les services de santé supplémentaires.**

V. UNE POLITIQUE FISCALE JUSTE ET ÉQUITABLE

Dans les mémoires qu'elle a déjà présentés au Comité permanent des finances, l'AMC a démontré qu'une bonne politique économique appuie une bonne politique de santé. L'AMC répète de nouveau le rôle important que les politiques fiscales équitables jouent pour appuyer une politique publique saine.

- (i).* La Taxe sur les produits et services (TPS) et la Taxe de vente harmonisée (TVH)

L'AMC croit fermement à un régime fiscal juste et équitable, comme elle l'a signalé à maintes reprises au Comité permanent des finances. Elle a souligné plus particulièrement ce point dans le cadre du processus de consultation du Comité permanent qui a débouché sur le rapport intitulé «Remplacer la TPS : options pour le Canada».

Dans le cas de la TPS, toutefois, la réalité est la suivante : comme travailleurs indépendants, les médecins du Canada sont victimes d'une mesure d'exception et de discrimination parce qu'ils ne peuvent demander de crédits de taxe sur les intrants (CTI), car les services médicaux sont «exonérés».

L'AMC ne conteste pas l'importance que le gouvernement fédéral accorde aux services médicaux en évitant aux Canadiens d'avoir à payer la TPS/TVH pour avoir obtenu lesdits services médicaux de leurs médecins. La TPS et la TVH sont toutefois des taxes à la consommation qui sont donc payées par le consommateur réel.

Or, si le gouvernement décide qu'une telle taxe à la consommation ne devrait pas frapper les consommateurs (les patients des médecins, en l'occurrence) d'un bien ou d'un service en particulier, il lui incombe de ne pas appliquer de demi-mesures qui remettent en question l'équité et la justice du régime fiscal du Canada.

Pendant que d'autres professionnels indépendants et de petites entreprises demandent des CTI, on a estimé, dans le cadre d'une étude indépendante (réalisée par KPMG), que les médecins ont versé une «surcontribution» de 57,2 millions de dollars par année en CTI qu'ils n'ont pas demandés. Depuis l'entrée en vigueur de la TPS, les médecins auront payé, à la fin de l'année civile en cours, plus de 400 millions de dollars en taxe injuste. Et ce, pour fournir un service nécessaire que le gouvernement a jugé tellement important.

Les médecins ne demandent pas de traitement spécial. Ils veulent toutefois être traités de façon juste et équitable comme les autres travailleurs indépendants et les petites entreprises du Canada. Contrairement à d'autres entreprises et à d'autres professionnels, les médecins ne peuvent récupérer la TPS/TVH en demandant des CTI ou en faisant payer ces taxes à leurs clients/patients.

Le gouvernement fédéral a reconnu l'impact injuste que la TPS/TVH a sur d'autres fournisseurs du secteur de la santé. En effet, les municipalités, les universités, les écoles et les hôpitaux qui, tout comme les médecins, ne peuvent transmettre le coût de la TPS/TVH à leurs clients, bénéficient de dispositions spéciales. Le gouvernement a accordé aux hôpitaux un remboursement de 83 % à l'égard des achats effectués pour fournir des soins aux patients, tandis que les médecins doivent absorber intégralement la TPS/TVH payée sur les achats qu'ils effectuent aussi pour fournir des soins aux patients. Au moment où les politiques sur la santé essaient d'étendre les pratiques communautaires, la politique fiscale en vigueur (et maintenant la politique sur la taxe harmonisée) qui taxe les fournitures dans un contexte de pratique clinique mais non dans celui d'un hôpital, décourage cette nouvelle orientation.

Pour compliquer davantage la situation, l'entente intervenue récemment entre le gouvernement fédéral et certaines provinces de l'Atlantique afin d'harmoniser leurs taxes de vente aggravera le problème pour les médecins. Comme ils ne peuvent demander de CTI, les médecins devront une fois de plus absorber les coûts supplémentaires associés à la pratique de la médecine. On a estimé que l'harmonisation coûtera aux médecins de la région de l'Atlantique 4,7 millions de dollars de plus par année (en sus de l'iniquité que leur impose actuellement la TPS).

Dans le contexte budgétaire actuel, ce problème qui traîne n'aide pas lorsqu'il s'agit de recruter et de garder des médecins d'un bout à l'autre du Canada. En outre, la TPS/TVH rappelle constamment aux médecins établis, qui ont dû subir la politique en vigueur, que les médecins du Canada ne bénéficient pas des principes élémentaires et fondamentaux que constituent la justice et l'équité du régime fiscal.

Jusqu'à maintenant, l'AMC a présenté des instances au ministre des Finances et à des hauts fonctionnaires du ministère, mais en vain. Nous demandons au Comité et au gouvernement

fédéral non seulement d'assurer que le régime fiscal soit perçu comme juste et équitable, mais qu'il le soit en réalité pour tous les membres de la société.

L'injustice qu'entraîne l'application de la TPS/TVH aux services médicaux a soulevé la colère des médecins et les a incités à remettre en question leur sentiment de franc jeu à l'égard du régime fiscal du Canada. Dans l'intérêt de la justice et de l'équité, l'AMC recommande respectueusement ce qui suit :

7. L'AMC recommande que les services de santé financés par les provinces et les territoires soient détaxés.

Il serait possible de donner suite à la recommandation ci-dessus en modifiant la *Loi sur la taxe d'accise* comme suit :

1). *Remplacer l'article 5 de la Partie II de l'Annexe V de la Loi sur la taxe d'accise par ce qui suit :*

5. *«La fourniture (autre qu'une fourniture détaxée) par un médecin de services de consultation, de diagnostic, de traitement ou d'autres soins de santé (autres que les services chirurgicaux ou dentaires exécutés à des fins esthétiques et non à des fins médicales ou restauratrices).»*

2). *Abroger l'article 9 de la Partie II de l'Annexe V de la Loi sur la taxe d'accise.*

3). *Modifier la Partie II de l'Annexe VI de la Loi sur la taxe d'accise en ajoutant ce qui suit après l'article 40 :*

41. *La fourniture d'un bien ou d'un service, mais seulement dans la mesure où la contrepartie de la fourniture est payable ou remboursée par le gouvernement d'une province dans le cadre d'un régime de services de santé offert aux assurés de la province et institué par une loi de la province.*

Notre recommandation permet d'atteindre au moins deux objectifs stratégiques généraux :

1) resserrer le lien entre une bonne politique économique et une bonne politique de santé au Canada; et 2) appliquer dans tous les cas les principes fondamentaux qui sous-tendent notre régime fiscal (justice, efficience, efficacité).

(ii). *Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)*

Des experts ont affirmé que l'épargne-retraite comporte (au moins) deux buts fondamentaux :

1) garantir un revenu de retraite de base à tous les Canadiens et 2) aider les Canadiens à éviter de voir leur niveau de vie antérieur diminuer radicalement au moment de la retraite. Les statistiques démographiques du Canada révèlent non seulement que la société vieillit, mais qu'elle vit plus longtemps. Si l'on suppose que les tendances démographiques actuelles se maintiendront pour atteindre leur point culminant pendant le premier quart du siècle prochain, il importe de reconnaître le rôle que les REER privés joueront en assurant que les Canadiens peuvent continuer de vivre dans la dignité longtemps après avoir quitté la population active.

Cela devient encore plus crucial, étant donné que les Canadiens n'épargnent pas suffisamment en vue de leur retraite. Plus précisément, selon Statistique Canada, on estime que 53 % des hommes et 82 % des femmes qui commencent leur carrière à 25 ans auront besoin d'aide financière au moment de la retraite -- seulement 8 % des hommes et 2 % des femmes bénéficieront de la sécurité financière.

Les nouvelles politiques mises en œuvre en 1996 par le gouvernement fédéral au sujet du plafond des cotisations aux REER vont à l'encontre du Livre blanc publié en 1983 (Le traitement fiscal de l'épargne-retraite), où le Comité spécial de la Chambre des communes sur la réforme des pensions a recommandé de modifier les plafonds des cotisations aux régimes d'épargne-retraite ouvrant droit à une aide fiscale afin que le même plafond complet s'applique, sans égard au moyen d'épargne-retraite ni à la combinaison des moyens utilisés. Bref, le gouvernement fédéral a donné son aval au principe de la «parité des pensions».

Selon trois documents plus récents publiés par le gouvernement fédéral, le principe de la parité des pensions aurait été atteint entre les régimes à cotisation déterminée et les régimes à prestation déterminée si les plafonds des cotisations aux REER avaient atteint 15 500 \$ en 1988. Le gouvernement fédéral a reporté de sept ans la mise en œuvre du plafond de 15 500 \$: c'est-à-dire qu'il a fallu jusqu'en 1995 pour atteindre le but que constitue la parité des pensions.

Dans son exposé budgétaire de 1996, le gouvernement fédéral a changé de cap et bloqué le plafond des cotisations aux REER à 13 500 \$ jusqu'en 2003–2004 et prévu de le porter à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 2004–2005 et 2005–2006 respectivement. En outre, le plafond des pensions dans le cas des régimes de pension agréés à prestation déterminé sera bloqué à son niveau actuel de 1722 \$ par année de service jusqu'en 2004–2005. Il s'agit en réalité d'une augmentation de l'impôt à payer. L'AMC est frustrée par le fait que dix années de planification minutieuse et délibérée de la réforme des pensions par le gouvernement n'aient pas porté fruit. En fait, si la politique en vigueur demeure en place, il aura fallu plus de 17 ans pour la mettre en œuvre (de 1988 à 2005).

Par conséquent, la politique actuelle qui consiste à bloquer les plafonds des cotisations aux

REER et les plafonds des RPA sans modifier les plafonds des cotisations aux REER pour instaurer la parité des pensions maintient les iniquités entre les deux régimes jusqu'en 2005–2006. Il s'agit d'une injustice flagrante pour les travailleurs indépendants du Canada qui comptent sur les REER comme seul moyen de planifier leur retraite.

L'AMC recommande respectueusement au Comité permanent :

8. Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 1998–1999 et 1999–2000 respectivement et que, par la suite, les augmentations en dollars des plafonds soient limitées à l'augmentation du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP).

VI. SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

Comme l'accès futur à des soins de santé de qualité pour tous les Canadiens est en jeu, l'AMC est convaincue que le gouvernement fédéral doit démontrer qu'il est prêt à jouer un rôle de chef de file et à réinvestir dans les soins de santé de la population canadienne.

C'est pourquoi l'AMC présente les recommandations suivantes au Comité permanent :

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

- 1. Que le gouvernement fédéral ramène au moins au niveau de 1996–1997 les droits en argent au titre du TCSPS.**
- 2. Qu'à compter du 1^{er} avril 1998, le gouvernement fédéral indexe entièrement les paiements en argent au titre du TCSPS en appliquant un ensemble de facteurs qui tiendrait compte de la technologie, de la croissance de l'économie, de celle de la population et de la démographie.**
- 3. Que le gouvernement fédéral établisse, en ce qui concerne les dépenses consacrées aux activités de recherche-développement en santé, un objectif national (par habitant ou en pourcentage du total des dépenses consacrées à la santé) et un plan de mise en œuvre qui comprenne l'éventail complet des activités, depuis la recherche en sciences biomédicales jusqu'à la recherche appliquée sur les services de santé, afin d'améliorer la position du Canada, qui se situe actuellement en dernière place parmi les cinq pays du G-7 pour lesquels on dispose de données récentes.**

Dispositions fiscales sur le tabac

4. **L'Association médicale canadienne recommande que le gouvernement fédéral suive une politique intégrée détaillée de taxation des produits du tabac :**
 - (a) **Que le gouvernement fédéral mette en œuvre des augmentations graduelles sélectives de la taxe sur les produits du tabac afin de a) réduire la consommation de produits du tabac, b) réduire au minimum la contrebande interprovinciale–territoriale de produits du tabac et c) réduire au minimum la contrebande internationale de produits du tabac;**
 - (b) **Que le gouvernement fédéral applique aux produits du tabac la taxe à l'exportation et qu'il élimine l'exonération disponible pour les expéditions de produits du tabac fondée sur les niveaux antérieurs de chaque fabricant;**
 - (c) **Que le gouvernement fédéral amorce, avec le gouvernement fédéral des États-Unis, des pourparlers afin d'évaluer des politiques possibles au sujet de la taxe sur les produits du tabac et de porter les taxes américaines sur les produits du tabac à peu près au niveau de celles du Canada afin de réduire au minimum la contrebande internationale.**

Mesures anti-tabac

5. **À court terme, l'Association médicale canadienne exhorte le gouvernement fédéral à tenir sa promesse de consacrer 100 millions de dollars en cinq ans à la Stratégie de réduction de la demande de tabac. À long terme, l'Association médicale canadienne exhorte le gouvernement fédéral à établir un financement stable pour toute sa stratégie anti-tabac, y compris des programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac.**

Avantages sociaux non imposables

6. **Que l'on maintienne la politique actuelle du gouvernement fédéral en ce qui concerne la non-imposition des avantages sociaux que représentent les services de santé supplémentaires.**

La taxe sur les produits et services (TPS) et la taxe de vente harmonisée (TVH)

7. **L'AMC recommande que les services de santé financés par les provinces et les territoires soient détaxés.**

Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER)

8. **Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 1998–1999 et 1999–2000 respectivement et que, par la suite, les augmentations en dollars des plafonds soient limitées à l'augmentation du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP).¹³**

13

Cunningham, R., *La guerre du tabac : l'expérience canadienne*, Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, Canada, 1996; p. 8.