

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

BRIEF

MÉMOIRE

**«Vers un système de santé viable
pour le nouveau millénaire»**

**Mémoire présenté au Comité permanent
des finances de la Chambre des communes dans
le contexte des
consultations prébudgétaires 2000**

Le 10 septembre 1999
Ottawa (Ontario)

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

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole 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 professionnel bénévole représentant la majorité des médecins du Canada et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales, ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

Leadership for Physicians... Health for Canadians
Leadership pour les médecins... Santé pour les Canadiens

Table des matières

	SOMMAIRE	
I.	INTRODUCTION	Page 1
II.	CONTEXTE STRATEGIQUE	Page 1
III.	VERS UN SYSTEME DE SANTE VIABLE	Page 2
IV.	SOINS DE SANTE VIABLES ET PRODUCTIVITE	Page 8
V.	ENJEUX LIES AUX EFFECTIFS MEDICAUX	Page 10
VI.	HARMONISATION DES POLITIQUES FEDERALES : LE POINT DE CONVERGENCE DES FINANCES, DE L'ECONOMIE ET DES SOINS DE SANTE	Page 19

Sommaire

Au tournant du millénaire, il convient de revoir avec fierté le passé du Canada et de planifier l'avenir avec innovation et créativité. Le nouveau siècle nous présentera de nombreux défis lorsqu'il s'agira de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé. Nous devons notamment tenir compte des nouveaux facteurs suivants : une population vieillissante, un savoir accru qui entraînera des progrès correspondants de la technologie et de la recherche, et la situation concurrentielle du Canada et à l'étranger.

L'AMC reconnaît que nous vivons dans un monde de plus en plus interdépendant. Un monde où la mondialisation signifie que comme pays, nous devons regarder vers demain et au-delà de nos frontières lorsqu'il s'agit de déterminer comment réaliser notre potentiel collectif.

Alors que nous planifions l'avenir, il est crucial de reconnaître l'importance des programmes sociaux qui doivent demeurer une caractéristique essentielle de notre société. Notre système de santé est un de ces importants programmes, déterminants de la canadienité.

L'AMC est d'avis qu'un système de santé viable, de qualité et disposant d'un financement suffisant doit être à l'avant-plan des priorités stratégiques du gouvernement fédéral.

La précipitation avec laquelle on a cherché à réduire les coûts des soins de santé depuis quelques années a déstabilisé et démoralisé le système de santé. L'accès réduit à des services critiques et le manque de ressources humaines ne représentent que quelques-unes des retombées de ces compressions. Il ne sera pas facile de redonner aux Canadiens confiance dans leur système de santé.

L'AMC a pris note du premier pas important que le gouvernement fédéral a franchi dans son budget de 1999. En réinvestissant 11,5 milliards de dollars dans la santé, il a fait passer un message important aux Canadiens. Toutefois, lorsque le financement sera rétabli au complet en 2003-2004, le système de santé ne sera toutefois revenu qu'à son niveau nominal de 1995, sept ans après coup – sans qu'on l'ait rajusté en fonction des besoins croissants des Canadiens, de l'inflation ou de la croissance économique.

La mission de l'AMC est de promouvoir les normes les plus élevées de santé et de soins de santé pour les Canadiens et de jouer un rôle de chef de file auprès des médecins.

Je crois en cette mission. Je crois que la profession médicale doit assumer le leadership, sur le plan individuel aussi bien que collectif. Et que nous avons très certainement la responsabilité de défendre des soins de santé de qualité.

Le Dr Hugh Scully, président de l'AMC,
discours inaugural, le 25 août 1999.

Viable (adjectif) : *Qui présente les conditions nécessaires pour durer, se développer.*

*Le Nouveau Petit Robert, Dictionnaires
Le Robert, Paris, 1994.*

Les initiatives que le gouvernement fédéral a prises récemment pour augmenter le financement consacré à la recherche sur la santé sont encourageantes. Il en découlera des avantages directs pour la santé des Canadiens, pour le système de santé, pour la promotion du développement des soins de santé comme industrie et pour assurer que nos cerveaux les meilleurs et les plus brillants des domaines des sciences médicales et de la recherche sur la santé soient formés au Canada et y demeurent. Mais il faut faire davantage pour garantir l'innovation et la compétitivité.

Nous souhaitons reprendre les propos du premier ministre lorsqu'il disait que *nous pensons que l'assurance-maladie est le meilleur exemple du fait qu'une bonne politique sociale peut aussi être une bonne politique économique. Car non seulement l'assurance-maladie reflète le souhait des Canadiens de faire preuve de compassion envers leurs concitoyens, mais en plus elle constitue l'un de nos plus importants avantages concurrentiels.* Un système de santé disposant d'un financement suffisant garantira une population active et en bonne santé qui contribuera à la productivité nationale.

En cherchant à mettre le système de santé sur les rails de la viabilité à long terme, l'AMC est déterminée à collaborer de près avec le gouvernement fédéral et d'autres intervenants pour définir, élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à renforcer l'accès des Canadiens à des soins de santé de qualité.

L'AMC souhaite contribuer à la recherche de solutions et collaborer avec le gouvernement fédéral et d'autres intervenants pour édifier un système de santé viable, flexible et qui répond aux besoins de tous les Canadiens. C'est dans cet esprit de collaboration que l'AMC présente les recommandations suivantes :

- 1. Que le gouvernement fédéral accorde au système de santé financé par le secteur public du Canada un financement viable à long terme afin d'assurer des soins de santé de qualité pour tous les Canadiens.**
- 2. Que le gouvernement fédéral réserve à la santé une partie des transferts fédéraux en argent versés aux provinces et aux territoires afin de promouvoir une imputabilité publique, une transparence et une visibilité plus grandes.**
- 3. Que le gouvernement fédéral augmente d'au moins 1,5 milliard de dollars de plus, à compter du 1^{er} avril 2000, l'argent fédéral consacré aux soins de santé.**
- 4. Qu'à compter du 1^{er} avril 2001, le gouvernement fédéral indexe entièrement le droit total en argent affecté aux soins de santé en se fondant sur une combinaison de 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, du savoir actuel et des technologies nouvelles, ainsi que sur de la croissance de l'économie.**

5. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux adoptent le principe directeur de l'autosuffisance nationale dans la production et le maintien des effectifs médicaux afin de répondre aux besoins médicaux de la population, des soins de premier recours jusqu'aux soins médicaux très spécialisés, ainsi qu'au besoin d'une masse critique pour l'enseignement et la recherche.
6. Que le gouvernement fédéral établisse et finance un bassin national de postes de réintégration en éducation médicale postdoctorale.
7. Que le gouvernement fédéral établisse un Centre national de recherche sur les effectifs du secteur de la santé.
8. Que le gouvernement fédéral améliore le système d'aide financière aux étudiants en médecine, comme le Programme canadien de prêts aux étudiants, avant toute autre augmentation des frais de scolarité et qu'il veille à ce que ces systèmes d'appui soient fixés à des niveaux qui répondent aux besoins financiers des étudiants.
9. Que les services de santé financés par les provinces et les territoires soient détaxés.
10. Que le gouvernement fédéral établisse un Fonds national pour les technologies de santé, afin d'améliorer, partout au pays, l'accès aux technologies de santé nécessaires.
11. Que le gouvernement fédéral continue d'accroître les sommes qu'il accorde à la recherche sur la santé pour assurer à ce secteur un financement viable et de longue durée.
12. Que le gouvernement fédéral affecte un financement stable à une stratégie anti-tabac intégrée qui devrait assurer que les fonds sont investis dans des projets et des programmes anti-tabac fondés sur des données probantes, ce qui inclurait des programmes de prévention du tabagisme, d'abandon du tabac et de protection du public contre les effets nocifs du tabac.
13. Que le gouvernement fédéral appuie l'affectation de recettes fiscales tirées des produits du tabac à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes anti-tabac.
14. Que le gouvernement fédéral accorde une grande priorité au financement de programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac fondés sur des données probantes qui s'adresseraient aux jeunes Canadiens.

- 15. Que le gouvernement fédéral applique une politique intégrée complète de taxes sur les produits du tabac**
- a) pour augmenter graduellement et sélectivement la taxe sur les produits du tabac afin (1) de réduire la consommation de produits du tabac, (2) de minimiser la contrebande interprovinciale–interterritoriale des produits du tabac et (3) de minimiser la contrebande internationale des produits du tabac;**
 - b) pour appliquer la taxe à l’exportation sur les produits du tabac et supprimer l’exemption disponible sur les expéditions de produits du tabac conformément au niveau historique de chaque fabricant;**
 - c) pour amorcer des pourparlers avec le gouvernement fédéral des États-Unis afin d’étudier les options relatives à la politique sur la fiscalité des produits du tabac et à une hausse des prix des produits du tabac canadiens pour les rapprocher de ceux que pratiquent les États frontaliers américains afin de minimiser la contrebande internationale.**
- 16. Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 15 500 \$ pour l’année 2000-2001.**
- 17. Que le gouvernement fédéral étudie des moyens de hausser à l’avenir les plafonds des cotisations aux REER étant donné que la parité des pensions a pris du retard depuis 1988.**
- 18. Que le plafond de 20 % sur les investissements en avoirs étrangers dans le cas des régimes à revenu différé comme les régimes enregistrés-d’épargne-retraite et les fonds enregistrés de revenu de retraite augmente de 2 % par année de manière à atteindre 30 % en cinq ans, à compter de l’an 2000.**
- 19. Que le gouvernement fédéral étudie les changements réglementaires nécessaires pour faciliter l’accès aux fonds des REER afin qu’on puisse les investir dans des petites et moyennes entreprises.**
- 20. Que le gouvernement fédéral prenne les mesures nécessaires pour protéger les REER et les FERR contre les créanciers.**

I. INTRODUCTION

L'Association médicale canadienne (AMC) félicite le gouvernement fédéral de maintenir les consultations prébudgétaires au cours de son deuxième mandat. Ce mécanisme visible et transparent encourage le dialogue public dans le contexte de l'étude et de l'élaboration des politiques financières, économiques et sociales du Canada.

Dans le cadre des consultations prébudgétaires 2000, l'AMC est heureuse de pouvoir faire part de sa position au Comité permanent des finances de la Chambre des communes et souhaite avoir l'occasion de rencontrer le Comité par la suite pour discuter plus en détail de ses recommandations et de leur justification.

II. CONTEXTE STRATÉGIQUE

Depuis quelques années, on accorde beaucoup d'attention au fait que le Canada vit dans un monde de plus en plus interdépendant. La mondialisation signifie que comme pays, nous devons regarder vers demain, vers l'extérieur et vers autrui lorsqu'il faut déterminer comment réaliser notre potentiel collectif.

Le paysage politique et économique continuera à changer, mais il importe de reconnaître qu'il y a d'importants programmes sociaux qui doivent demeurer des caractéristiques essentielles de notre société.

Notre système de santé est un de ces programmes sociaux – c'est aussi une caractéristique importante qui définit notre canadienité. L'AMC est d'avis que lorsqu'il est question de maintenir et d'améliorer la santé des Canadiens, un système de santé viable et disposant d'un financement suffisant doit être à l'avant-plan des priorités stratégiques du gouvernement fédéral.

En 2002, on estime qu'il y aura 2,3 millions de Canadiens de plus et que le nombre des plus de 65 ans aura grossi de 444 000. C'est pourquoi le système de santé du Canada continuera d'avoir d'importants défis à relever à court terme. Partout au Canada, les gouvernements se sont précipités, au cours des dernières années, pour réduire les coûts des soins de santé le plus rapidement possible. Cette précipitation a déstabilisé et démoralisé le système de santé. La réduction de l'accès à des services de santé critiques et l'insuffisance des ressources humaines représentent une partie seulement des retombées. Le réinvestissement fédéral initial aidera à alléger une partie des pressions, mais il ne représentera pas beaucoup plus qu'une solution à court terme étant donné que les attentes et les exigences imposées au système continueront de s'alourdir.

Le gouvernement du Canada veut collaborer à cet effort avec les médecins du pays. Nous vous demandons votre avis lorsque nous voulons l'obtenir, votre aide quand nous en avons besoin, et votre appui lorsque nous le méritons. Ensemble, faisons d'une meilleure santé et de meilleurs soins de santé beaucoup plus que juste une devise. Faisons-en une mission nationale et, à terme, une réussite nationale.

L'honorable Allan Rock, ministre de la Santé.
Allocution prononcée au Conseil général de l'AMC, le
23 août 1999.

Il ne sera pas facile de redonner aux Canadiens confiance dans le système de santé. Entendre parler de salles d'urgence surpeuplées, de pénuries de médecins et d'infirmières et de patients que l'on envoie traiter aux États-Unis afin de réduire les périodes d'attente n'aidera pas à leur redonner cette confiance.

L'AMC reconnaît sans réserve l'importance du premier pas qu'a fait le gouvernement fédéral. Il reste toutefois encore des questions fondamentales à régler sur les mesures futures à prendre, à court, moyen et long terme, pour soutenir le système de santé que nous chérissons et assurer que tous les Canadiens y auront facilement accès quand les membres de leur famille ou eux-mêmes en auront besoin.

Compte tenu de cette première étape, l'AMC est d'avis qu'il faut concentrer maintenant notre attention sur la vision et le cadre stratégique d'ensemble que le gouvernement fédéral doit établir afin d'assurer un financement durable au système de santé.

En cherchant à placer le système de santé sur les rails de la viabilité à long terme, l'AMC est déterminée à collaborer de près avec le gouvernement fédéral pour définir, élaborer et mettre en œuvre des initiatives stratégiques qui serviront à renforcer l'accès aux soins de santé de qualité pour les Canadiens.

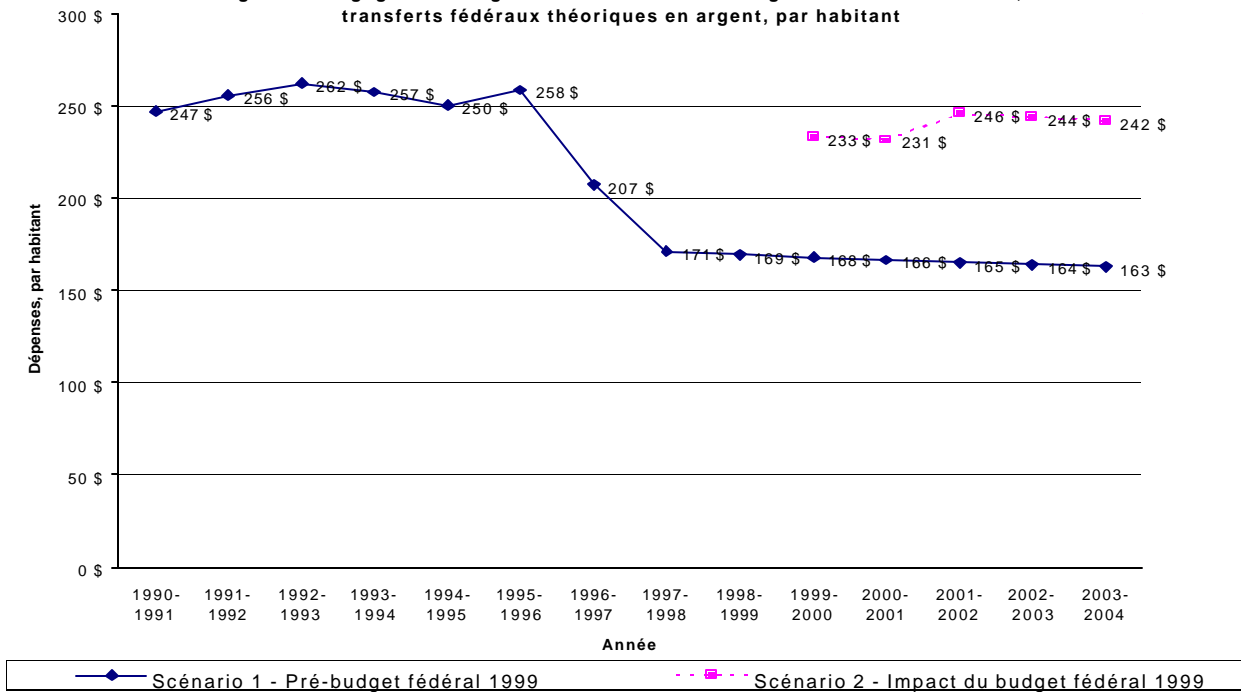
III. VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ VIABLE

Dans son budget de 1999, le gouvernement fédéral a franchi un premier pas important vers la stabilisation du système de santé du Canada en annonçant un cadre budgétaire de cinq ans, en vigueur le 1^{er} avril 1999, qui a réinvesti dans le système de santé un total cumulatif de 11,5 milliards de dollars. Ce premier pas est important, mais il faut le placer en contexte.

Les 11,5 milliards de dollars représentent un total *cumulatif* sur cinq années consécutives. D'une année sur l'autre, ce total signifie que l'argent fédéral consacré aux soins de santé doit augmenter de 2,0 milliards de dollars en 1999-2000, demeurer au même niveau en 2000-2001 et augmenter ensuite de 500 millions de dollars (pour passer à 2,5 milliards) en 2001-2002 et demeurer ensuite stable à ce palier en 2002-2003 et 2003-2004. C'est seulement au cours de la quatrième année que le plancher en argent du TCSPS augmente de 2,5 milliards de dollars au total¹.

En réinjectant 2,5 milliards de dollars dans le plancher en argent du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en 2002-2003, soit au cours de la quatrième année de son calendrier de cinq ans, le gouvernement ne fera que ramener le système de santé au niveau des dépenses théoriques de 1995 sept ans après coup – sans y apporter de rajustement pour tenir compte de l'augmentation des besoins des Canadiens dans le domaine de la santé, de l'inflation ou de la croissance de l'économie².

Figure 1 : Engagement du gouvernement fédéral à l'égard des soins de santé, transferts fédéraux théoriques en argent, par habitant



En dollars courants, on estime que le gouvernement fédéral affecte aux soins de santé environ 41 % de l'argent du TCSPS. Si l'on se fonde sur un plancher en argent de 12,5 milliards de dollars, cela représente 5,13 milliards. L'AMC reconnaît que le gouvernement fédéral a augmenté le transfert en argent d'au moins 2,0 milliards de dollars en 1999-2000 pour le porter à 7,13 milliards. Là encore, il faut toutefois placer ce chiffre dans son contexte : 7,13 milliards de dollars ne représentent que 9 cents sur chaque dollar consacré aux soins de santé au Canada.

Une autre façon d'exprimer les 11,5 milliards de dollars consiste à rajuster le chiffre en fonction du nombre de Canadiens (c.-à-d. par habitant – voir figure 1)³. Le scénario 1 illustre le montant d'argent fédéral nominal par habitant au titre du TCSPS consacré aux soins de santé avant le budget de 1999 et les projections jusqu'en 2003-2004. Sans le cadre budgétaire de cinq ans annoncé par le gouvernement, l'argent fédéral consacré au TCSPS (ce qu'on appelait auparavant le financement des programmes établis et le Régime d'assistance publique du Canada) serait passé de 247 \$ par habitant en 1990-1991 à 163 \$ par habitant en 2003-2004 – ce qui représente une diminution de 34 %. Corrigé de l'inflation, l'argent fédéral du TCSPS consacré aux soins de santé serait tombé de 247 \$ à 131 \$ par Canadien – ce qui représente un recul de 47 %.

Avec l'annonce des 11,5 milliards de dollars en 1999 (scénario 2), le total nominal de l'argent du TCSPS consacré aux soins de santé passe de 168 \$ à 233 \$ par habitant en 1999-2000, ce qui est toutefois loin des 258 \$ par habitant de 1995-1996. Si l'on estime la population du Canada à 30,6 millions de personnes, l'écart défavorable du TCSPS s'établit à environ 765 millions de dollars (c.-à-d. 258 \$ moins 233 \$ x 30,6 millions). Si l'on tient compte du fait que l'inflation depuis 1995 a grugé la valeur de l'argent fédéral du TCSPS en 1999, on calcule que le chiffre se rapproche bien plus de 1,5 que de 1,0 milliard de dollars.

L'argent fédéral du TCSPS n'est en outre pas indexé en fonction de l'inflation, de l'augmentation et du vieillissement de la population, des tendances épidémiologiques ou de la diffusion de technologies nouvelles. Il s'agit là d'un écart par rapport à la formule antérieure du financement des programmes établis (FPE) et du TCSPS comportant un dispositif d'indexation (c.-à-d. une moyenne mobile de trois ans du produit intérieur brut nominal) qui permettait d'augmenter la valeur du transfert en argent⁴.

En résumé, le contexte des 11,5 milliards de dollars est important, car il souligne l'importance du premier pas franchi par le gouvernement fédéral pour étayer le financement des soins de santé au Canada. L'enjeu critique consiste toutefois maintenant à déterminer les mesures immédiates et successives que le gouvernement prendra pour asseoir le financement de notre système de santé sur des rails à plus long terme et durables.

L'AMC n'est pas la seule à penser qu'il faut rétablir complètement le transfert en argent du TCSPS. Le communiqué publié par les premiers ministres à la suite de la 40^e Conférence annuelle des premiers ministres tenue récemment à Québec était clair quant à l'interprétation de la viabilité.

Le financement est crucial pour la viabilité du système de santé. Les premiers ministres et des leaders des territoires réclament donc du gouvernement fédéral qu'il rétablisse complètement le financement en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à son niveau de 1994-1995 et comprenant une formule d'indexation adéquate des transferts en espèces au TCSPS qui permettent de tenir compte de l'augmentation des coûts et des pressions particulières sur la demande de services.

Communiqué. 40^e Conférence annuelle des premiers ministres, Québec (Québec), du 9 au 11 août 1999.

Pendant que nous nous demandons comment garantir que le système de santé sera là pour tous les Canadiens à court, à moyen et à long termes, nous savons que notre population augmente et vieillit. On prévoit que le nombre des plus de 65 ans passera d'un peu plus d'un sur dix (12,2 %) en 1996 à un sur cinq (21,7 %) en 2031⁵.

La croissance de la population et son vieillissement exerceront des pressions supplémentaires sur les dépenses de santé. Les dépenses estimatives consacrées à la santé par habitant selon l'âge en 1994 (voir Tableau 1) montrent que les dépenses par habitant consacrées aux 65 ans et plus s'établissaient à 8068 \$, comparativement à 2478 \$ pour l'ensemble de la population, ce qui donne un ratio de plus de trois sur un⁶. Il est intéressant de signaler que même si

... si nous n'élaborons pas maintenant des stratégies à long terme et à volets multiples et si nous ne cherchons pas à les réaliser pour corriger les problèmes du système de santé actuel et nous préparer à ce qui nous attend – lorsque la population du Canada sera plus âgée que jamais – nous aurons commis une grave erreur.

Charles Baillie, Président du conseil et chef de la direction, Banque Toronto-Dominion. Allocution prononcée au Board of Trade de Vancouver, avril 1999.

les 65 ans et plus représentaient moins de 12 % de la population en 1994, on estime qu'ils ont englouti presque 40 % du total des dépenses consacrées à la santé. Se fondant sur les dépenses par habitant consacrées à la santé selon l'âge, le vérificateur général du Canada a établi des projections selon lesquelles les dépenses consacrées à la santé par le gouvernement pourraient atteindre 12 % du PIB⁷. Il s'agit d'une augmentation estimative importante étant donné qu'en 1998, le total des dépenses consacrées à la santé, qui inclut à la fois les dépenses du secteur public et celles du secteur privé, représentait environ 9 % du PIB.

TABLEAU 1
DÉPENSES CONSACRÉES À LA SANTÉ PAR HABITANT
SELON LE GROUPE D'ÂGE, 1994

Groupe d'âge	Dépenses par habitant
0 à 14 ans	1156 \$
15 à 44 ans	1663 \$
45 à 64 ans	2432 \$
65 ans et plus	8068 \$

Source : Dépenses nationales de santé, ICIS, 1996.

Même si l'on peut soutenir qu'il s'agit d'estimations seulement, l'étude de l'OCDE sur la population montre que ces chiffres ne sont pas du tout atypiques par rapport à l'expérience internationale⁸. Ces renseignements à eux seuls poseront au système de santé de nombreux défis lorsque viendra le temps de répondre aux besoins futurs de la population.

Compte tenu des pressions qui s'exercent actuellement sur le système de santé et de celles qui sont imminentes, il incombe au gouvernement fédéral – le protecteur de l'assurance-maladie – de réfléchir à des moyens qui nous permettront, en tant que société, de maintenir notre système de santé longtemps après le début du nouveau millénaire.

... au cours du nouveau millénaire, le fondement d'une société productive et prospère sera une population en santé, bien instruite et capable d'innover. Voilà où tous les gouvernements doivent concentrer leurs efforts.

Premier ministre Jean Chrétien. Allocution prononcée à l'Université Michigan State, le 7 mai 1999

L'AMC recommande donc :

- 1. Que le gouvernement fédéral accorde au système de santé financé par le secteur public du Canada un financement viable à long terme afin d'assurer des soins de santé de qualité pour tous les Canadiens.**

- 2. Que le gouvernement fédéral réserve à la santé une partie des transferts fédéraux en argent versés aux provinces et aux territoires afin de promouvoir une imputabilité publique, une transparence et une visibilité plus grandes.**
- 3. Que le gouvernement fédéral augmente d'au moins 1,5 milliard de dollars de plus, à compter du 1^{er} avril 2000, l'argent fédéral consacré aux soins de santé.**
- 4. Qu'à compter du 1^{er} avril 2001, le gouvernement fédéral indexe entièrement le droit total en argent affecté aux soins de santé en se fondant sur une combinaison de 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, du savoir actuel et des technologies nouvelles, ainsi que sur de la croissance de l'économie.**

La recommandation 1 repose sur un principe. Elle veut indiquer qu'il importe de cesser de se contenter de gérer les crises du système de santé du Canada. Même si l'équilibre entre la capacité de payer et la viabilité du système devrait être au premier plan de notre réflexion, il ne faut pas refuser aux Canadiens un accès raisonnable à des soins de santé de qualité. Cette recommandation reconnaît aussi que même si le gouvernement fédéral a un rôle essentiel à jouer, il ne peut tout faire seul. Il doit collaborer de près avec les provinces et les territoires.

Conformément à l'appel lancé par le ministre de la Santé qui souhaite que notre système de santé soit plus transparent et imputable, la recommandation 2 préconise que le gouvernement fédéral soit soumis au même critère de mesure lorsqu'il s'agit de financer le système de santé du Canada. Cette recommandation est aussi conforme à l'accord sur l'union sociale qui préconise une plus grande imputabilité publique à tous les paliers de gouvernement.

Même si l'affectation accordée l'année dernière aux soins de santé au titre du TCSPS fait passer un message important, il faut nous demander comment restructurer le TCSPS de façon à promouvoir une plus grande transparence et à resserrer les liens entre les sources du financement fédéral consacré aux soins de santé et l'utilisation que doivent faire de ces fonds les provinces et les territoires. Cette question est particulièrement importante étant donné qu'il faut mieux comprendre le lien entre les dépenses définies consacrées à la santé et les résultats sur la santé.

On pourrait en fait soutenir que le budget fédéral de l'année dernière a relancé implicitement le concept qui consiste à réserver de l'argent du TCSPS aux soins de santé. À un moment où l'on exige davantage d'imputabilité, le mécanisme du TCSPS semble archaïque, car il comporte un transfert en argent indivis qui ne reconnaît pas explicitement la contribution fédérale à la santé dans un monde issu de l'accord sur l'union sociale.

L'année dernière, l'AMC a recommandé au gouvernement fédéral de réinvestir dans le système de santé 3,5 milliards de dollars au total à compter du 1^{er} avril 1999 afin surtout de stabiliser le système de santé et d'appuyer la transition vers l'expansion du continuum des soins. L'AMC a recommandé

de créer notamment, avec les 3,5 milliards de dollars, un *Fonds de renouvellement du système de santé* axé sur quatre domaines discrétionnaires des besoins : (1) une infrastructure des soins actifs; (2) une infrastructure des soins communautaires; (3) le soutien des Canadiens à risque; (4) une technologie d'information sur la santé.

Comme le gouvernement a réinvesti 2,0 milliards de dollars en 1999-2000, l'AMC recommande que le gouvernement fédéral consacre immédiatement 1,5 milliard de dollars de plus aux soins de santé afin de faciliter la stabilisation continue du système et de favoriser l'évolution vers un continuum de soins plus étendu.

Ces ressources supplémentaires et nécessaires seraient bien accueillies et aideraient à relever les défis stratégiques liés aux besoins en ressources humaines du secteur de la santé – et en particulier ceux qui ont trait au besoin d'un bassin suffisant et stable de médecins et d'infirmières : c'est la pierre angulaire sur laquelle repose notre système de santé.

De plus, ces ressources aideraient à créer l'infrastructure immobilisée nécessaire pour appuyer la transition à partir du modèle des soins institutionnels vers celui des soins communautaires dans le contexte d'un cadre plus intégré.

Même si l'on s'attendrait à ce que tout nouveau programme partagé annoncé par les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux (p. ex., soins à domicile ou assurance-médicaments) soit assorti d'un financement plus précis et important, il faut s'assurer maintenant, pendant que le système est en état de mouvance, que personne ne tombe à travers les mailles du filet. Ce financement de transition aidera à stabiliser le système et servira aussi à assurer qu'à mesure qu'il évoluera vers un continuum de soins étendu, le système demeurera accessible et que l'interruption du service sera minime pour les Canadiens.

Si l'on se fonde sur des estimations récentes de l'excédent budgétaire du gouvernement en 1999 (qui serait de 4,8 milliards de dollars au cours des trois premiers mois de l'exercice) et par la suite⁹, il semblerait que le gouvernement a l'occasion de tenir sa promesse de faire des soins de santé une priorité clé pour toute intervention future.

Il s'agit d'un investissement substantiel, mais il n'est pas question de nous arrêter là. À mesure que notre marge de manoeuvre financière augmentera au fil des ans, les soins de santé demeureront nettement du nombre des domaines clés d'intervention.

L'honorable Paul Martin, ministre des Finances. Déclaration financière, budget fédéral de 1999, le 17 février 1999

La recommandation 4 porte sur le besoin d'une indexation complète pour assurer que la contribution en argent du gouvernement fédéral continuera d'augmenter afin de répondre aux besoins futurs des Canadiens dans le domaine de la santé. La formule d'indexation reconnaît que les besoins dans le domaine des soins de santé ne sont pas toujours synchronisés avec la croissance de l'économie. En fait, en période de difficultés économiques (p. ex., chômage, stress, et de mésentente familiale), le fardeau imposé au système

de santé s'alourdit. Si l'on ne fait rien, le temps continuera de gruger la valeur actuelle de l'argent fédéral à cause des demandes croissantes provenant d'une population qui vieillit et augmente, sans oublier l'inflation.

Ensemble, ces recommandations portent non seulement sur les principes fondamentaux de la nécessité d'avoir un système de soins de santé viable, mais aussi sur le fait que le gouvernement fédéral doit continuer à prendre les mesures concrètes de leadership qui s'imposent afin d'assurer qu'un financement suffisant et à long terme soit disponible pour répondre aux besoins de tous les Canadiens dans le domaine de la santé. Les recommandations sont stratégiques et ciblées et servent à renforcer l'assise fondamentale de notre système de santé.

Si l'on veut que le système de soins de santé du Canada non seulement survive mais aussi prenne de la vigueur au cours du nouveau millénaire, il faut réfléchir sérieusement à tout un éventail de solutions possibles qui placent notre système, et le rôle que le gouvernement fédéral y joue, sur des rails financiers plus sûrs et durables. L'AMC est disposée à continuer de collaborer avec le gouvernement et d'autres intervenants pour mettre au point des solutions novatrices et viables aux défis que doit relever le système de santé.

IV. SOINS DE SANTÉ VIABLES ET PRODUCTIVITÉ

Dans le rapport qu'il a déposé l'année dernière à la Chambre des communes, le Comité permanent des finances a proposé de passer un pacte de productivité. Le pacte *«devrait assujettir toutes les mesures existantes de l'administration publique (dépenses, impôt et réglementation) à une évaluation qui en mesurerait les effets attendus sur la productivité et, par conséquent, sur le niveau de vie des Canadiens. En outre, il faudrait que toute nouvelle initiative budgétaire soit jugée en fonction de ce nouveau point de repère¹⁰.*

Il y a un autre domaine que j'ai mentionné et dont je veux parler, soit celui de la santé des Canadiens. Nous avons décidé d'investir dans ce domaine et je pense que nous l'avons fait parce que nous sommes d'avis que notre niveau de vie et notre productivité dépendront énormément de la qualité du système de santé...

Le premier ministre Jean Chrétien, à Montréal,
le 3 mai 1999.

Dans le contexte du réinvestissement dans les soins de santé, le pacte proposé par le comité permanent demande qu'on présente un «argumentaire». L'AMC est d'avis qu'il existe un lien important entre un système de santé public viable et bien financé, d'une part, et la productivité de l'économie, de l'autre.

Tout comme on considère en général que des assises économiques solides sont essentielles si l'on veut que le Canada ait un avenir prospère, il faudrait aussi considérer que des ressources stables, suffisantes et, au besoin, plus importantes consacrées au financement de la santé et des soins de santé constituent un investissement dans le mieux-être futur de la population canadienne et, par conséquent, dans la compétitivité de notre économie. Dans ce contexte, ces «investissements» renforcent la capacité des Canadiens de mener une vie enrichissante et productive.

Sur le plan structurel, des études ont reconnu qu'un système de santé viable et disposant d'un financement suffisant contribue considérablement au rendement de l'économie du Canada¹¹. Les études indiquent que la façon dont le Canada finance en grande partie son système de santé, soit au moyen des impôts généraux, est plus efficiente que celle des États-Unis, qui financent leur système surtout au moyen de programmes d'employeurs.

Comparativement aux États-Unis, le Canada finance son système de santé de façon plus équitable en étalant le risque financier sur tous les contribuables. En outre, la mobilité professionnelle et la transférabilité des services de santé ne sont pas remises en question dans le système canadien. Toutefois, le sous-financement fédéral récent des soins de santé a contribué énormément à réduire l'accès aux soins pour les travailleurs blessés ou malades, ce qui a retardé leur retour au travail et, par conséquent, a réduit à productivité et accru les coûts pour les entreprises et pour la société¹².

On peut considérer qu'un système de santé viable et bien financé joue un rôle important dans la décision des entreprises de venir s'installer au Canada¹³.

Dans ce contexte, les Canadiens peuvent en tirer certains avantages individuels et collectifs. Le système peut, par exemple :

- attirer des investissements commerciaux à moyen et à long termes;
- entraîner l'aménagement de nouvelles infrastructures (p. ex., installations, matériel);
- favoriser la création de nouveaux emplois (à valeur ajoutée) de longue durée;
- produire des revenus réels et croissants;
- accroître l'activité et la consommation économiques de l'individu et de la société, la richesse et les capitaux à investir;
- réduire la dépendance globale à l'égard des programmes sociaux financés par le secteur public (p. ex., assurance-emploi, programmes de soutien du revenu);
- contribuer à élargir l'assise fiscale et à la rendre viable.

Un système de santé public efficient et doté d'un financement suffisant et une croissance économique soutenue mettent en évidence les liens importants qui existent entre la qualité de vie des Canadiens et la productivité. Comme les décisions stratégiques ont une incidence sur l'économie, il ne faudrait pas nécessairement considérer la santé et les soins de santé dans l'isolement. En fait, une bonne politique économique et une bonne politique de santé et de soins de santé devraient, dans la mesure du possible, se renforcer mutuellement, ou du moins être mieux synchronisées.

Sur un marché de plus en plus mondialisé, interdépendant et concurrentiel, les entreprises ne cherchent pas à augmenter leurs coûts. Dans le domaine des soins de santé, elles ne cherchent pas à prendre en charge les cas très risqués et très coûteux dont le secteur public s'occupe actuellement.

Au Canada, nous pensons que l'assurance-maladie est le meilleur exemple du fait qu'une bonne politique sociale peut aussi être une bonne politique économique. Car non seulement l'assurance-maladie reflète le souhait des Canadiens de faire preuve de compassion envers leurs concitoyens, mais en plus elle constitue l'un de nos plus importants avantages concurrentiels.

Le premier ministre Jean Chrétien, allocution prononcée à l'Université Michigan State, le 7 mai 1999.

Elles sembleraient préférer un système de santé viable et bien financé qui répond aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé et des soins de santé¹⁴. Un système de santé viable et financé par le secteur public donne en outre aux Canadiens une mobilité complète (c.-à-d. transférabilité) lorsqu'ils veulent profiter de possibilités d'emploi, ce qui améliore en retour la productivité.

Une bonne politique économique et une bonne politique de santé sont des priorités compatibles pour la société canadienne. Il n'est pas nécessaire d'en sacrifier une pour réaliser l'autre et il ne faudrait pas considérer non plus qu'elles se font concurrence. L'accès à des services de santé et de soins de santé de qualité est un facteur important qui contribue à la capacité du Canada de demeurer concurrentiel dans un contexte économique mondial de plus en plus complexe. Tous les paliers de gouvernement doivent veiller à ce que le système de santé demeure sur une assise financière viable à long terme dans la mesure où il continue d'être avantageux pour les Canadiens, individuellement et collectivement, et de maximiser notre qualité de vie et notre capacité productive.

V. ENJEUX LIÉS AUX EFFECTIFS MÉDICAUX

Le Canada commence à connaître une pénurie de médecins qui s'aggraverait considérablement au cours des premières décennies du prochain siècle. Une des principales causes de la pénurie émergente de médecins a été l'attitude presque uniforme adoptée par les gouvernements dans les efforts qu'ils ont déployés pour contenir les coûts des soins de santé au cours des années 1990.

Une stratégie clé que les gouvernements ont mise en œuvre pour réduire la montée des coûts dans le secteur de la santé a consisté à réduire l'offre des médecins. Dans un accord en 12 points sur la gestion des effectifs médicaux qu'ils ont conclu à Banff (Alberta) en 1992, les ministres de la Santé ont recommandé notamment de réduire de 10 % l'effectif scolaire prémédical des facultés de médecine. La recommandation a été mise en œuvre à l'automne de 1993 et l'on a recommandé une réduction semblable du nombre de places de formation postdoctorale.

La mise en œuvre, en 1992, de l'obligation de suivre une formation préalable d'au moins deux ans pour obtenir le permis d'exercice a en outre fait disparaître la majeure partie de la flexibilité qui existait auparavant dans le nombre de places de formation postdoctorale. Les médecins actifs ne pouvaient plus, par exemple, réintégrer la formation. Ces possibilités de réintégration assuraient que les jeunes diplômés (en médecine générale et familiale) qui avaient choisi des remplacements ou des affectations en milieu rural pouvaient ensuite revenir dans le système pour améliorer leurs compétences spécialisées ou suivre une formation dans une spécialité.

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont toutefois oublié que la production des facultés de médecine du Canada a atteint son point culminant au milieu des années 1980. Entre 1986 et 1989, l'offre a augmenté en moyenne de 1900 médecins par année. Cette croissance a diminué de moitié entre 1989 et 1993 pour tomber en moyenne à 960 médecins par année. Après 1993, l'offre totale de médecins a reculé pendant trois années consécutives. La période de fléchissement de la croissance s'est produite bien avant que les réductions imposées en 1993 aient eu la chance de se répercuter dans les systèmes d'éducation de premier cycle et de formation postdoctorale.

Le fléchissement de l'offre est attribuable en partie au nombre plus faible de diplômés de facultés de médecine canadiennes, mais aussi en grande partie à l'attrition accrue des effectifs médicaux. Le nombre croissant de médecins qui prennent leur retraite joue aussi. Le nombre annuel des médecins qui partent à la retraite a augmenté de 40 % entre la période 1985 à 1989 et celle de 1990 à 1995.

Même si l'offre totale de médecins s'est redressée en 1997 (285) et en 1998 (960), il est peu probable que la tendance se maintienne parce que la production du système d'éducation est plus faible et l'attrition, plus élevée.

La disparition de la plupart de ces postes a été malheureuse parce que la réintégration peut assouplir le système et permettre d'adapter plus rapidement les effectifs médicaux de façon à répondre aux besoins du public dans le domaine de la santé. Nous avons joint au mémoire, à titre d'information pour le Comité, un document de l'AMC qui porte sur un projet de principes d'un système de réintégration dans l'éducation médicale postdoctorale au Canada.

Selon la projection établie par l'AMC au moyen du Guide d'évaluation des effectifs médicaux, si les tendances actuelles de l'inscription et de l'attrition se maintiennent, le Canada connaîtra certainement une pénurie de médecins au cours des premières décennies du prochain siècle, surtout après 2011, lorsque les médecins de la cohorte du *baby-boom* commenceront à partir à la retraite.

D'autres preuves démontrent que le Canada connaît une pénurie de médecins. On peut d'abord prouver que les médecins travaillent plus fort que jamais. Les données tirées du Questionnaire de l'AMC sur les effectifs médicaux montrent que les médecins, qui travaillaient en moyenne 46,9 heures par semaine (sans compter les périodes de garde) en 1993 en travaillent 54,1 en 1999 : c'est une augmentation de 15,4 %.

Deuxièmement, les données démographiques indiquent qu'il est de plus en plus difficile d'avoir accès aux services médicaux. Des sondages de suivi réalisés par le groupe Angus Reid pour le compte de l'AMC montrent qu'en 1998, environ 60 % de la population étaient d'avis que l'accès aux services de spécialistes s'était détérioré depuis trois ans – contre 41 % en 1996. De même, en 1998, 27 % des Canadiens ont signalé qu'il était plus difficile d'avoir accès aux services d'un médecin de famille – soit presque deux fois le total de 14 % indiqué en 1996¹⁵.

Je suis d'avis que la plupart des médecins ont passé inconsciemment avec la société un contrat afin de s'acquitter de leurs responsabilités professionnelles avec toutes leurs capacités et toute leur énergie, de tenir à jour leurs compétences spécialisées et de tout faire pour promouvoir le soin des patients. Nous attendions en retour d'être respectés, d'avoir le matériel nécessaire pour faire notre travail et d'être libres de toute inquiétude financière. Ces trois attentes ont été déçues, mais nous continuons de respecter notre partie du contrat dans la confusion, l'incompréhension, et avec le sentiment d'avoir été trahis.

Réponse au questionnaire de l'AMC sur les effectifs médicaux, édition 1998.

Dans un sondage réalisé en août 1999, le groupe Angus Reid a demandé aux Canadiens d'évaluer la disponibilité des médecins dans leur propre communauté. À peine plus de la moitié des Canadiens (52 %) sont d'avis que le nombre des médecins disponibles pour répondre aux besoins de leur communauté est suffisant. Ils s'attendent en outre à ce que la situation se détériore au cours des cinq prochaines années. Moins du tiers (29 %) sont d'avis que dans cinq ans, il y aura suffisamment de médecins pour répondre aux besoins de leur communauté dans le domaine de la santé¹⁶.

En résumé, les preuves ne manquent pas pour démontrer que non seulement une grave pénurie de médecins attend le Canada, mais que cette pénurie commence à se faire sentir depuis quelques années. Il faut par ailleurs reconnaître qu'à compter du début des études en médecine, il faut en moyenne six ans pour former un omnipraticien et de huit à douze ans pour former un spécialiste. Si nous voulons éviter une crise qui semble s'aggraver considérablement, il faut commencer à planifier l'avenir dès maintenant.

C'est pourquoi l'AMC recommande :

- 5. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux adoptent le principe directeur de l'autosuffisance nationale dans la production et le maintien des effectifs médicaux afin de répondre aux besoins médicaux de la population, des soins de premier recours jusqu'aux soins médicaux très spécialisés, ainsi qu'au besoin d'une masse critique pour l'enseignement et la recherche.**
- 6. Que le gouvernement fédéral établisse et finance un bassin national de postes de réintégration en éducation médicale postdoctorale.**

En consultant les provinces et les territoires et en collaborant de près avec eux, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de plus en plus vital pour assurer que le Canada forme suffisamment de médecins. Il pourrait en outre jouer un rôle en donnant aux médecins la flexibilité nécessaire s'ils ont besoin de formation supplémentaire pour répondre aux nouveaux besoins des Canadiens.

Des mesures de confinement des coûts ont aussi entraîné une diminution du nombre des autres prestataires de soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, et de celui des infirmières en particulier. Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle important en finançant et en coordonnant, partout au Canada, des recherches sur l'offre, la composition et la répartition appropriées de l'ensemble de l'effectif du secteur de la santé. La création d'une institution nationale qui pourrait puiser à même les bases de données nationales existantes et compiler des recherches réalisées par tous les centres d'un bout à l'autre du Canada faciliterait énormément la planification stratégique à court, à moyen et à long termes.

C'est pourquoi l'AMC recommande :

- 7. Que le gouvernement fédéral établisse un Centre national de recherche sur les effectifs du secteur de la santé.**

ENJEUX DES RÉGIONS RURALES ET ÉLOIGNÉES

Il s'il y a des pénuries de médecins d'un bout à l'autre du pays, mais elles seront particulièrement graves dans les régions rurales et éloignées du Canada. Pour toutes sortes de raisons personnelles et professionnelles, les médecins ne trouvent ni satisfaisant ni viable l'exercice de la profession en milieu rural et dans les régions éloignées.

En 1999, l'AMC a réalisé un sondage auprès des médecins ruraux à qui l'on a demandé d'évaluer leur niveau de satisfaction personnelle et professionnelle face à l'exercice de la médecine en milieu rural. L'étude était financée par Santé Canada. On avait réalisé un sondage semblable en 1991¹⁷.

Le niveau de satisfaction personnelle et familiale n'a pas beaucoup changé. Celui de la satisfaction professionnelle a toutefois dégringolé. En 1991, la proportion des répondants qui se disaient très satisfaits des heures de travail, de l'appui professionnel, de la disponibilité des services de spécialistes et des possibilités d'éducation médicale continue a diminué d'au moins dix points dans tous les cas.

De même, le pourcentage des répondants très satisfaits des services hospitaliers a chuté de plus de la moitié pour tomber de 40 % en 1991 à 17 % en 1999. En 1991, 42 % des répondants étaient très satisfaits de leurs possibilités de rémunération comparativement à 23 % en 1999.

ESCALADE ET DÉRÈGLEMENTATION DES FRAIS DE SCOLARITÉ

Les frais de scolarité des facultés de médecine sont élevés et grimpent en flèche, et ces augmentations d'un bout à l'autre du Canada continuent de préoccuper énormément l'AMC. Leurs répercussions subséquentes sur les effectifs médicaux et le système de soins de santé du Canada préoccupent particulièrement l'Association.

Outre l'impact important que les frais de scolarité élevés ont sur les étudiants en médecine actuels et éventuels, l'AMC est d'avis que les frais de scolarité élevés auront de nombreuses répercussions : ils (1) créeront des obstacles à l'inscription aux facultés de médecine et menaceront la diversité socio-économique des futurs prestataires de soins de santé qui serviront le public et (2) aggraveront «l'exode des cerveaux» médicaux vers les États-Unis qui permet aux nouveaux médecins de rembourser plus rapidement leurs dettes importantes et qui s'alourdissent.

Pour donner suite à cette question prioritaire, le Conseil d'administration de l'AMC a créé un groupe de travail qu'il a chargé de produire un exposé de principe sur l'escalade et la dérèglementation des frais de scolarité. Le groupe de travail prépare aussi une conférence nationale multi-intervenants et multiprofessionnelle sur la question. Outre la recommandation qui suit, l'AMC est d'avis que les gouvernements devraient augmenter le financement accordé aux facultés de médecine afin d'alléger les pressions qui propulsent les hausses des frais de scolarité, et que toute autre augmentation des frais de scolarité devrait être réglementée et raisonnable.

.....

L'AMC dénonce la déréglementation des frais de scolarité dans les facultés de médecine du Canada et recommande :

- 8. Que le gouvernement fédéral améliore les régimes d'aide financière aux étudiants en médecine, comme le Programme canadien de prêts aux étudiants, avant toute autre augmentation des frais de scolarité et qu'il veille à ce que ces régimes d'appui soient fixés à des niveaux qui répondent aux besoins financiers des étudiants.**

EXODE DES CERVEAUX

La perte nette de médecins que le Canada subit en faveur d'autres pays a doublé depuis le début des années 1990. On a enregistré, en 1991, une perte nette de 223 médecins attribuable à la migration, mais le chiffre correspondant pour 1997 a atteint 432 médecins – ce qui représente à peu près la production annuelle de quatre à cinq facultés de médecine. Même si ces médecins partent pour toutes sortes de raisons professionnelles et personnelles, ce qui est particulièrement révélateur, c'est que le total des départs a doublé au cours des années 1990.

Je peux vous assurer que l'exode des cerveaux n'est pas un mythe dans le secteur de la santé. Comme le Comité permanent des finances de la Chambre des communes le signalait dans son récent rapport sur la productivité, «le Canada perd manifestement plus de travailleurs hautement qualifiés au profit des États-Unis qu'il n'en reçoit en retour». Dans le cas de la santé, c'est neuf fois plus.

D' Hugh Scully, lettre au premier ministre,
le 28 juin 1999.

Il y a des années que l'AMC prévient les gouvernements et les décideurs de la crise imminente que causeront les pénuries de médecins, ainsi que de leurs répercussions sur le système de santé. Les appels en faveur d'une stratégie plus mesurée, responsable et délibérée de planification des effectifs médicaux sont toutefois tombés dans l'oreille de sourds, et c'est regrettable. De nombreux facteurs incitent les médecins à quitter le Canada. Même si ces facteurs semblent combiner des raisons personnelles, professionnelles et financières, en fin de compte, notre exode des cerveaux constitue *de facto* un gain de cerveaux pour un autre pays – surtout les États-Unis.

Dans son étude du problème de l'exode des cerveaux, Statistique Canada conclut qu'il y a un important exode net de professionnels de la santé et que l'immigration de professionnels dans le secteur de la santé ne suffit pas pour compenser l'exode en faveur des États-Unis¹⁸.

Le problème est très réel pour les médecins à qui l'on demande de faire davantage là où des collègues sont partis, ainsi que pour le public, à qui l'on demande une plus grande patience au moment où l'accès au système est ralenti ou compromis.

Comme il n’y a pas de politique opportune, stratégique et durable, nous continuerons probablement de risquer de perdre des médecins – dont beaucoup de nos cerveaux les meilleurs et les plus brillants – en faveur d’autres pays. À cet égard, l’AMC est d’avis que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer lorsqu’il s’agit d’harmoniser les politiques dans les domaines des soins de santé, des finances et de l’économie.

Notre structure fiscale est un facteur qui peut contribuer à la décision d’un médecin de quitter le Canada, ou de songer à le faire. Il importe de signaler que le Canada compte beaucoup plus que tout autre pays du G7 sur les impôts sur le revenu des particuliers¹⁹. Même si ce facteur est important, ce qui préoccupe encore davantage, c’est la comparaison entre la structure fiscale marginale du Canada et celle des États-Unis. On comprend que le Canada suit une stratégie fondamentalement différente en ce qui concerne l’ordre de grandeur et le rôle du régime fiscal dans la politique sociale, mais on ne peut plus passer outre à l’écart entre les deux systèmes dans un contexte de mondialisation, d’interdépendance économique et de mobilité de la main-d’œuvre croissantes.

Il faudrait revoir la grille de l’impôt sur le revenu des particuliers au Canada, mais le Comité ne devrait pas s’étonner que d’autres politiques fiscales – comme la taxe sur les produits et services (TPS) et la taxe de vente harmonisée (TVH) – ne servent qu’à rappeler aux médecins la gravité et l’injustice du problème.

TAXE SUR LES PRODUITS ET SERVICES (TPS)

Dans son rapport de 1997 à la Chambre des communes, le Comité permanent signalait les préoccupations soulevées dans la profession médicale par l’application de la TPS. En 1998, il indiquait que le gouvernement doit étudier la question de plus près.

L’AMC est d’avis qu’elle a documenté rigoureusement ses préoccupations et que l’on a fait suffisamment d’études²⁰ – le moment est venu pour le gouvernement fédéral d’agir de façon concertée pour faire disparaître cet obstacle fiscal.

L’AMC trouve la TPS fondamentalement injuste envers les médecins et estime que, à cause de cette taxe, il est plus difficile de recruter et de conserver des médecins au Canada. La question mérite d’être étudiée de plus près.

Rapport de l’AMC au Comité permanent des finances, décembre 1997.

Lorsqu’il est question de la politique fiscale du Canada et de son régime fiscal, l’AMC est convaincue qu’il faudrait administrer les deux de façon juste et équitable. L’Association a déjà affirmé ce principe au Comité permanent à de nombreuses occasions différentes.

Même si ces principes sont rarement contestés, l’AMC a fait part de graves préoccupations au sujet de leur application – particulièrement dans le cas de la TPS et de la taxe de vente harmonisée (TVH) mise en œuvre récemment dans la région de l’Atlantique.

Comme les services médicaux sont «détaxés» en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*, les médecins se trouvent dans la position peu enviable de ne pouvoir demander de remboursement de TPS (c.-à-d. de crédit de taxe sur les intrants – CTI) sur les fournitures médicales dont ils ont besoin pour dispenser des soins de santé de qualité. Ils ne peuvent non plus faire payer la taxe par les acheteurs des services en question.

Il s'agit là d'un point critique lorsque l'on tient compte de la raison d'être à l'origine de la TPS : elle devait être une taxe à la consommation finale qui éviterait au producteur d'un bien ou d'un service d'en assumer le fardeau complet. C'est toutefois précisément l'effet de cette anomalie fiscale qui «coince» les médecins : ils ne peuvent réclamer de CTI à cause de la *Loi sur la taxe d'accise*, ni la faire payer aux consommateurs à cause de la *Loi canadienne sur la santé*.

Nous précisons que l'AMC n'a jamais demandé pour les médecins de «traitement spécial» en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise* et qu'elle n'en demande pas non plus. Or, si les médecins, comme travailleurs indépendants, sont considérés comme de petites entreprises pour les fins de la taxe, il nous semble alors clair qu'il serait raisonnable de leur appliquer les mêmes règles fiscales qu'aux autres petites entreprises. C'est une question fondamentale d'équité fiscale.

Après avoir raffermi l'assise fiscale et épongé le déficit, le gouvernement peut maintenant commencer à envisager les meilleures façons de réduire la charge fiscale des Canadiens.

L'honorable Paul Martin, ministre des Finances, lettre au président de l'AMC, le 24 août 1999.

Tandis que d'autres professionnels indépendants et les petites entreprises réclament des CTI, une étude indépendante (KPMG) a évalué que les médecins ont versé une «surcontribution» de 57,2 millions de dollars par année en CTI non réclamés. KPMG a en outre calculé que la mise en œuvre de la TVH dans la région de l'Atlantique coûtera aux médecins 4,686 millions de dollars de plus par année. À la fin de l'année civile en cours, les médecins auront été taxés injustement de plus de 500 millions de dollars. L'application actuelle de la TPS aux services médicaux constitue une mauvaise politique fiscale et la TVH aggravera considérablement une situation déjà mauvaise pour les médecins.

Il y a d'autres prestataires de soins de santé (p. ex., dentistes, physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, infirmières) dont les services sont détaxés. Il y a toutefois une distinction importante entre les services assurés par le secteur public et ceux qui ne le sont pas. Les prestataires de soins de santé qui fournissent des services dans le secteur privé peuvent faire payer la TPS grâce à leur grille d'honoraires. Il ne faut pas oublier que les médecins se retrouvent dans une position essentiellement différente étant donné qu'ils tirent 99 % de leurs revenus professionnels des régimes gouvernementaux d'assurance-maladie : sous le régime de la TPS et de la TVH, «les services de santé ne sont pas tous égaux».

Certains soutiennent que la profession médicale devrait négocier la question de la TPS à l'échelon des provinces ou des territoires, mais aucune province ni aucun territoire ne veut prendre en charge les coûts supplémentaires délégués sur les médecins à la suite de modifications apportées à la politique fiscale fédérale. Ces gouvernements ne pensent pas non plus qu'il faudrait s'attendre à ce qu'ils le fassent. L'anomalie fiscale actuelle qui touche la profession médicale émane de la mise en œuvre de la TPS – et le problème doit se régler à l'échelon fédéral.

Les principes qui sous-tendent la question fondamentale de l'équité fiscale décrite par le juge en chef Hall sont inattaquables et devraient se refléter dans la politique fiscale fédérale. C'est clairement l'équité et non pas un traitement spécial que la profession recherche. Dans le contexte actuel, la TPS et la TVH constituent pour les services médicaux une mauvaise politique fiscale qui n'appuie pas une saine politique de santé au Canada.

Que les taxes fédérales de vente imposées sur l'achat de fournitures par les médecins indépendants dans l'exercice de leur profession soient éliminées.

Juge en chef Emmett Hall (commissaire spécial), Programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980

L'AMC recommande fortement :

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

On pourrait mettre en œuvre cette recommandation en modifiant la *Loi sur la taxe d'accise* comme suit :

- (1). *Remplacer l'article 5, Partie II, de l'Annexe V de la Loi sur la taxe d'accise par l'article suivant : «La fourniture (autre qu'une fourniture détaxée) par un médecin de services de consultation, de diagnostic, de traitement ou d'autres services de santé rendus à un particulier, à l'exclusion de services chirurgicaux ou dentaires exécutés à des fins esthétiques plutôt que médicales ou restauratrices.»*
- (2). *Abroger l'article 9, 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 de tout bien ou service, mais seulement si, et dans la mesure où, la contrepartie de la fourniture est payable ou remboursée par le gouvernement dans le contexte d'un régime établi en vertu d'une loi de l'assemblée législative de la province pour dispenser des services de soins de santé à toutes les personnes assurées de la province.*

La recommandation de l'AMC satisfait à au moins deux objectifs stratégiques primordiaux : (1) elle resserre les liens entre une bonne politique économique et une bonne politique de santé au Canada et (2) elle applique à tous les cas les principes fondamentaux qui sous-tendent notre régime fiscal (équité, efficacité, efficacité).

À cet égard, l'AMC est déterminée à collaborer de près et continuellement avec le gouvernement pour trouver à cette anomalie fiscale des solutions qui seront fondées sur la collaboration.

DIFFUSION DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

On a soulevé récemment des préoccupations au sujet du manque d'accès aux technologies nécessaires de diagnostic et de traitement au Canada. Beaucoup de ces technologies sont essentielles à la détection précoce du cancer (p. ex., sein, prostate, poumon), de tumeurs, de problèmes circulatoires (p. ex., accident vasculaire cérébral, artériosclérose) et d'autres maladies.

Une étude récente a conclu que le Canada se classe en général au tiers inférieur des pays de l'OCDE pour la disponibilité des technologies. Le Canada vient au 18^e rang (sur 29 pays de l'OCDE) pour la disponibilité de la tomographie assistée par ordinateur, au 19^e (sur 24 pays de l'OCDE) pour la disponibilité de lithotriteurs et au 18^e (sur 27 pays de l'OCDE) pour la disponibilité d'appareils à imagerie par résonance magnétique. Le Canada se classe à un rang avantageux seulement pour la disponibilité de machines de radiothérapie (5^e sur 16 pays de l'OCDE)²¹.

Compte tenu des préoccupations très réelles soulevées par les listes d'attente d'un bout à l'autre du Canada, les Canadiens méritent mieux lorsqu'il s'agit de mettre à leur disposition des technologies de santé dont ils ont besoin et qui peuvent permettre de diagnostiquer et de traiter efficacement des maladies. Il est en outre clair que nous devons favoriser la diffusion des technologies de santé efficaces au plan des coûts, convenablement évaluées et répondant à des normes établies de qualité. Les médecins ont la formation voulue pour dispenser des soins médicaux de qualité à tous les Canadiens. Il faut cependant leur donner les «outils» nécessaires.

Le Canada est un des pays qui compte le moins d'appareils de radiologie avancée (tomodensitométrie axiale, imagerie par résonance magnétique, imagerie TEP et ostéodensitomètres) par habitant parmi les pays du monde industrialisé. À cet égard, il se compare souvent aux pays les moins développés.

B. Lentle, Capital Crisis – Fin de siècle
Radiology in Canada (à paraître).

Dans ce contexte, le gouvernement fédéral devrait créer un fonds national pour les technologies de la santé qui donnerait aux provinces et aux territoires accès à du financement. Les provinces et les territoires devraient établir leurs propres priorités sur le plan technologique, mais le gouvernement fédéral établirait des liens très clairs entre les sources de financement et l'utilisation prévue des fonds et reconnaîtrait pleinement un investissement essentiel dans les soins de santé de la population canadienne.

L'AMC recommande :

10. Que le gouvernement fédéral établisse un Fonds national pour les technologies de santé, afin d'améliorer, partout au pays, l'accès aux technologies de santé nécessaires.

L'AMC est prête à collaborer de près avec le gouvernement fédéral pour aider à définir les objectifs d'un tel fonds et les résultats qu'il devrait produire dans un délai raisonnable. Ce faisant, le gouvernement fédéral collaborerait avec les provinces et les territoires dans le contexte d'un partenariat stratégique de telle façon qu'ils appuieraient l'argent reçu du fonds pour acheter du matériel en assurant les ressources opérationnelles voulues au point de prestation.

VI. HARMONISATION DES POLITIQUES FÉDÉRALES : LE POINT DE CONVERGENCE DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE ET DES SOINS DE SANTÉ

En comparaisant devant le Comité permanent des finances de la Chambre des communes, l'AMC sait très bien que des facteurs stratégiques dans les domaines des finances et de l'économie ont une incidence importante et directe sur le financement et la prestation des soins de santé au Canada.

Dans le monde des politiques publiques, il est rare que les décisions difficiles soient simples. Dans la plupart des cas, lorsqu'on fait des choix difficiles entre une série de fins divergentes, les décisions prennent souvent divers tons de gris.

Même si c'est vrai en ce qui concerne la politique de santé au Canada ou toute autre discipline, il importe de placer ces décisions dans un contexte plus général où elles doivent être conformes avec d'autres bons choix stratégiques qui ont été mis en œuvre, ou les renforcer.

Ce concept est critique lorsqu'il s'agit de veiller si possible à ce que les décisions stratégiques tirent uniformément dans le même sens. Il faut en fait les harmoniser de telle façon que sur le plan de «l'ensemble des politiques», le tout soit plus grand que la somme de chacune de ses parties. Une telle façon de procéder garantit aussi que les décisions stratégiques prises dans un secteur n'iront pas à l'encontre de décisions prises dans d'autres secteurs.

RECHERCHE SUR LA SANTÉ AU CANADA

Dans des mémoires qu'elle a présentés par le passé au Comité permanent des finances, l'AMC a encouragé le gouvernement fédéral à prendre les mesures nécessaires afin de fixer un objectif national pour la recherche sur la santé au Canada et d'établir un plan de mise en œuvre.

Le gouvernement fédéral a annoncé, dans son budget de l'année dernière, qu'il consacrerait des ressources importantes à la création des Instituts canadiens de recherche sur la santé (ICRS), ce qui a

Si l'on compare le montant d'argent par habitant disponible pour la recherche sur la santé aux États-Unis par rapport au Canada, nous tirons de l'arrière... avec l'investissement que nous faisons maintenant, nous allons refermer un peu l'écart, mais nous ne serons quand même pas sur le même pied. Il faut donc maintenir le cap.

L'honorable Allan Rock, ministre de la Santé, cité dans le *Ottawa Citizen* le 2 septembre 1999

Qui dit services de santé de qualité dit recherche de qualité. Améliorer la recherche, c'est aussi contribuer à améliorer la santé des Canadiens.

Le premier ministre Jean Chrétien, Bulletin du

..... premier ministre; printemps 1999.

vivement encouragé l'AMC. En 2001, le financement consacré aux ICRS devrait grimper à 484 millions de dollars. L'AMC se réjouit aussi que le ministre ait annoncé récemment qu'il affecterait 147 millions de dollars pour attirer des chercheurs dans le domaine de la santé et les garder au Canada.

Il faut féliciter le gouvernement de formuler une vision et de proposer une structure pour faciliter la recherche sur la santé au Canada. L'AMC est d'avis qu'une augmentation considérable du financement affecté à la recherche sur la santé a des retombées bénéfiques directes sur (1) la santé des Canadiens, (2) le système du santé du Canada et (3) l'évolution des soins de santé comme industrie. C'est là qu'une bonne politique économique va de pair avec une bonne politique de santé et de soins de santé au Canada.

L'AMC appuie vivement le modèle des ICRS et est préparée à collaborer de près avec le gouvernement et d'autres intervenants pour que les instituts deviennent réalité. Reconnaissant que le Canada aborde une nouvelle étape lorsqu'il est question du financement et de l'exécution de recherches sur la santé, le gouvernement a pris une mesure importante pour faire en sorte que nos chercheurs en médecine et en santé les meilleurs et les plus brillants soient formés au Canada et y demeurent.

Comme organisation nationale qui représente les médecins actifs d'un bout à l'autre du Canada, l'AMC est fermement convaincue qu'elle a une contribution importante à apporter pour faire progresser le modèle des ICRS, particulièrement dans les domaines suivants :

- gestion du savoir (l'AMC a contribué énormément à stimuler la recherche sur les services cliniques et les services de santé au Canada);
- contribution au programme de recherches (l'AMC contribue au programme de recherches sur les services de santé, notamment au projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé);
- recherche de qualité soumise à l'examen critique par des pairs (l'AMC publie le principal journal médical critiqué par des pairs au Canada);
- transfert de recherches (l'AMC joue un rôle de premier plan dans la création d'outils de transfert de la recherche dans la pratique – comme la base de données sur les guides de pratique clinique);
- éthique (l'AMC a un comité permanent d'éthique);
- durabilité (l'AMC préconise une solide présence canadienne dans le domaine de la recherche sur la santé).

Même si les ICRS auront un vaste mandat en recherche sur la santé, les médecins auront un rôle clé à jouer dans la recherche sur les services médicaux et les services de santé. L'AMC a hâte de jouer un rôle plus important à mesure que le modèle prendra forme.

L'AMC recommande :

11. Que le gouvernement fédéral continue d'accroître les sommes qu'il accorde à la recherche sur la santé pour assurer à ce secteur un financement viable et de longue durée.

PROGRAMMES ANTI-TABAC

Il faudrait conjuguer la politique fiscale sur le tabac à d'autres stratégies pour promouvoir une saine politique publique, comme des programmes d'éducation du public afin de réduire le tabagisme.

L'AMC continue toutefois de soutenir qu'un investissement limité dans le temps ne suffit pas. Il faut un financement important et durable pour

les programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac²². Les recettes fiscales tirées du tabac ou la surtaxe sur les produits du tabac pourraient constituer une source de financement pour un tel programme. L'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral devrait affecter 0,6 cents par cigarette vendue à un fonds qui servirait à financer les coûts des interventions anti-tabac, y compris celles des médecins qui ont la compétence spécialisée nécessaire pour traiter l'accoutumance à la nicotine. Une telle mesure produirait environ 250 millions de dollars par année pour aider les fumeurs à abandonner le tabac²³.

L'AMC recommande :

12. Que le gouvernement fédéral affecte un financement stable à une stratégie anti-tabac intégrée qui devrait assurer que les fonds sont investis dans des projets et des programmes anti-tabac fondés sur des données probantes, ce qui inclurait des programmes de prévention du tabagisme, d'abandon du tabac et de protection du public contre les effets nocifs du tabac.

13. Que le gouvernement fédéral appuie l'affectation de recettes fiscales tirées des produits du tabac à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes anti-tabac.

14. Que le gouvernement fédéral accorde une grande priorité au financement de programmes de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac fondés sur des données probantes qui s'adresseraient aux jeunes Canadiens, dès l'âge de l'école primaire.

POLITIQUE SUR LA FISCALITÉ DU TABAC

Le tabagisme est la principale cause évitable de mortalité prématurée au Canada. Les estimations les plus récentes indiquent que le tabagisme cause directement plus de 45 000 morts par année au Canada.

On a calculé que le tabagisme au Canada coûte de 11 à 15 milliards de dollars à la société²⁴. Il coûte directement de 3 à 3,5 milliards de dollars par année²⁵ au système de santé du Canada. Ces estimations ne tiennent pas compte de coûts intangibles comme la douleur et la souffrance.

.....

... 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 consacrerait un crédit supplémentaire 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.

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

L'AMC craint que la réduction de la taxe fédérale sur les cigarettes imposée en 1994 ait eu un effet important sur le ralentissement de la baisse du tabagisme dans la population canadienne, et en particulier chez les plus jeunes – où le nombre de fumeurs est de l'ordre de 22 % à 30 % chez les 15 à 19 ans et de 14 % chez les 10 à 14 ans²⁶. Un Sondage Santé Canada réalisé en 1997 a révélé que 42 % des adolescents de 15 à 19 ans fument²⁷. Une étude réalisée au Québec a montré que les taux de tabagisme chez les élèves du secondaire ont grimpé de 19 % à 38 % entre 1991 et 1996²⁸.

L'AMC félicite le gouvernement fédéral des initiatives qu'il a prises pour augmenter de façon sélective les taxes d'accise fédérales sur les cigarettes et les bâtonnets de tabac. Il s'agit là d'un premier pas vers l'élaboration d'une stratégie fédérale intégrée de taxation des produits du tabac qui illustre l'importance de resserrer les liens entre une bonne politique de santé et une bonne politique fiscale au Canada.

L'AMC comprend que les stratégies relatives à la fiscalité des produits du tabac sont extrêmement complexes. Elles doivent tenir compte des effets des hausses des taxes sur une baisse de la consommation des produits du tabac et sur des augmentations de la contrebande interprovinciale, interterritoriale et internationale. Afin de s'attaquer au problème, le gouvernement devrait envisager une stratégie fiscale sélective qui augmenterait graduellement et continuellement les taxes sur les produits du tabac dans les régions où elles sont plus basses (c.-à-d. Ontario, Québec et région de l'Atlantique).

Les hausses sélectives des taxes sur les produits du tabac visent à augmenter avec le temps les prix pour le consommateur (de 65 % à 70 % des produits du tabac sont vendus en Ontario et au Québec). Les augmentations sélectives graduelles de la taxe refermeront l'écart entre les provinces mais ne réaliseront peut-être pas la parité. La taxe sur les produits du tabac atteindra toutefois un niveau qui rendra non rentable la contrebande interprovinciale ou interterritoriale. Il faudrait suivre les augmentations graduelles sélectives afin que le nouveau niveau de la taxe et les taux de change Canada-É.-U. ne rendent pas rentable la contrebande internationale.

Il est possible de conjuguer l'augmentation sélective et graduelle des taxes sur les produits du tabac à d'autres stratégies fiscales. Il faudrait féliciter le gouvernement fédéral d'avoir réduit, de 3% des expéditions à 2,5%, l'exemption à l'exportation disponible sur les expéditions en fonction du niveau historique de chaque fabricant. L'AMC croit toutefois que le gouvernement fédéral devrait supprimer l'exemption. La mise en œuvre de la taxe à l'exportation viserait à rendre non rentable la contrebande transfrontalière.

Le gouvernement fédéral devrait amorcer un dialogue avec le gouvernement fédéral des États-Unis. Le Canada et les États-Unis devraient tenir des pourparlers sur l'harmonisation des taxes américaines sur les produits du tabac avec les taxes canadiennes à l'usine. En revanche, la politique canadienne sur la fiscalité des produits du tabac devrait porter les prix à des niveaux qui les rapprocheraient de ceux des produits du tabac aux États-Unis. C'est pourquoi l'AMC recommande :

15. Que le gouvernement fédéral applique une politique intégrée complète de taxes sur les produits du tabac

- a) **pour augmenter graduellement et sélectivement la taxe sur les produits du tabac afin (1) de réduire la consommation de produits du tabac, (2) de minimiser la contrebande interprovinciale–interterritoriale des produits du tabac et (3) de minimiser la contrebande internationale des produits du tabac;**
- b) **pour appliquer la taxe à l'exportation sur les produits du tabac et supprimer l'exemption disponible sur les expéditions de produits du tabac conformément au niveau historique de chaque fabricant;**
- c) **pour amorcer des pourparlers avec le gouvernement fédéral des États-Unis afin d'étudier les options relatives à la politique sur la fiscalité des produits du tabac et à une hausse des prix des produits du tabac canadiens pour les rapprocher de ceux que pratiquent les États frontaliers américains afin de minimiser la contrebande internationale.**

RÉGIMES ENREGISTRÉS D'ÉPARGNE-RETRAITE (REER)

L'épargne-retraite a au moins deux buts fondamentaux qui sont (1) de garantir à tous les Canadiens un revenu de retraite de base et (2) d'aider les Canadiens à éviter une baisse sérieuse de leur niveau de vie lorsqu'ils prennent leur retraite.

Une analyse du tableau démographique du Canada montre qu'une proportion croissante de la société non seulement vieillit, mais aussi vit plus longtemps. Si l'on suppose que les tendances actuelles se maintiennent et atteignent leur point culminant au cours du premier quart du prochain siècle, il importe de reconnaître le rôle que l'épargne-retraite privée jouera en assurant que les Canadiens peuvent continuer de vivre dans la dignité longtemps après avoir quitté la population active.

Dans son budget de 1996, le gouvernement fédéral a annoncé que les plafonds des cotisations aux REER seraient bloqués à 13 500 \$ jusqu'en 2002-2003 et passeraient ensuite à 14 500 \$ et 15 500 \$ en 2003-2004 et 2004-2005 respectivement. Dans le cas des régimes de retraite agréés à prestations déterminées, le plafond des cotisations demeurera 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.

Cette politique va à l'encontre du Livre blanc de 1983 publié par le gouvernement fédéral sur *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 exonérés d'impôt afin que le même plafond global s'applique peu importe le moyen d'épargne-retraite ou la combinaison de moyens utilisés. Bref, ce document reconnaissait et approuvait implicitement le principe de la «parité des pensions».

Depuis, dans trois documents distincts publiés par le gouvernement fédéral (1983, 1984, 1987), on aurait réalisé le principe de la parité des pensions entre les régimes à cotisations déterminées (c.-à-d. les REER) et les régimes à prestations déterminées (c.-à-d. les régimes de pension agréés, ou RPA) si les plafonds des cotisations aux REER avaient grimpé à 15 500 \$ en 1988.

Comme membre fondateur de la Coalition pour les REER, l'AMC est frustrée, comme d'autres intervenants, de voir que onze années de planification minutieuse et délibérée de la réforme des pensions par le gouvernement fédéral n'aient pas porté fruit. En fait, si la politique actuelle demeure en vigueur, il aura fallu plus de 17 ans (de 1988 à 2005) pour mettre en œuvre la réforme nécessaire afin de réaliser la parité. Même s'il y aura parité entre les REER et les RPA en 2004-2005, la parité aura été réalisée sur le dos des Canadiens dont les plafonds des cotisations aux REER auront été bloqués beaucoup trop longtemps.

La politique actuelle qui consiste à bloquer les plafonds des cotisations aux REER et aux RPA sans permettre de rajustement des plafonds des cotisations aux REER pour établir la parité sert donc à maintenir les iniquités entre les deux régimes jusqu'en 2004-2005.

La mise en œuvre de la politique complique encore davantage la situation parce que les REER et les RPA sont bloqués et ne peuvent donc croître au rythme du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP).

Plus précisément, si la politique recommandée sur la parité des pensions avait été mise en œuvre en 1988, les plafonds des cotisations aux REER et aux RPA auraient pu grimper parallèlement au maximum des gains annuels ouvrant droit à pension – ils atteindraient environ 21 000 \$ aujourd'hui.

TABLEAU 2 – Plafonds des cotisations aux REER rajustés en fonction du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP)

Année	MGAP	% changement	Plafonds des REER
1988	27 700 \$		15 500 \$
1989	28 500 \$	2,89	15 948 \$
1990	28 900 \$	1,40	16 171 \$
1991	30 500 \$	5,54	17 067 \$
1992	32 200 \$	5,57	18 018 \$
1993	33 400 \$	3,73	18 690 \$
1994	34 400 \$	2,99	19 249 \$
1995	34 900 \$	1,45	19 529 \$
1996	35 400 \$	1,43	19 809 \$
1997	35 800 \$	1,13	20 032 \$
1998	36 900 \$	3,07	20 648 \$
1999	37 400 \$	1,36	20 928 \$

Source MGAP : Revenu Canada, avril 1999

Le ministère des Finances publie chaque année le manque à gagner qu'entraînent certaines initiatives stratégiques pour le Trésor fédéral. En 1998, la dépense fiscale nette (c.-à-d. les revenus fiscaux non perçus) a été estimée à 7,5 milliards de dollars dans le cas des cotisations aux REER et à 6,2 milliards de dollars dans celui des RPA

Dans ce contexte, il est crucial de comprendre la différence entre *l'évitement fiscal* et le *report d'impôt*. Les REER permettent aux Canadiens d'épargner en vue de la retraite. À moyen et à long termes, lorsque les REER sont convertis en rentes, ils augmentent les recettes fiscales du gouvernement. Même si les cotisations actuelles dépassent les retraits, la tendance ne durera pas indéfiniment, car de plus en plus de membres de la génération du *baby-boom* prendront leur retraite.

En résumé, au moment où il étudie le rôle des services publics dans la société, le gouvernement a une responsabilité sociale : il doit veiller à ce qu'il y ait un environnement de planification financière stable qui encourage une plus grande autosuffisance fondée sur l'épargne-retraite privée.

Si l'on veut harmoniser une bonne politique fiscale avec une bonne politique sociale, il est essentiel d'étendre le régime des REER de façon à permettre aux Canadiens de se préparer à la retraite et à les y encourager tout en allégeant tout fardeau futur imposé aux programmes publics.

L'AMC recommande :

16. Que le plafond des cotisations aux REER, fixé à 13 500 \$, passe à 15 500 \$ pour l'année 2000-2001.

17. Que le gouvernement fédéral étudie des moyens de hausser à l'avenir les plafonds des cotisations aux REER étant donné que la parité des pensions a pris du retard depuis 1988.

La législation fiscale fédérale en vigueur permet d'investir dans des «avoirs étrangers» 20 % du portefeuille d'un REER, d'un FERR ou d'un régime de pension agréé. Le reste est investi dans des avoirs «canadiens». Si le plafond des 20 % de contenu étranger est dépassé à la fin d'un mois, le REER paie une pénalité de 1 % de l'excédent.

Au cours de ses consultations prébudgétaires de décembre 1999, le Comité permanent des finances a formulé les recommandations suivantes (p. 61) : *«Le Comité recommande que le plafond de 20 % sur les investissements en biens étrangers soit haussé par tranches de 2 % de manière à atteindre 30 % en cinq ans. La diversification permettra aux Canadiens d'obtenir un meilleur rendement de leur épargne-retraite et de réduire les risques qu'ils courent, ce qui profitera à tous les Canadiens au moment où ils prendront leur retraite.»*

Une étude réalisée par Ernst and Young a démontré que les investisseurs canadiens ont tiré de leurs placements des rendements beaucoup plus élevés depuis 20 ans lorsque les limites du contenu étranger étaient plus élevées. En outre, le Conference Board du Canada a conclu qu'un plafond de 30 % pour le contenu étranger aurait un effet neutre sur l'économie du Canada.

L'AMC appuie fermement la position du Comité permanent et est d'avis que les preuves suffisent pour indiquer que les Canadiens bénéficieraient d'une augmentation de 20 % à 30 % du plafond des investissements en avoirs étrangers.

C'est pourquoi l'AMC recommande :

18. Que le plafond de 20 % sur les investissements en avoirs étrangers dans le cas des régimes à revenu différé comme les régimes enregistrés-d'épargne-retraite et les fonds enregistrés de revenu de retraite augmente de 2 % par année de manière à atteindre 30 % en cinq ans, à compter de l'an 2000.

Dans le cadre de l'effort qui vise à revitaliser et à appuyer notre économie, on s'attend à ce que le secteur privé crée davantage de possibilités d'emploi de longue durée. Même si ces attentes indiquent qu'il faut réexaminer l'équilibre actuel entre la création d'emplois dans les secteurs public et privé, le gouvernement a néanmoins une responsabilité importante : il doit favoriser un environnement qui accélérera la création d'emplois. Dans ce contexte, l'AMC est convaincue qu'il faudrait considérer les REER actuels comme un actif plutôt que comme un passif.

Si les bons mécanismes sont en place, les réserves de capitaux des REER pourraient jouer un rôle important dans la convergence des capitaux de risque et des petites et moyennes entreprises et des entrepreneurs. L'AMC encourage le gouvernement fédéral à étudier les obstacles de la réglementation actuelle qui nuisent à la convergence des capitaux et des petites et moyennes entreprises. L'AMC recommande :

19. Que le gouvernement fédéral étudie les changements réglementaires nécessaires pour faciliter l'accès aux fonds des REER afin qu'on puisse les investir dans des petites et moyennes entreprises.

Si une personne déclare faillite, ses créanciers peuvent actuellement présenter une réclamation à l'égard des biens qu'elle détient dans des REER ou des FERR. Dans le cas des Canadiens indépendants qui comptent sur leurs REER comme source de revenu de retraite, une faillite menace donc leur qualité de vie au cours de la retraite. Par ailleurs, si des employés déclarent faillite, les créanciers ne peuvent présenter de réclamations à l'égard de leurs revenus ouvrant droit à pension. On corrigerait cette iniquité en protégeant les REER contre les créanciers.

L'AMC recommande :

20. Que le gouvernement fédéral prenne les mesures nécessaires pour protéger les REER et les FERR contre les créanciers.

NOTES :

1. Il importe de ne pas oublier qu'en plus du TCSPS, on a créé une procédure distincte de comptabilité au moyen de ce qu'on a appelé un supplément au TCSPS. Le supplément, qui totalise 3,5 milliards de dollars, a été comptabilisé dans les comptes publics de 1998 du gouvernement fédéral, mais il est réparti sur trois ans (c.-à-d. 2,0 milliards de dollars, 1,0 milliard et 0,5 milliard). Une province ou un territoire peut toutefois prendre n'importe quand sa partie des 3,5 milliards de dollars.
2. Les 2,5 milliards de dollars à réinvestir représentent la ponction d'argent fédéral pratiquée au moment de la mise en œuvre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), en avril 1996, jusqu'en 1998. Le calcul du montant est fondé sur l'affectation fédérale historique récente en argent (environ 41 %) aux titres du FPE et du RAPC (devenus le TCSPS) aux soins de santé en proportion des 6,0 milliards de dollars nécessaires pour ramener le plancher en argent du TCSPS à 18,5 milliards de dollars (niveaux de 1995 et 1996).
3. Les données de la Figure 1 proviennent des sources suivantes : (1) TCSPS – Association médicale canadienne, *Regard vers demain*, septembre 1998, p. 4.; (2) Transferts nationaux historiques en argent pour la santé – tiré des *Rapports sur le financement des programmes établis*, Division des relations fédérales-provinciales, ministère des Finances; (3) Statistiques démographiques – Statistique Canada n° 91-213 au catalogue; (4) changement annuel en % de l'IPC – source pour 1990-1996 : l'Observateur économique canadien, n° 11-210-XPB au catalogue, Supplément statistique historique 1996-1997, p. 45; pour 1996, 1997 et 1998, la source est l'Observateur économique canadien, n° 11-010-XPB, avril 1999; pour 1999 et 2000, la source est l'Econoscope de la Banque Royale du Canada, mai 1999, p. 14; pour 2001, 2002 et 2003, on suppose que le changement en % de l'IPC demeurera constant au niveau de l'an 2000, soit 1,3 %.
4. Thomson A. Federal Support for Health Care. Groupe d'intervention action santé. Juin 1991, p. 13.
5. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1993–2016*, Scénario de croissance moyenne. Décembre 1994 (n° de cat. 91-520).
6. Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975–1994*. Janvier 1996.
7. Rapport de 1998 du Vérificateur général du Canada, chapitre 6, Le vieillissement de la population et l'information destinée au Parlement : pour comprendre les choix, avril. WWW: <http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/9860ee1.html>, disponible le 06/09/99 à 17 h 38:37.
8. *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*. Organisation pour la coopération et le développement économiques, Paris, 1998.
9. *La revue financière*, ministère des Finances, août 1999. *Current Analysis*, la Banque Royale du Canada, août 1999. La Banque estime que le dividende fiscal atteindra 25,9 milliards de dollars en 2004-2005 et 41,2 milliards en 2007-2008.
10. *Affronter l'avenir : Les défis et les choix d'une ère nouvelle*. Rapport du Comité des permanent des finances, décembre 1998, p. 30-31.
11. Green JP, MacBride-King J. *Corporate Health Care Costs in Canada and the U.S.: Does Canada's Medicare System Make a Difference?* Conference Board du Canada, 1999. Purchase B. *Health Care and Competitiveness*. École des politiques publiques, Université Queen's, 1996. KPMG. *The Competitive Alternative: A Comparison of Business Costs in Canada and the United States*, 1996. Amanor-Boadu, Martin LJ. *Canada's Social Programs, Tax System and the Competitiveness of the Agri-Food Sector*, Guelph, Conseil de la compétitivité agroalimentaire, 1994.
12. Green JP, MacBride-King J. *Corporate Health Care Costs in Canada and the U.S.: Does Canada's*

Medicare System Make a Difference? Conference Board du Canada, 1999

13. KPMG, *The Competitive Alternative: A Comparison of Business Costs in Canada and the United States*, 1996.
14. Baillie C. *Health Care in Canada: Preserving a Competitive Advantage*, discours prononcé devant le Vancouver Board of Trade, avril 1999.
15. Sondage national Angus Reid, 1998.
16. Sondage national Angus Reid, 1998.
17. Association médicale canadienne. *Sondage de 1991 auprès des médecins en pratique médicale rurale*, 1991. Association médicale canadienne. *L'exercice de la médecine en milieu rural au Canada*, 1999.
18. Exposé présenté par des dirigeants de Statistique Canada au Comité permanent de l'industrie, mai 1999.
19. Conseil canadien des chefs d'entreprise : *Créer des possibilités et bâtir la prospérité*. Octobre 1998, p. 7.
20. KPMG, *Review of the Goods and Services Tax on Canadian Physicians*, 12 juin 1992. KPMG, *Review of the Impact of a Provincial Value Added Tax on Physicians in New Brunswick, Nova Scotia and Newfoundland*, 12 août 1996.
21. Harriman D, McArthur W, Zelder M. *The Availability of Medical Technology in Canada: An International Comparative Study*. L'Institut Fraser. Août 1999.
22. En Californie, entre 1988 et 1993, lorsque l'État menait une campagne anti-tabac publique dynamique, le tabagisme a diminué de plus de 25 %. Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of Antismoking Advertising Campaigns. *JAMA* 1988; 279: 772-777.
23. En 1998, il s'est vendu 45,613 milliards de cigarettes au Canada (Statistique Canada, n° 32-022 au catalogue, décembre 1998). En 1997–1998, le total des revenus du tabac s'élevait à 2,04 milliards de dollars (*Comptes publics*, volume II, partie I, sur la taxe d'accise). Le montant de 0,6 cents par cigarette est calculé à partir d'un total de 25 cents par paquet, total auquel les gouvernements fédéral et provinciaux–territoriaux contribueraient à part égale (soit 12 cents chacun). La Californie a récemment accepté la «Proposition 99», qui a ajouté 25 cents à chaque paquet de cigarettes.
24. Santé Canada, *Coûts attribuables au tabagisme (feuillet d'information)*. Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.
25. Santé Canada, *Coûts attribuables au tabagisme (feuillet d'information)*. Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.
26. Santé Canada, *Le tabagisme chez les jeunes – comportements et attitudes (feuillet d'information)*. Ottawa : Santé Canada, novembre 1996.
27. Sondage Santé Canada, rapport des points saillants, sondage 15. Price Waterhouse, janvier–février 1997.
28. Éditorial. Raise Tobacco Taxes. *The Gazette* [Montréal] 23 septembre 1997. Sect. B:2.