

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

1867, prom. Alta Vista Dr., Ottawa ON K1G 3Y6

(613) 731-9331 • 1 800 267-9703

Fax/Télec. : (613) 731-1755 • www.cma.ca

MÉMOIRE

BRIEF

«Accès pour les Canadiens à des soins de santé de qualité : Un système en crise»

Soumis au Comité permanent des finances de la
Chambre des communes

CONSULTATIONS PRÉBUDGÉTAIRES DE 1999

Le 31 août 1998
Ottawa (Ontario)

Renseignements :
Direction des affaires publiques de l'AMC :
1 800 267-9703

HEALTH CARE
BUDGET 1999
SOINS DE SANTÉ

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins canadiens. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission d'assurer un leadership pour les médecins et de promouvoir les normes les plus élevées en matière de santé et de soins de santé pour les Canadiens.

Au nom de ses membres et du public canadien, l'AMC s'acquitte d'une variété de fonctions, notamment la défense des stratégies et des politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, la défense de l'accès à des soins de santé de qualité, la coordination des échanges au sein de la profession médicale et l'offre d'un leadership et d'une orientation aux médecins pour les aider à influencer et à gérer les changements qui surviennent dans la prestation des soins de santé et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle bénévole représentant la majorité des médecins du Canada et qui compte 12 divisions provinciales et territoriales et 42 organisations médicales affiliées.

Table des matières

I. INTRODUCTION	Page 1
II. CONTEXTE POLITIQUE	Page 1
III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ ET LE RÔLE FÉDÉRAL	Page 5
IV. LE MOMENT EST VENU DE RÉTABLIR LE LEADERSHIP FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	Page 10
V. RENFORCER UNE BONNE POLITIQUE ÉCONOMIQUE PAR UNE BONNE POLITIQUE SUR LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA	Page 14
VI. SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS	Page 25

I. INTRODUCTION

L'Association médicale canadienne (AMC) félicite le gouvernement fédéral, dans son deuxième mandat, de poursuivre le processus public des consultations prébudgétaires. Ce processus visible et responsable encourage le dialogue public sur l'élaboration des politiques financières et économiques du pays.

Dans le cadre du processus des consultations prébudgétaires de 1999, l'AMC est heureuse d'avoir la possibilité de présenter ses vues au Comité permanent des finances de la Chambre des communes et se fera un plaisir de rencontrer le comité à une date ultérieure pour débattre plus à fond de ses recommandations et de leur bien-fondé.

II. CONTEXTE POLITIQUE

Même si l'état actuel et futur de notre système de soins de santé est la grande priorité de tous les Canadiens, il est évident que leur confiance en la capacité du système d'assurer un accès à des soins de qualité diminue. En mai 1991, 61 % des Canadiens accordaient au système une cote excellente/très bonne. En février 1998, le pourcentage ayant accordé cette cote est passé à 29 % – une baisse importante du niveau de confiance des Canadiens dans le système de soins de santé.¹ Malheureusement, leurs perspectives sur l'avenir du système de soins de santé ne valent guère mieux. Quelque 51 % des Canadiens croient que l'offre des soins de santé aura empiré dans une décennie.²

Il n'y a rien d'étonnant à ce que les Canadiens perdent confiance dans la durabilité du système de soins de santé. Ils ont fait l'expérience directe de la réduction de l'accès à une foule de services (voir le Tableau 1) :

- 73 % ont signalé que les délais d'attente dans les services d'urgence des hôpitaux avaient augmenté, jusqu'à 65 % en 1977 et 54 % en 1996
- 72 % ont signalé que les délais d'attente pour les chirurgies s'étaient allongés, jusqu'à 63 % en 1997 et 53 % en 1996
- 70 % ont signalé que la disponibilité des infirmières dans les hôpitaux avait empiré, jusqu'à 64 % en 1997 et 58 % en 1996
- 61 % ont signalé que les délais d'attente pour les examens avaient augmenté, jusqu'à 50 % en 1997 et 43 % en 1996
- 60 % ont signalé que l'accès aux médecins spécialistes avait empiré, jusqu'à 49 % en 1997 et 40 % en 1996

1

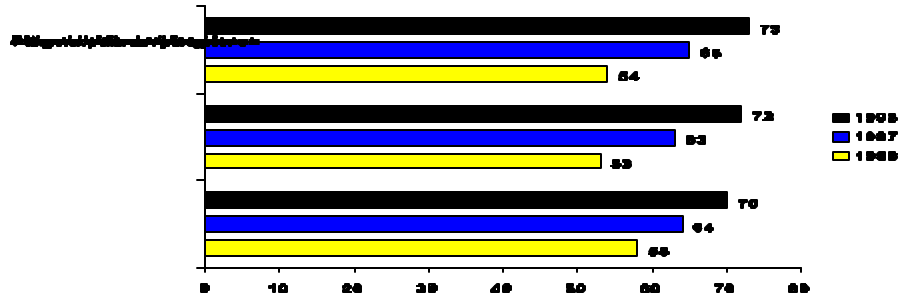
###

² Angus Reid, février 1998.

###

Tableau 1(a)

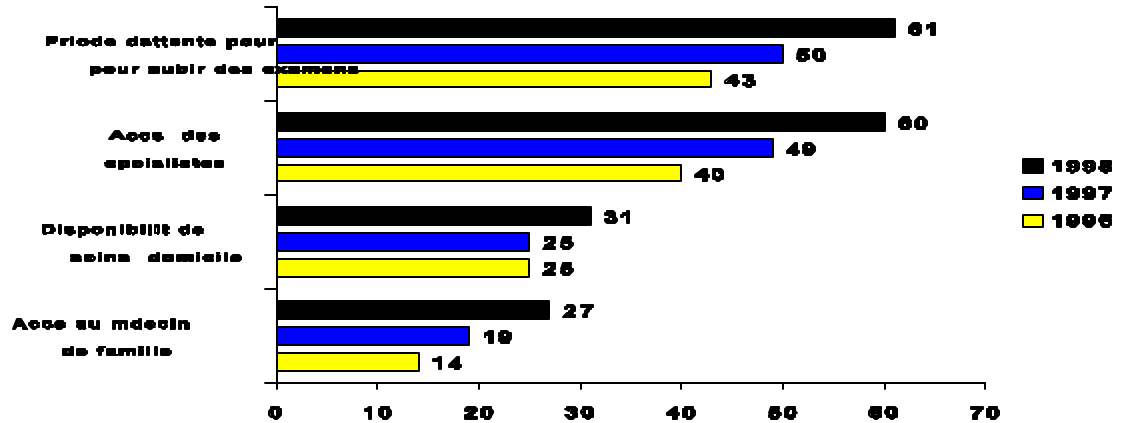
ACCÈS AUX SERVICES PERU PAR LES CANADIENS, juillet 1998
 % qui indiquent que l'accès est d'être au cours des dernières années



Source : Sondage de IANIC/Groupe Angus Reid, 1998

Tableau 1 (b)

ACCÈS AUX SERVICES PERU PAR LES CANADIENS, juillet 1998
 % qui indiquent que l'accès est d'être au cours des dernières années



Source : Sondage de IANIC/Groupe Angus Reid, 1998

Il est clair que ces constatations sont importantes et reflètent les préoccupations croissantes du public à l'égard de l'accès actuel à des soins de santé de qualité et de la durabilité de notre système de soins de santé. Les Canadiens ont indiqué clairement que ce n'est pas, et que cela ne peut pas être, « le beau fixe » lorsqu'ils tentent de répondre à leurs besoins en matière de santé à l'aube du prochain millénaire. Le Régime d'assurance-maladie, la grande réalisation en matière de politique sociale du Canada, est en crise. Il est temps que le gouvernement fédéral assume à nouveau son rôle de leadership en ce qui concerne cette priorité stratégique.

L'AMC a fait état à plusieurs reprises de ses préoccupations concernant l'accès à des soins de santé de qualité. Les médecins, en tant que défenseurs des patients, ont constamment exprimé leur frustration devant les difficultés à accéder aux services médicaux nécessaires – et sans être écouté par le gouvernement fédéral. Les médecins canadiens de première ligne que l'on interroge disent connaître les difficultés à accéder aux services dont ont besoin leurs patients :³

-seulement 27 % des médecins ayant participé au sondage ont jugé excellent/très bon/bon leur accès à des services perfectionnés de diagnostic (p. ex. IRM)
-seulement 30 % des médecins ayant participé au sondage ont jugé excellent/très bon/bon leur accès à des soins institutionnels à long terme
-seulement 45 % des médecins ayant participé au sondage ont jugé excellent/très bon/bon leur accès à des services de soutien psychosociaux
-seulement 46 % des médecins ayant participé au sondage ont jugé excellent/très bon/bon leur accès à des soins institutionnels intensifs pour les procédures non urgentes.

Compte tenu de ces résultats, il y a tout lieu d'être préoccupé. Il est surtout inquiétant de voir que seulement 63 % des médecins ayant participé au sondage ont jugé excellent/très bon/bon leur accès aux soins institutionnels intensifs en urgence.

La cause de cette crise de confiance est claire – les réductions répétées et unilatérales par le gouvernement fédéral du taux d'augmentation des paiements de transfert à partir du Financement des programmes établis (FPE), mis sur pied en 1977, et qui a duré une décennie et demie. Il a pris fin en avril 1996 à la suite des importantes compressions successives des transferts en argent destinés aux soins de santé, à l'enseignement postsecondaire et aux programmes sociaux au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

³ Association médicale canadienne,
###

L'AMC n'est pas seule à adopter ce point de vue. Outre le public, d'autres groupes de santé et les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont exprimé de graves préoccupations concernant la durabilité du système de soins de santé et le besoin urgent d'un réinvestissement et d'un leadership de la part du gouvernement fédéral. À la suite de leur réunion en août 1998, les premiers ministres « ont réaffirmé leur engagement à l'égard du maintien et de l'amélioration d'un système de soins de santé universel de grande qualité pour tous les Canadiens et ils ont fait observer que tous les gouvernements au Canada sauf un – le gouvernement fédéral – avaient augmenté le financement des soins de santé – la priorité des gens ». ⁴ Pour souligner le point de vue des premiers ministres, une proposition détaillée a été présentée au gouvernement fédéral pour demander une augmentation immédiate des transferts en argent dans le cadre du TCSPS.

De l'admission par le gouvernement fédéral à l'action

À l'assemblée générale annuelle de 1997 de l'AMC qui s'est tenue à Victoria, le ministre fédéral de la Santé, M. Allan Rock, a reconnu devant les délégués « l'inquiétude très réelle que ressentent les Canadiens » au sujet de l'avenir du système de soins de santé. ⁵ Le ministre a aussi admis que les réductions des paiements de transfert ont été considérables et qu'elles ont eu une incidence sur le système, ce à quoi l'AMC souscrit entièrement.

L'AMC reconnaît que le gouvernement fédéral a pris des décisions difficiles au sujet de ses priorités de financement afin de permettre au pays de recouvrer une santé financière. Cependant, le moment est venu de réexaminer la question fondamentale du réinvestissement dans la santé des Canadiens. Le gouvernement fédéral doit dépasser la rhétorique, pour ce qui est de reconnaître la souffrance et le mal qu'ont causés les réductions, et adopter un plan d'action en faisant preuve de leadership et en réinvestissant dans nos soins de santé les sommes nécessaires et attendues depuis longtemps.

Au moment où le gouvernement fédéral commence à tirer profit d'un dividende budgétaire, il doit reconnaître que les soins de santé ne sont pas simplement un produit de consommation qui, une fois dépensé, ne fournit aucun nouveau bénéfice. Les investissements dans le système de soins de santé donnent un taux de rendement social durable et considérable sur le plan de la restauration, du maintien et de l'amélioration de la santé des Canadiens. De plus, dans un marché mondial de plus en plus interdépendant, un système de soins de santé durable doit être considéré comme une condition préalable nécessaire pour que tous les Canadiens excellent et renforcent ainsi le lien entre une bonne politique économique et une bonne politique de soins de

⁴ 39 Conférence annuelle des premiers ministres, Saskatoon, en Saskatchewan, du 5 au 7 août 1998. communiqué de presse.

###

⁵ Rock A. *Allocution devant l'Association médicale canadienne lors du 130^e Conseil général à Victoria le 20 août 1997.*

###

santé au Canada. Ces politiques ne sont pas en concurrence l'une avec l'autre et l'une ne doit pas être sacrifiée au profit de l'autre.

Le budget fédéral de 1998 n'a pas tenu compte de la principale préoccupation des Canadiens et n'a rien fait pour les assurer qu'ils pourront compter sur le système lorsqu'eux ou leur famille en auront besoin. Pour donner suite aux réductions massives des transferts en espèces aux provinces et aux territoires, le ministre fédéral des Finances, Paul Martin, a annoncé dans son discours du Budget du 24 février 1998, qu'il avait haussé le plancher des transferts en espèces aux provinces à l'appui des programmes de santé et autres pour le faire passer de 11 milliards à 12,5 milliards par an. Il a également annoncé que cela «*fournirait aux provinces près de 7 milliards de dollars de plus en espèces au cours de la période allant de 1997-1998 à 2002-2003.*»⁶

Même si cela était annoncé comme une « augmentation », ces déclarations sont trompeuses. Il convient de se rappeler qu'il ne s'agit pas d'argent « nouveau »; le montant de 12,5 milliards de dollars ne représente rien de plus qu'une restitution partielle, auquel il manque 6 milliards de dollars (ou 32 %) du plancher en espèces de 18,5 milliards de dollars qui a précédé l'adoption du TCSPS en 1996-1997.

Jusqu'à maintenant, l'incidence cumulative des réductions dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en 1996 et 1997 équivaut à un retrait de 15,5 milliards de dollars d'argent fédéral des transferts destinés aux programmes sociaux et aux programmes de santé. L'incidence de ces réductions infiltre encore tout le système et se traduit chez les patients par de la souffrance et des douleurs et, malheureusement, même la mort.

L'AMC a toujours déclaré publiquement que les réductions des paiements fédéraux de transfert en espèces destinés à la santé mettaient en danger l'intégrité du système de soins de santé. Cependant, le gouvernement fédéral n'a pas donné suite à ces préoccupations. À moins que le gouvernement fédéral ne réinvestisse dans les soins de santé, il aggravera seulement la crise de confiance parmi les Canadiens au sujet de la durabilité du système de soins de santé.

III. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ ET LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Le rôle du gouvernement fédéral

En ce qui concerne le système de soins de santé, le rôle du gouvernement fédéral est de faire en sorte que les Canadiens ont accès à des services de soins de santé à « des conditions uniformes ». Ce rôle découle du droit du gouvernement d'exercer son pouvoir de dépenser et s'est concrétisé dans les 40 dernières années par un certain nombre de mécanismes de transfert en espèces aux provinces et aux territoires, fondés plus

⁶Le plan budgétaire de 1998. Construire le Canada pour le XXI^e siècle, le 24 février 1998.
###

précisément sur les principes de la *Loi canadienne sur la santé* (c.-à-d. administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité).

Depuis qu'existe un programme national d'assurance-santé au Canada, le gouvernement fédéral a joué un rôle central dans le financement des soins de santé. Jusqu'à 1977, le gouvernement a remboursé à chaque province la moitié des crédits consacrés aux hôpitaux et à l'assurance de soins médicaux.

Selon une formule renégociée, le gouvernement est passé de la formule du « partage des coûts » à celle du « financement en bloc » de 1977-1978 à 1995-1996. Les transferts fédéraux-provinciaux ont été distribués au moyen d'un mécanisme de financement connu sous le nom de Financement des programmes établis (FPE). Selon le FPE, une combinaison de points d'impôt et de montants en espèces (de base) était transférée aux provinces pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire (EPS).

Bien que les points d'impôt et les droits en argent soient importants pour le financement des soins de santé, certains prétendent que le niveau des droits fédéraux en argent devrait être le reflet exact de l'engagement du gouvernement à l'égard des soins de santé. Ceci est important pour deux raisons. Premièrement, cela montre la priorité que le gouvernement accorde à notre système de soins de santé et deuxièmement, les droits en argent (qui peuvent être retenus conformément à la *Loi canadienne sur la santé*) peuvent contribuer largement à maintenir et à améliorer les normes nationales.⁷

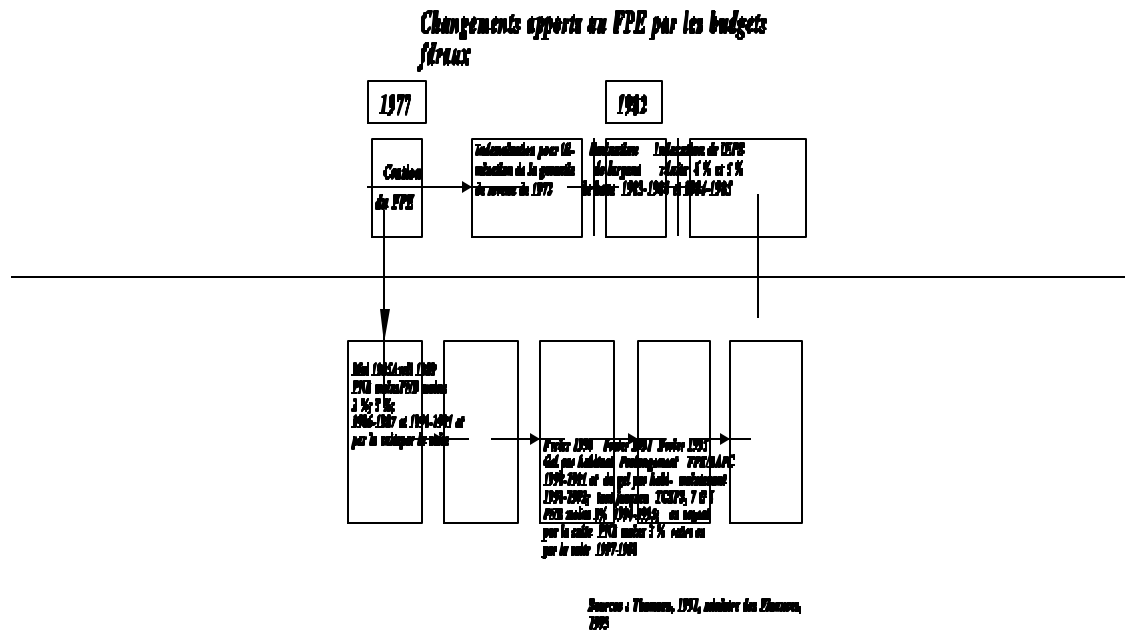
Les origines du retrait fédéral des montants en espèces

L'historique de la crise de confiance concernant l'avenir du système de soins de santé du Canada remonte à 1982, date à laquelle le gouvernement fédéral a adopté une série de décisions unilatérales qui ont eu pour effet de réduire ses contributions en espèces aux provinces et aux territoires destinées aux programmes de santé et autres programmes sociaux.

⁷ Le transfert de points d'impôt désigne la valeur en dollars des « points d'impôt » qui ont été négociés avec le gouvernement fédéral et les provinces. Plus précisément, lorsque le gouvernement fédéral a réduit les taux d'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, les provinces occupaient alors la « salle d'impôt » qui avait été créée. Il s'agit d'un élément important car même si le gouvernement fédéral perçoit les impôts au nom des provinces (à l'exception du Québec), on prétend que la valeur du transfert des points d'impôt appartient aux provinces et n'est pas considérée comme une véritable « contribution fédérale ». C'est en 1965 que cette question a été négociée pour la dernière fois.

###

Le Tableau 1 montre les changements apportés à la formule du FPE utilisée pour financer les soins de santé et l'enseignement postsecondaire entre 1977 et 1995. **Ces changements unilatéraux ont entraîné la retenue d'environ 30 milliards de dollars de montants en espèces fédéraux, qui auraient autrement été transférés aux régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux** (et un montant supplémentaire de 12,1 milliards de dollars pour l'enseignement postsecondaire – pour un total de



42,1 milliards).⁸ Ce montant a une grande incidence sur les possibilités d'assurer à tous les Canadiens l'accès à des soins de santé de qualité.

Figure 1

⁸ Thomson A. Soutien fédéral pour les soins de santé – Document de travail. Health Action Lobby, Ottawa, 1991.

###

Dans le brouillard...

Avant le 1^{er} avril 1996, il était facile de définir l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé assurés, l'enseignement postsecondaire et les programmes sociaux puisqu'il faisait des contributions nationales en argent distinctes aux provinces et aux territoires dans chacun de ces domaines.⁹

Annoncée dans le budget fédéral de 1995, la création du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) le 1^{er} avril 1996, a donné lieu à la fusion du FPE avec le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). En fait, la santé, l'enseignement postsecondaire et les programmes sociaux ont été regroupés dans un grand programme de transfert en argent. À ce moment-là, le gouvernement a prétendu que le TCSPS était « une nouvelle approche à l'égard des relations financières fédérales-provinciales marquées par une

plus grande souplesse et une plus grande responsabilisation pour les gouvernements provinciaux, et des arrangements financiers plus durables pour le gouvernement fédéral. »¹⁰

En réalité, la « souplesse et la responsabilisation » accrues s'accompagnaient d'une réduction de 7 milliards de dollars dans la partie en argent du nouveau transfert et avaient pour effet de réduire la transparence en ce qui concerne les domaines et les proportions dans lesquelles le gouvernement fédéral allouait par thème ses crédits pour la santé, l'EPF et les programmes sociaux financés auparavant en vertu du RAPC.

⁹ Thomson, A., *Diminishing Expectations - Implications of the CHST*, médicale canadienne, Ottawa, mai 1996.

###

¹⁰ Ministère fédéral des Finances.

###

Dans son budget de 1998, le gouvernement fédéral a décidé de restaurer en partie le financement du TCSPS en établissant un nouveau plancher en argent de 12,5 milliards de dollars (voir le Tableau 2) – cependant, il existe toujours un manque à gagner de 6 milliards de dollars par rapport au plancher en argent qui précédait le TCSPS. Jusqu’à maintenant, on estime que l’impact cumulatif des réductions en argent du TCSPS antérieur en 1996 et 1997 équivaut à un retrait de 15,5 milliards en argent des transferts pour la santé et les services sociaux jusqu’à 1998-1999. En 2002-2003, on estime que 39,5 milliards de dollars auront été retirés du TCSPS. Ces montants s’ajoutent aux 30 milliards retenus sur les transferts fiscaux que les provinces et les territoires auraient normalement reçus pour la santé entre 1982 et 1995.¹¹

Transfert canadien en matière de santé et de services sociaux (en milliards \$)					
Année	Droits totaux	Valeur des points d’impôt	Droits en argent	Réductions supplémentaires en argent (année de base 1995-1996)	Réduction cumulative en argent (à partir de 1995-1996)
1995-1996	29,7	11,2	18,5	-	0,0
1996-1997	26,9	11,9	15,0	3,5	3,5
1997-1998	25,1	12,6	12,5	6,0	9,5
1998-1999	25,8	13,3	12,5	6,0	15,5
1999-2000	26,5	14,0	12,5	6,0	21,5
2000-2001	27,1	14,6	12,5	6,0	27,5
2001-2002	27,8	15,3	12,5	6,0	33,5
2002-2003	28,6	16,1	12,5	6,0	39,5

Source : Ministère des Finances; mémoire prébudgétaire de l’AMC 1997

¹¹ Thomson A., *Federal Support for Health Care -A Background Paper*. Health Action Lobby, Ottawa, 1991.

###

De plus, outre l'actuel plancher en argent, les droits en argent stagneront à 12,5 milliards de dollars, parce qu'aucun montant approprié n'a été prévu pour maintenir la valeur de la portion en argent du transfert.¹² Cela signifie que le pouvoir d'achat du droit en argent continuera d'être réduit parce que le système de soins de santé doit répondre aux nouveaux besoins des Canadiens qui sont liés à la croissance démographique, au vieillissement, à l'épidémiologie, aux nouvelles technologies et à l'inflation.

Avec l'adoption du TCSPS, en raison de la disparition *dans un épais brouillard* de l'aide à la santé, à l'enseignement postsecondaire et aux programmes sociaux, il devient impossible de tenir le gouvernement fédéral responsable de son engagement relatif à chacun de ces importants domaines en matière de politique. Compte tenu de la distribution en pourcentage qui existait avant le TCSPS, l'allocation actuelle en argent du gouvernement fédéral pour les soins de santé se situe à environ 5 milliards de dollars, soit 7 % des dépenses totales pour les soins de santé. Cela n'a rien de surprenant puisque l'élément « santé » a été ajouté plus tard, seulement *après* que les organisations de santé ont protesté de son absence.

La diminution de la contribution fédérale en argent aux soins de santé semblerait indiquer que le gouvernement a pris la décision délibérée d'abdiquer sa responsabilité et son rôle de leadership dans le financement des soins de santé. Même s'il prétend maintenir l'intégrité de notre système national de soins de santé, la réalité de la réduction des transferts en argent a amené toutes les provinces et les territoires à composer avec une diminution considérable des crédits fédéraux destinés à la santé.

Le « délestage » fédéral a au mieux permis au gouvernement fédéral d'atteindre (et d'excéder) ses projections financières; au pire, il a forcé les provinces et les territoires à envisager une série d'options peu attrayantes : réaffecter les dépenses de programme à l'intérieur des budgets actuels; financer les dépenses de programmes par déficit ou réduire les dépenses de programmes.

Pour être clair, dans une perspective nationale, l'AMC croit que la principale raison de la détérioration du système de soins de santé est la diminution importante du soutien financier fédéral aux soins de santé. Il est essentiel que le gouvernement fédéral s'engage immédiatement auprès des Canadiens à accorder la priorité aux soins de santé et à réinvestir immédiatement dans un programme qui permettra aux Canadiens de penser qu'ils pourront compter sur le système lorsqu'ils en auront besoin.

Il est maintenant temps que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et se penche sur la principale préoccupation des Canadiens en transformant le « cercle vicieux » de la réduction déficitaire en un « cycle vertueux » de réinvestissement dans le système de soins de santé. Ce n'est pas le beau fixe, et le statu quo n'est pas durable.

¹² Actuellement, les droits en argent relatifs au TCSPS comportent une clause d'indexation qui doit cependant commencer en 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003 au taux du PNB – 2 p. 100 (première année), PNB – 1,5 p. 100 (deuxième année) et PNB – 1 p. 100 (troisième année).

###

IV. LE RÉTABLISSEMENT DU LEADERSHIP FÉDÉRAL DANS LES SOINS DE SANTÉ

Stabiliser le système

Les Canadiens, qui sont fortement favorables à un système de soins de santé financé publiquement – une conviction que l'AMC partage – doivent voir un certain leadership de la part de leur gouvernement fédéral à l'égard de l'avenir du système de soins de santé. L'absence de réinvestissement dans les soins de santé dans le dernier budget fédéral les laisse perplexes car il ne comprennent pas la contradiction entre le retrait du financement d'une part et l'annonce de nouveaux programmes comme les soins à domicile et le régime d'assurance-médicaments d'autre part.

Avant que le gouvernement fédéral puisse même envisager une expansion des programmes, il doit prendre rapidement des mesures pour stabiliser notre système de soins de santé actuel. Les Canadiens ont indiqué très clairement ce qu'ils estiment être les priorités en matière de dépenses du gouvernement fédéral. Soixante-et-onze pour cent (Angus Reid, novembre 1997) souhaitent que les transferts fédéraux en espèces soient restaurés et 81 % (Ottawa Sun/Roper, juin 1998) des Canadiens souhaitent que le gouvernement fédéral consacre plus de ressources au Régime d'assurance-maladie.

L'AMC croit fermement qu'il faut adopter immédiatement une approche mesurée, délibérée et responsable à l'égard du réinvestissement dans notre système de soins de santé. Les Canadiens doivent être assurés qu'eux et leur famille pourront compter sur le système lorsqu'ils en auront besoin.

Pour que soit restauré l'accès à des soins de santé de qualité pour tous les Canadiens, l'AMC recommande respectueusement :

1. Qu'afin d'assurer une visibilité et une imputabilité publiques plus grandes, le gouvernement fédéral réserve à la santé une partie du transfert en argent aux provinces et aux territoires.
2. Qu'en plus du niveau actuel des transferts aux provinces et territoires pour les soins de santé, le gouvernement fédéral rétablisse la portion en argent à au moins 2,5 milliards de dollars par année en fonds réservés aux soins de santé, à compter du 1^{er} avril 1999.

3. Qu'à compter du 1^{er} avril 2000, le gouvernement fédéral indexe entièrement le droit total en argent destiné aux soins de santé en combinant des facteurs qui tiendraient compte de l'évolution des besoins des Canadiens en fonction de la croissance et du vieillissement de la population, de l'épidémiologie, des connaissances courantes et des technologies nouvelles, ainsi que de la croissance économique.

Les principes énoncés dans les recommandations ci-dessus sont fondamentaux et soulignent l'importance d'établir un transfert visible et responsable (c.-à-d. liant les sources à leur utilisation prévue) pour les montants fédéraux en espèces qui sont destinés au réinvestissement dans les soins de santé.

Malgré le débat en cours sur le ou les mécanisme(s) de réinvestissement dans les soins de santé, le rétablissement minimal de 2,5 milliards par an de fonds fédéraux dans le système de soins de santé tient compte de la priorité de placer les soins de santé dans un contexte financier plus durable pour l'avenir. Ce chiffre, distinct des 5 milliards de dollars affectés par thème aux soins de santé par l'intermédiaire du TCSPS, est calculé sur la base de la récente affectation fédérale en espèces historique (environ 41 %) dans le cadre du FPE et du RAPC (qui est maintenant le TCSPS) dans les soins de santé, comme proportion des 6 milliards de dollars nécessaires pour rétablir le plancher en argent du TCSPS à 18,5 milliards de dollars (niveau de 1995-1996).

Les recommandations tiennent compte également de la nécessité de mettre en place une clause d'indexation complète pour s'assurer que la contribution fédérale en argent continue d'augmenter pour répondre aux futurs besoins des Canadiens en matière de soins de santé et pour s'adapter à l'économie. La formule de la clause d'indexation reconnaît que les besoins en soins de santé ne correspondent pas toujours à la croissance économique. En fait, on pourrait avancer que durant les périodes de difficultés économiques (c.-à-d. chômage, stress, anxiété), un fardeau plus lourd est imposé au système de soins de santé.

Globalement, les recommandation ci-dessus représentent une approche ciblée visant à réinvestir dans les soins de santé et servent à rétablir le rôle de leadership du gouvernement fédéral pour ce qui est de l'actuelle et future durabilité de notre système de soins de santé. Cette approche montre également la volonté du gouvernement fédéral de répondre, d'une manière stratégique et concertée, à la principale préoccupation des Canadiens – l'accès à des soins de santé de qualité.

Finalement, il est important de noter qu'en principe, les recommandations ci-dessus sont conformes à celles d'autres groupes comme celui des ministres des Finances provinciaux et territoriaux, de la population canadienne et d'autres organisations nationales en matière de santé, qui ne demandent pas de nouvelles ressources mais un rétablissement immédiat des montants qui ont été retirés de l'enveloppe des transferts fédérale/provinciale/territoriale au cours des trois dernières années.

Envisager l'avenir

Au moment où le gouvernement fédéral réinvestit pour stabiliser le système de soins de santé, il doit aussi tenir compte de la plus vaste gamme de services de soins de santé qui doivent être mis en place pour que les

Canadiens ne soient pas laissés pour compte. Outre le réinvestissement nécessaire pour stabiliser notre système d'assurance-santé, il est également urgent d'investir dans d'autres composantes du système de santé. À maints égards, il semble qu'un nouveau financement de transition soit nécessaire pour que le système évolue, qu'il demeure accessible et ce, en limitant au minimum avec l'interruption des services offerts aux Canadiens.

Proposé par l'AMC, le *Fonds de renouvellement du système de santé*, est limité sur le plan temporel, est spécifique à des secteurs et orienté stratégiquement vers des domaines qui sont en transition. Le financement vise à répondre à des besoins définis et accorde assez de souplesse au gouvernement fédéral pour l'affectation des crédits, en reconnaissant pleinement l'investissement.

L'AMC recommande respectueusement :

4. Que le gouvernement fédéral établisse un *Fonds de renouvellement du système de santé* ponctuel dont il distribuera les 3 milliards de dollars en trois ans, à compter du 1^{er} avril 1999, pour répondre aux besoins suivants :
 - a. ***Soutien de l'infrastructure des soins actifs : aider les établissements de santé à améliorer la prestation d'un éventail de soins de qualité aux patients en améliorant pour ces derniers l'accès aux services nécessaires, y compris aux technologies nouvelles, et en modernisant les établissements de santé.***
 - b. ***Soutien de l'infrastructure de soins communautaires : afin de permettre aux communautés de créer des services qui appuieront la prestation de soins communautaires et de soins à domicile, nécessaires en résultat de la décroissance rapide du secteur institutionnel.***
 - c. ***Appui des Canadiens à risque : afin de donner accès à la pharmacothérapie et aux dispositifs médicaux à ceux qui en ont besoin et qui ne sont pas couverts comme il se doit par l'assurance publique ou privée (en attendant la mise en œuvre d'une solution à long terme).***

- d. *Technologie de l'information sur la santé : afin de permettre aux provinces et aux territoires de mettre en place l'infrastructure d'information sur la santé transparente et dictée par les besoins cliniques qui s'impose pour appuyer la gestion adéquate et appropriée de l'accès aux soins de santé et de leur prestation. Dans la mise en place de l'infrastructure d'information sur la santé, il faudra porter scrupuleusement attention aux questions de protection de la vie privée et de confidentialité.***

Le programme de soutien de l'infrastructure des soins intensifs vise à faire en sorte que les réinvestissements ciblent le secteur institutionnel de manière à ce qu'il ait la capacité physique nécessaire et l'infrastructure pour fournir des soins de santé de qualité. Dans un monde où la réduction des effectifs est un élément de sagesse accepté, les installations de soins de santé doivent être modernisées et adopter la nouvelle technologie et le matériel nécessaire pour que les patients continuent d'avoir accès à tous les soins possibles.

Le programme de soutien de l'infrastructure des soins communautaires tient compte de la nécessité de mettre sur pied des systèmes communautaires appropriés avant de réformer le secteur des soins intensifs. Il reconnaît aussi que les programmes communautaires ne devraient pas être mis en oeuvre aux dépens du secteur des soins intensifs, mais plutôt qu'ils devraient être conçus de manière à ce que les deux secteurs se complètent l'un l'autre et ajoutent de la valeur au système de soins de santé.

Le programme de soutien des Canadiens à risque met l'accent sur ceux qui n'ont pas de protection appropriée et qui ont difficilement accès à la pharmacothérapie et aux appareils médicaux nécessaires. Actuellement, la couverture des médicaments n'est pas universelle et elle n'est pas non plus complète. Dans nombre de cas, le travailleur pauvre, les personnes qui ont des emplois autonomes ou qui travaillent pour de petites entreprises ne profitent pas d'un régime d'assurance-médicaments (et ils ne sont pas non plus admissibles au régime parrainé par les gouvernements). Dans d'autres cas, les franchises et les copaiements de certains régimes publics sont si élevés que les personnes doivent déboursier de leur poche (p. ex. une franchise de 850 \$, deux fois par an, en Saskatchewan, et ensuite un copaiement de 35 %) pour tous les médicaments d'ordonnance nécessaires. Par conséquent, ce régime d'assurance partielle peut empêcher les Canadiens d'avoir accès à des soins de qualité et peut placer des exigences supplémentaires sur le secteur des soins intensifs. De même, les Canadiens peuvent ne pas avoir accès à des appareils médicaux qui sont payés par les régimes d'assurance publique et/ou privée.

Le programme de technologie de l'information sur la santé aborde le besoin essentiel d'élaborer et de mettre en oeuvre des systèmes transparents d'information axés sur les cliniques, qui appuieront mieux la gestion, l'évaluation et la surveillance du système de soins de santé. Du même coup, une attention particulière doit être accordée aux questions de confidentialité et de renseignements personnels. À cette fin, l'AMC a adopté une approche proactive pour régler ces questions en établissant un code sur les renseignements privés en matière d'information de santé.

Globalement, nos recommandations représentent un programme stratégique et de grande envergure. Elles abordent le besoin de stabiliser immédiatement le système de soins de santé – lequel traverse actuellement une crise, et le besoin d'examiner la plus vaste gamme de services de soins de santé pour que les Canadiens

qui en ont besoin ne soient pas laissés pour compte.

V. UNE BONNE POLITIQUE DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA POUR RENFORCER UNE BONNE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

Certes, la problématique globale relative au rôle fédéral au niveau du financement des soins de santé est d'une importance capitale pour les médecins du Canada; toutefois, il y a également d'autres problèmes majeurs que l'AMC aimerait soumettre à l'attention du Comité permanent des finances.

Comme nous l'avons déjà indiqué dans ce mémoire, une bonne politique économique et une bonne politique de soins de santé devraient coexister. Elles devraient servir à se renforcer l'une l'autre, et non à se neutraliser. On ne saurait envisager l'une comme gagnant du terrain aux dépens de l'autre. Perçues dans leur véritable contexte, on doit pouvoir les mettre dans un équilibre tel que toutes décisions de politiques produiraient des résultats qui seraient équitables pour toutes les parties.

La politique fiscale en matière de tabac

Le tabagisme est la principale cause évitable de mortalité prématurée au Canada. Les estimations les plus récentes suggèrent que plus de 45 000 Canadiens meurent chaque année à cause du tabac.

Le coût économique de l'usage du tabac pour la société au Canada a été estimé à entre 11 et 15 milliards de dollars¹³. L'usage du tabac entraîne des coûts directs pour le système canadien de soins de santé qui varient entre 3 et 3,5 milliards annuellement¹⁴. Ces estimations ne tiennent pas compte des coûts intangibles tels que la douleur et la souffrance.

¹³ Santé Canada, *Coûts attribuables au tabagisme (Feuille d'information)*. Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.

###

¹⁴ Santé Canada, *Coûts attribuables au tabagisme (Feuille d'information)*. Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.

###

L'AMC s'inquiète du fait que la réduction en 1994 de la taxe fédérale sur la cigarette a sensiblement contribué à ralentir le déclin du tabagisme au sein de la population canadienne, plus particulièrement parmi les plus jeunes - où le nombre de jeunes fumeurs (15 à 19 ans) est dans la tranche de 22 % à 30 %, là où la tranche des 10 à 14 ans se situe à 14 %¹⁵.

L'AMC félicite le gouvernement fédéral pour son initiative du 13 février 1998 qui a entraîné une majoration sélective des taxes d'accise fédérales sur les cigarettes et les bâtonnets de tabac. C'est là un premier pas vers une stratégie fiscale intégrée sur le tabac, et cette mesure souligne l'importance qu'il y a à renforcer le lien qui existe entre une bonne politique fiscale et une bonne politique de santé au Canada.

L'AMC est consciente que les stratégies fiscales sur le tabac sont extrêmement complexes. Elles doivent tenir compte des effets des majorations de taxes sur la réduction de la consommation des produits du tabac avec des augmentations dans l'incidence de la contrebande interprovinciale/territoriale et internationale. Pour s'attaquer à ce problème, le gouvernement pourrait envisager une stratégie fiscale sélective. Celle-ci nécessite des augmentations continues et par étapes des taxes sur le tabac dans les régions où ces taxes sont plus modestes (c.-à-d. Ontario, Québec et Canada Atlantique).

Le but des majorations sélectives de la taxe sur le tabac est d'augmenter progressivement le prix du tabac pour le consommateur (de 65 à 70 % des produits du tabac sont vendus en Ontario et au Québec). Les majorations fiscales sélectives et par étapes réduiront cet écart entre les provinces sans totalement l'éliminer; cependant, la taxe sur le tabac atteindra un niveau tel que la contrebande interprovinciale/territoriale ne serait plus rentable. Ces majorations sélectives par étapes devront être suivies de près afin que le nouveau taux fiscal et que les taux de change entre les É.-U. et le Canada ne permettent pas à la contrebande internationale d'être profitable.

La majoration sélective par étapes des taxes sur le tabac peut se conjuguer à d'autres stratégies fiscales. Le gouvernement fédéral devrait imposer la taxe à l'exportation et éliminer l'exemption accordée sur les expéditions en fonction des niveaux historiques de chaque fabricant. L'objectif de l'application de la taxe sur l'exportation serait d'annuler tout profit pour les contrebandiers transfrontaliers.

Le gouvernement fédéral devrait entamer un dialogue avec le gouvernement américain en vue d'harmoniser les taxes américaines sur le tabac avec les niveaux canadiens chez le fabricant. Autre possibilité, les taxes américaines sur le tabac pourraient être majorées à un niveau tel que, compte tenu du différentiel dans le taux d'échange É.-U./Canada, la contrebande internationale ne serait pas profitable. L'objectif de l'harmonisation des taux de taxation du tabac entre les deux pays (aux niveaux canadiens, ou à peu près) serait d'accroître le prix des produits du tabac faisant l'objet d'une contrebande internationale pour les consommateurs canadiens et américains.

¹⁵ Santé Canada, *Le Tabagisme chez les jeunes. Comportement et attitudes (Feuilleton d'information)*.
Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.

###

La stratégie globale de l'AMC de taxation du tabac vise à atteindre les objectifs suivants : 1) de réduire la consommation du tabac; 2) de minimiser la contrebande interprovinciale/territoriale des produits du tabac; 3) de minimiser la contrebande internationale des produits du tabac, tant dans la perspective canadienne qu'américaine; 4) de réduire et (ou) de minimiser la consommation au Canada et aux É.-U. des produits du tabac faisant l'objet d'une contrebande internationale.

L'AMC recommande ce qui suit :

5. 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 (1) réduire la consommation de produits du tabac; (2) réduire au minimum la contrebande interprovinciale–territoriale de produits du tabac; et (3) 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 l'Examen de la Loi sur l'accise, *A Proposal for a Revised Framework for the Taxation of Alcohol and Tobacco Products* (1996), on propose de conjuguer les droits et taxes d'accise sur le tabac (*Loi sur l'accise* et *Loi sur la taxe d'accise*) qui s'appliquent aux produits du tabac canadiens de façon à aboutir à un nouveau droit d'accise qui relèverait de la *Loi sur l'accise*. Le nouveau droit d'accise serait prélevé au point d'emballage où la marchandise est produite. Dans ce même Examen, on propose également que les droits de douane équivalents sur le tabac et la taxe d'accise (*Tarif douanier* et *Loi sur la taxe d'accise*) pour les produits du tabac importés soient conjugués pour aboutir au nouveau droit d'accise [taxe équivalente à celle sur les produits du tabac canadiens] et qu'ils soient régis par la *Loi sur l'accise*. Le nouveau droit d'accise serait prélevé au moment de l'importation.

L'AMC appuie la proposition de l'Examen de la Loi sur l'accise. Elle rejoint de précédentes recommandations de l'AMC qui préconisaient l'imposition de taxes sur le tabac au point de production.

Soutien aux programmes de lutte contre le tabagisme

La fiscalité devrait être utilisée de concert avec d'autres stratégies visant à promouvoir de saines politiques publiques, comme par exemple des programmes de sensibilisation publique destinés à réduire l'usage du

tabac. Le parti libéral, reconnaissant l'importance de ce type de stratégie, a annoncé 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 consacrerá 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.* »¹⁶

L'AMC rend hommage aux efforts du gouvernement fédéral en matière de lutte contre le tabagisme - et plus particulièrement en regard de son intention de consacrer une somme de 50 millions à la sensibilisation du public dans le cadre de la proposition d'Initiative de lutte contre le tabagisme. Cependant, un investissement ponctuel ne suffit pas. En effet, les programmes de lutte contre le tabagisme doivent être financés généreusement et de façon soutenue.¹⁷ On pourrait financer un tel programme à même les recettes de la taxe (ou surtaxe) sur le tabac.

Par conséquent, l'AMC recommande ce qui suit :

6. Que le gouvernement fédéral s'engage à établir un financement stable pour une stratégie complète de contrôle du tabac, y compris des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme, visant à protéger le public des effets nocifs du tabac.
7. Que le gouvernement fédéral précise ses plans de distribution des fonds de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et fasse en sorte que les fonds soient investis dans des projets et programmes de contrôle du tabac qui soient fondés sur des données probantes.
8. Que le gouvernement fédéral accepte que les revenus générés par les taxes sur le tabac servent à élaborer et mettre en œuvre des programmes de contrôle du tabac.

A-t-on parlé d'une politique fiscale juste et équitable? - La Taxe sur les produits et services (TPS) et la Taxe de vente harmonisée (TVH)

¹⁶ Parti Libéral, *Bâtir notre avenir ensemble*, Parti Libéral du Canada, Ottawa, 1997. p. (77).

###

¹⁷ En Californie, entre 1988 et 1993, alors que l'État s'était engagé dans une campagne publique anti-tabagisme musclée, la consommation a chuté de plus de 25 %. Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of Antismoking Advertising Campaigns. JAMA 1988; 279: 772-777.

###

Pour ce qui est de la politique fiscale et du régime d'imposition au Canada, l'AMC n'hésite pas à déclarer que tant l'une que l'autre doit s'appliquer de façon juste et équitable. C'est à maintes reprises que nous avons fait cette déclaration de principe devant le Comité permanent.

Peu de gens songeraient à contester le bien fondé du principe, c'est pourquoi la préoccupation de l'AMC se situe plutôt au niveau de son application - surtout en ce qui a trait à la taxe sur les biens et services (TPS) et à la taxe de vente harmonisée (TVH) récemment introduite au Canada Atlantique.

L'exonération fiscale qui s'applique aux services médicaux en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*, place les médecins dans la position peu enviable de ne pas pouvoir demander de remboursements de la TPS (crédits de taxe sur les intrants - CTI) en ce qui a trait aux fournitures médicales nécessaires à la prestation de soins de santé de qualité et, en outre, ils ne peuvent pas répercuter la taxe sur les personnes qui « achètent » de tels services.

Il s'agit là d'un point critique si l'on considère la justification de l'introduction de la TPS : une taxe d'étape finale imposée au consommateur pour éviter à la personne qui produit un bien ou un service d'assumer toute seule le plein fardeau de la taxe. Pourtant, c'est exactement ce à quoi aboutit cette anomalie fiscale. Il en résulte que les médecins sont « hermétiquement cloisonnés » - et ne peuvent ni réclamer le remboursement des CTI en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*, ni répercuter les coûts aux consommateurs en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

En clair, l'AMC n'a jamais demandé - pas plus qu'elle ne le fait aujourd'hui - de traitement de faveur pour les médecins en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*. Cependant, si les médecins, en tant que travailleurs autonomes, sont considérés comme de petites entreprises aux fins de Revenu Canada, il serait logique de les faire bénéficier des mêmes règles fiscales qui s'appliquent à d'autres petites entreprises. C'est là une question fondamentale de justice fiscale.

Alors que d'autres professionnels autonomes et les petites entreprises peuvent réclamer le remboursement des CTI, il ressort d'une étude indépendante (KPMG) que les médecins auraient « surcontribué » en termes de CTI non récupérés à hauteur de 57,2 millions par année. En outre, avec l'introduction de la TVH au Canada Atlantique, toujours selon l'étude KPMG, on estime que les médecins vont collectivement cotiser une somme supplémentaire de 4 686 000 \$ par an. Tel qu'elle s'applique actuellement aux services médicaux, la TPS est une mauvaise politique fiscale, et la TVH ne va faire qu'empirer la situation pour les médecins.

L'an dernier, le Comité permanent, dans son rapport aux Communes, déclarait que, selon l'AMC, la TPS est fondamentalement injuste pour les médecins et qu'elle représente un obstacle au recrutement et au maintien des médecins au Canada. Ce problème mérite réflexion et étude.¹⁸

¹⁸ Rapport au Comité permanent des finances. Décembre 1997.

L'AMC estime avoir solidement documenté sa position et qu'il est inutile de poursuivre les études sur le sujet - le moment est venu pour le gouvernement fédéral d'entreprendre une action concertée afin d'atténuer ce contre-incident fiscal.

Il y a d'autres praticiens dans le domaine de la santé (dentistes, physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, infirmières, etc.) dont les services sont également exonérés. Cependant, il y a une importante distinction entre les services assurés par l'État et les autres. Les praticiens qui assurent des services privés ont la possibilité de répercuter les coûts de la TPS en les intégrant à leurs barèmes d'honoraires.

N'oublions pas que les médecins sont dans une position fondamentalement différente, dans la mesure où 99 % de leurs revenus professionnels leur viennent de régimes étatiques d'assurance-santé : sous la TPS et la TVH, « certains services de soins de santé sont plus égaux que d'autres! »

Certains font valoir que la profession médicale devrait engager des négociations au niveau provincial/territorial, pourtant, nulle province n'est prête à assumer les coûts supplémentaires que doivent prendre en charge les médecins en conséquence de modifications à la politique fédérale en matière de fiscalité. Et il est certain que les gouvernements provinciaux ne veulent pas en entendre parler. L'anomalie fiscale qui a actuellement cours, dans la mesure où elle touche la profession médicale, résulte de l'introduction de la TPS - et c'est donc au niveau fédéral que le problème doit être résolu.

Tel qu'elles s'appliquent actuellement aux services médicaux, la TPS et la TVH ne représentent pas une politique fiscale qui conforte de bons régimes de soins de santé au Canada.

Le point de vue de l'AMC n'est pas unique en son genre. Feu l'Honorable juge en chef Emmett Hall avait mis en lumière les principes qui sous-tendent la question fondamentale de l'équité fiscale dans une déclaration où il estimait que la taxe de vente fédérale sur les fournitures médicales achetées par des médecins autonomes dans le cadre de leur pratique devait être supprimée.¹⁹ Bien entendu, la recommandation du juge Hall avait été faite avant l'introduction de la TPS et de la TVH, mais il demeure toutefois que les principes exposés ci-dessus sont inattaquables et qu'ils devraient se refléter dans la politique fiscale du gouvernement fédéral.

Les médecins canadiens travaillent très fort pour offrir à leurs patients des soins de santé de qualité dans le cadre d'un régime public. Les médecins ne sont pas différents des autres Canadiens puisqu'ils sont, eux aussi, des consommateurs (de biens et de services). Ils ont donc de la difficulté à s'expliquer le traitement singulièrement inique que réserve le régime de la TPS à la profession médicale.

L'AMC recommande respectueusement :

9. Que les services de santé financés par les provinces et les territoires soient détaxés.

¹⁹ Hall, Emmett (Commissaire spécial). Programme national-provincial du Canada pour les années 1980, p. (32).
###

On pourrait donner suite à la recommandation ci-dessus en modifiant le texte de la *Loi sur la taxe d'accise* comme suit :

(1). *L'Article 5, Partie II, de l'Annexe V de la Loi sur la taxe d'accise est remplacé par ce qui suit :*

5. La prestation (autre qu'une prestation détaxée) d'une consultation, d'un diagnostic, d'un traitement ou de tout autre service de soins de santé fourni par un praticien médical à un particulier (à l'exclusion d'une intervention chirurgicale ou dentaire à des fins esthétiques plutôt que dans un but médical ou reconstructif).

(2). *L'Article 9, Partie II, de l'Annexe V de la Loi sur la taxe d'accise est abrogée.*

(3). *La Partie II de l'Annexe VI de la Loi sur la taxe d'accise est modifiée par l'ajout de ce qui suit après l'Article 40 :*

41. La fourniture d'un bien quelconque ou la prestation d'un service, mais uniquement si - et dans la mesure où - la contrepartie est versée ou remboursée par le gouvernement dans le cadre d'un régime créé en vertu d'une loi de la Législature de la province dans le but d'offrir des services de soins de santé à toutes les personnes assurées dans ladite province.

Notre recommandation satisfait au moins deux objectifs obligatoires en matière de politiques : 1) renforcer les liens entre une bonne politique économique et une bonne politique de soins de santé au Canada; et 2) appliquer uniformément à toutes les circonstances les principes qui sous-tendent notre régime fiscal (équité, efficience, efficacité).

Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REÉR)

L'épargne-retraite a (au moins) deux buts fondamentaux : 1) garantir un niveau de revenu de retraite de base pour tous les Canadiens; et 2) aider les Canadiens à éviter de voir leur niveau de vie péricliter après la retraite. Si l'on jette un coup d'oeil sur les perspectives démographiques au Canada, on constate que l'on a affaire à une population qui est non seulement vieillissante, mais aussi qui vit plus longtemps. En supposant que les tendances démographiques actuelles se poursuivront et qu'elles atteindront un pic lors du premier quart du prochain siècle, il importe de reconnaître que l'épargne privée (REÉR) contribuera à assurer aux Canadiens une existence digne bien après l'âge de la retraite.

Ce facteur devient encore plus critique si l'on considère que les Canadiens ne mettent pas de côté suffisamment de ressources pour leur retraite. Plus précisément, selon Statistique Canada, on estime que 53 % des hommes et 82 % des femmes dont la carrière débute à 25 ans auront besoin d'une aide financière à l'âge de la retraite - seuls 8 % des hommes et 2 % des femmes jouiront d'une solide situation financière.

Dans son état budgétaire de 1996, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il plafonnait les cotisations annuelles aux REÉR à 13 500 \$ jusqu'à l'exercice 2002/2003, plafond qui passerait à 14 500 \$ et à 15 500 \$ en 2003/2004 et 2004/2005 respectivement. En outre, les prestations de retraite issues de régimes enregistrés de pensions seront plafonnées à leur niveau actuel de 1 722 \$ par année de service (donnant droit à pension) jusqu'à 2004/2005. Il s'agit là d'une majoration fiscale de fait.

Cette modification de la politique relative au plafonnement des cotisations des REÉR va à l'encontre du Livre blanc publié en 1983 (régime fiscal et épargne-retraite), dans lequel le Comité spécial sur la réforme des pensions (Communes) avait recommandé de modifier les limites sur les contributions aux régimes d'épargne-retraite bénéficiant d'un rabatement fiscal de façon à ce que le même plafond global s'applique indépendamment du véhicule (ou de la combinaison de véhicules) d'épargne-retraite utilisé(s). En peu de mots, le principe de « la parité en matière de pensions » était conforté.

En outre, dans trois documents distincts publiés par le gouvernement fédéral, le principe de la parité des pensions aurait été réalisé entre les régimes à cotisations déterminées et les régimes à prestations déterminées si l'on avait permis aux plafonds des contributions aux REÉR de grimper à 15 500 \$ en 1988. En fait, le gouvernement fédéral a retardé cette échéance de sept ans - c'est-à-dire que la réalisation du but de la parité des pensions a été retardée jusqu'à 1995.

L'AMC regrette que dix années de planification soigneuse et réfléchie de la part du gouvernement fédéral sur la question de la réforme des pensions n'aient pas abouti et que, en fait, si l'actuelle politique demeure en place, il aura fallu plus de 17 ans pour la mettre en application (de 1988 à 2005).

En conséquence, l'actuelle politique de plafonnement des cotisations aux REÉR et aux RPA, sans faire d'ajustements aux plafonds des REÉR afin de parvenir à la parité des pensions, sert à perpétuer des inéquités entre les deux types de régimes jusqu'à 2004/2005. Pour les travailleurs autonomes du Canada qui comptent sur leurs REÉR comme seul véhicule de planification de la retraite, l'injustice est flagrante.

L'AMC recommande :

- 10. Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 1999–2000 et 2000–2001 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).**

En vertu de la législation fiscale courante du gouvernement fédéral, 20 % des investissements d'un REÉR, FERR ou RPA peuvent être faits dans des « avoirs étrangers ». Le reste étant investi dans des valeurs canadiennes. Si la limite de 20 % est dépassée à la fin d'un mois, le REÉR verse une pénalité de 1 % du montant excédentaire.

Lors de sa consultation prébudgétaire de décembre 1998, le Comité permanent des finances a formulé la

recommandation suivante (p. (66) : «...que le plafond réglementaire de 20 % en matière d'investissement dans des avoirs étrangers passe à 30 % sur une période de cinq ans à coups de majorations successives de 2 %. Cette diversification permettra aux Canadiens d'obtenir des rendements supérieurs sur leurs économies de retraite et de réduire les risques auxquels ils s'exposent, ce qui profitera à tous les Canadiens. »

Une récente étude effectuée par Ernst & Young a démontré que les investisseurs canadiens auraient obtenu des rendements nettement plus élevés sur leurs investissements au cours des 20 dernières années si les limites sur les investissements dans des valeurs étrangères avaient été plus élevées. Par ailleurs, le Conference Board du Canada a conclu que l'augmentation jusqu'à 30 % de la limite autorisée pour les investissements dans les valeurs étrangères aurait un effet neutre sur l'économie du Canada.

L'AMC estime que l'on dispose de suffisamment d'indices pour conclure que les Canadiens profiteraient d'une augmentation du plafond des investissements dans des avoirs étrangers, qui passeraient de 20 % à 30 %. Par conséquent, l'AMC recommande ce qui suit :

11. Que le plafond de 20 % de contenu étranger des régimes à revenu reporté, tels les Régimes enregistrés d'épargne retraite et les Régimes enregistrés de revenu de retraite, soit haussé à raison de 2 % par année pendant cinq ans, à compter de 1999, jusqu'à atteindre 30 %.

Dans le cadre du processus de revitalisation de l'économie, on attend beaucoup du secteur privé en termes de création d'emplois. Cela indiquerait qu'il est nécessaire de revoir l'équilibre qui existe actuellement entre les secteurs public et privé en matière de création d'emplois, mais il demeure néanmoins que l'État a un rôle capital à jouer pour favoriser un climat qui stimulerait la création d'emplois. Dans ce contexte, l'AMC croit fermement que les actuels REÉR devraient être perçus comme des atouts plutôt que comme un passif.

Avec les bons mécanismes en place, les avoirs combinés des REÉR en termes de capitaux à investir peuvent jouer un rôle intégral de rapprochement entre les gros capitaux et les PME. À cet égard, l'AMC encouragerait le gouvernement à explorer les entraves que provoquent les actuelles règles du jeu en vue d'encourager un rapprochement entre le capital et les PME. L'AMC recommande ce qui suit :

- 12. Que le gouvernement fédéral favorise le développement économique en traitant les cotisations aux REER comme des actifs plutôt que comme des passifs et en étudiant les modifications réglementaires nécessaires pour permettre aux petites et moyennes entreprises d'avoir accès à de tels fonds.**

Prestations détaxées des régimes de soins de santé

Dans le contexte du budget fédéral de l'an dernier, l'AMC a été encouragée par la déclaration du gouvernement fédéral qui a annoncé l'extension des déductions des primes d'assurance-santé et dentaire aux travailleurs autonomes non constitués en société, par l'intermédiaire des régimes privés de services de soins de santé (PPSS). L'AMC estime que cette initiative est un pas dans la bonne direction (dans le sens d'une plus grande équité fiscale).

En outre, il convient de féliciter le gouvernement fédéral de sa décision de préserver le statut non imposable des prestations d'assurance-santé supplémentaire. Cette décision illustre la volonté du gouvernement fédéral de conforter la corrélation entre une bonne politique fiscale et une bonne politique de soins de santé au Canada.

Si les prestations d'assurance-santé supplémentaire devaient être imposées, il est probable que les personnes jeunes et en santé opteraient en faveur de forfaits plutôt que d'avoir à verser des impôts à l'égard de prestations dont ils ne se servent guère. Cette catégorie de Canadiens se retrouverait non assurée en matière de services de santé supplémentaires. Il s'ensuivrait que les primes payées par l'employeur risqueraient d'augmenter en conséquence de cet exode afin de compenser les coûts additionnels que requerrait le maintien des niveaux de prestation par suite de la capacité réduite à parvenir à une mise en commun des risques.

En outre, pour ce qui est de l'équité, il semblerait injuste de « pénaliser » 70 % des Canadiens en taxant les prestations de soins de santé supplémentaires afin de les mettre sur un pied d'égalité avec les autres 30 %. Il serait préférable d'offrir des mesures incitatives pour permettre aux autres 30 % des Canadiens d'obtenir des avantages analogues, attribuables au statut fiscal des prestations de l'assurance-santé supplémentaire. Par conséquent, l'AMC recommande :

13. 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 recherche en santé au Canada

Parallèlement à la déstabilisation de notre système de soins de santé, le rôle de la recherche en santé au Canada a, lui aussi, pris un coup. C'est pourquoi le gouvernement fédéral a annoncé, dans le cadre du budget de 1998, qu'il accroîtrait les niveaux de financement du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM) qui passeraient de 237,5 millions (1997/1998) à 267 millions (1998/1999), à 270 millions (1999/2000) et à 276 millions (2000/2001). Bien que cela représente un pas dans la bonne direction, les 134 millions sur trois ans représentent pour l'essentiel un rétablissement de fonds précédemment amputés - seuls 18 millions seraient considérés comme des fonds neufs.

De plus, lorsqu'on le compare avec d'autres pays, le Canada fait triste figure. Parmi les pays du G-7 pour lesquels l'on disposait de données récentes, le Canada est au dernier rang au niveau des dépenses par tête d'habitant dans la recherche en santé. La France, le Japon, les États-Unis et le Royaume-Uni dépensent entre 1,5 et 3,5 fois plus par habitant que le Canada.²⁰ Nous vivons dans un monde où l'activité est de plus en plus axée sur le savoir, et il convient donc de rappeler au gouvernement fédéral qu'un engagement financier considérable et soutenu à l'égard de la recherche en santé est nécessaire. Par conséquent, l'AMC recommande :

- 14. Que le gouvernement fédéral fixe une cible nationale (par habitant ou en proportion des dépenses totales de santé) et établisse un plan de mise en œuvre pour les dépenses de recherche et développement en santé, comprenant l'éventail complet des recherches, de la recherche biomédicale fondamentale à la recherche appliquée sur les services de santé, dans le but d'améliorer la situation du Canada dans ce domaine par rapport à celle des autres pays du G-7.**

Fuite des cerveaux et déréglementation des frais de scolarité

En juin 1998, l'AMC a eu des discussions avec le Comité permanent des finances sur le phénomène de la « fuite des cerveaux » au Canada. À cette occasion, l'AMC avait manifesté sa grave préoccupation à l'égard de la récente politique de déréglementation des frais de scolarité en Ontario et de son impact subséquent sur les choix de carrière des nouveaux diplômés en médecine.

Plus précisément, l'AMC dénonce officiellement la déréglementation des frais de scolarité dans les écoles de médecine canadiennes et elle estime que les gouvernements devraient accroître les subventions à ces écoles afin d'alléger les pressions qui entraînent les augmentations des frais de scolarité; que toute augmentation des frais de scolarité se doit d'être réglementée et raisonnable; et que des systèmes de soutien financier doivent être mis en place préalablement, ou concurremment, à tout accroissement des frais de scolarité. Ces

²⁰ Organisation pour la coopération et le développement économique. Données sanitaires de l'OCDE, 1997. Paris: OCDE, 1997.

###

mesures favoriseront l'instruction et la formation d'une population diversifiée de praticiens des soins de santé, et elles serviront de support à des services de santé culturellement et socialement sensibles aux besoins de tous les Canadiens.

À mesure que de nouveaux médecins terminent leurs études avec un endettement considérable et croissant, ils seront tentés par des postes plus lucratifs (afin de rembourser leurs dettes) qui s'offrent plus particulièrement aux États-Unis. En conséquence, les politiques de déréglementation des frais de scolarité auront un impact direct et néfaste sur notre capacité à retenir au Canada nos jeunes médecins les plus brillants. L'AMC prépare actuellement un exposé de position sur la question.

VI. SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

Alors que l'avenir de l'accès à des soins de santé de qualité pour tous les Canadiens est en jeu, l'AMC croit fermement que le gouvernement fédéral doit bien montrer qu'il est prêt à reprendre son rôle de leadership et à réinvestir dans ce système de soins de santé auquel tiennent tous les Canadiens et avec lequel ils s'identifient intimement.

Par conséquent, l'AMC formule les recommandations suivantes au Comité permanent des finances.

Stabiliser le système

- 1. Qu'afin d'assurer une visibilité et une imputabilité publiques plus grandes, le gouvernement fédéral réserve à la santé une partie du transfert en argent aux provinces et aux territoires.**
- 2. Qu'en plus du niveau actuel des transferts aux provinces et territoires pour les soins de santé, le gouvernement fédéral rétablisse la portion en argent à au moins 2,5 milliards de dollars par année en fonds réservés aux soins de santé, à compter du 1^{er} avril 1999.**
- 3. Qu'à compter du 1^{er} avril 2000, le gouvernement fédéral indexe entièrement le droit total en argent destiné aux soins de santé en combinant des facteurs qui tiendraient compte de l'évolution des besoins des Canadiens en fonction de la croissance et du vieillissement de la population, de l'épidémiologie, des connaissances courantes et des technologies nouvelles, ainsi que de la croissance économique.**

Envisager l'avenir

4. **Que le gouvernement fédéral établisse un *Fonds de renouvellement du système de santé* ponctuel dont il distribuera les 3 milliards de dollars en trois ans, à compter du 1^{er} avril 1999, pour répondre aux besoins suivants :**
 - a. ***Soutien de l'infrastructure des soins actifs* : aider les établissements de santé à améliorer la prestation d'un éventail de soins de qualité aux patients en améliorant pour ces derniers l'accès aux services nécessaires, y compris aux technologies nouvelles, et en modernisant les établissements de santé.**
 - b. ***Soutien de l'infrastructure de soins communautaires* : afin de permettre aux communautés de créer des services qui appuieront la prestation de soins communautaires et de soins à domicile, nécessaires en résultat de la décroissance rapide du secteur institutionnel.**
 - c. ***Appui des Canadiens à risque* : afin de donner accès à la pharmacothérapie et aux dispositifs médicaux à ceux qui en ont besoin et qui ne sont pas couverts comme il se doit par l'assurance publique ou privée (en attendant la mise en œuvre d'une solution à long terme).**
 - d. ***Technologie de l'information sur la santé* : afin de permettre aux provinces et aux territoires de mettre en place l'infrastructure d'information sur la santé transparente et dictée par les besoins cliniques qui s'impose pour appuyer la gestion adéquate et appropriée de l'accès aux soins de santé et de leur prestation. Dans la mise en place de l'infrastructure d'information sur la santé, il faudra porter scrupuleusement attention aux questions de protection de la vie privée et de confidentialité.**

La politique en matière de tabac

5. **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 (1) réduire la consommation de produits du tabac; (2) réduire au minimum la contrebande interprovinciale–territoriale de produits du tabac; et (3) 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.**

Soutien aux programmes de lutte contre le tabagisme

6. **Que le gouvernement fédéral s'engage à établir un financement stable pour une stratégie complète de contrôle du tabac, y compris des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme, visant à protéger le public des effets nocifs du tabac**
7. **Que le gouvernement fédéral précise ses plans de distribution des fonds de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et fasse en sorte que les fonds soient investis dans des projets et programmes de contrôle du tabac qui soient fondés sur des données probantes.**
8. **Que le gouvernement fédéral accepte que les revenus générés par les taxes sur le tabac servent à élaborer et mettre en œuvre des programmes de contrôle du tabac.**

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

9. **Que les services de santé financés par les provinces et les territoires soient détaxés.**

Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REÉR)

10. **Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 1999–2000 et 2000–2001 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).**
11. **Que le plafond de 20 % de contenu étranger des régimes à revenu reporté, tels les Régimes enregistrés d'épargne retraite et les Régimes enregistrés de revenu de retraite, soit haussé à raison de 2 % par année pendant cinq ans, à compter de 1999, jusqu'à atteindre 30 %.**
12. **Que le gouvernement fédéral favorise le développement économique en traitant les cotisations aux REER comme des actifs plutôt que comme des passifs et en étudiant les modifications réglementaires nécessaires pour permettre aux petites et moyennes entreprises d'avoir accès à de tels fonds.**

Prestations détaxées de régimes de soins de santé

- 13. 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 recherche en santé au Canada

- 14. Que le gouvernement fédéral fixe une cible nationale (par habitant ou en proportion des dépenses totales de santé) et établisse un plan de mise en œuvre pour les dépenses de recherche et développement en santé, comprenant l'éventail complet des recherches, de la recherche biomédicale fondamentale à la recherche appliquée sur les services de santé, dans le but d'améliorer la situation du Canada dans ce domaine par rapport à celle des autres pays du G-7.**