



---

## Le financement du continuum des soins

---

On peut définir le continuum des soins comme l'éventail des services de santé qui, pendant le cycle de la vie, vont des soins primaires (y compris la prévention et la promotion de la santé) aux soins secondaires et tertiaires en établissement, en passant par les services communautaires et à domicile, qui favorisent le maintien de la santé, la réadaptation et les soins palliatifs en fin de vie. Compte tenu de la diversité toujours croissante des services offerts et de leurs fournisseurs, ainsi que du vieillissement de la population, les gouvernements du monde entier sont constamment confrontés au défi de déterminer ce qu'il faut financer et pour qui.

Après une longue période d'études qui a commencé au cours des années 1930, on peut soutenir que le Canada a dégagé un consensus social sur la couverture intégrale et universelle des services hospitaliers (1957)<sup>1</sup> et médicaux (1966)<sup>2</sup>. Toutes les provinces avaient adopté l'« assurance-maladie » au début des années 1970, et la *Loi canadienne sur la santé* (LCS)<sup>3</sup> de 1984 a été la clé de voûte du programme national d'assurance des services hospitaliers et médicaux auxquels elle a ajouté le principe d'accessibilité, qui interdisait en fait les frais d'utilisation dans le cas des services hospitaliers et médicaux assurés.

Abstraction faite de la plus récente loi, la fondation de l'assurance-maladie reposait sur la réalité de 1957 en matière de santé et de soins de santé. Les services hospitaliers et médicaux représentaient les deux tiers des dépenses de santé (65 %)<sup>4</sup>. Les médicaments sur ordonnance ne comptaient que pour 6 % des dépenses, soit moins de la moitié des 14,6 % qu'ils représentent en 2008. Comme l'espérance de vie était de presque 10 ans plus courte qu'elle ne l'est aujourd'hui, on se préoccupait moins des soins de longue durée. La première arthroplastie du genou n'a été pratiquée qu'une dizaine d'années plus tard. La *Loi de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* excluait expressément les hôpitaux de soin de la tuberculose, les sanatoriums et les hôpitaux psychiatriques ainsi que les maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées. Ces exclusions ont été maintenues dans la LCS.

Au dire de tous, la LCS a fini par acquérir un statut iconique, mais on est d'avis qu'elle constitue un obstacle à la modernisation de l'assurance-maladie en raison de ses définitions et de ses critères de programme, ainsi que de la façon dont les provinces et les territoires les interprètent. La LCS définit étroitement les services de santé assurés comme des « services

---

© 2010 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC.

Veillez communiquer avec le Coordonnateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; télécopieur : 613 565-2382; courriel : permissions@cma.ca. Veillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 3Y6; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site web de l'Association (AMC En direct, adresse [www.amc.ca](http://www.amc.ca))

hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés ». La LCS reconnaît les services de santé « complémentaires » tels que les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires. Or, ces services ne sont pas assujettis aux critères du programme.

Au fil des ans, la LCS a réussi avec une grande efficacité à protéger le financement public des services médicaux et hospitaliers. En 2008, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estimait que le secteur public prend en charge 98,4 % des dépenses consacrées aux services médicaux et 90,7 %, aux services hospitaliers<sup>5</sup>. La ligne de démarcation imposée par la LCS est visible dans à peu près toutes les autres catégories de services. Le secteur public couvre moins de la moitié des médicaments d'ordonnance (44,5 %) et moins du dixième (6,9 %) des services des autres professionnels de la santé (p. ex., soins dentaires et soins de la vue). Parmi les pays industrialisés, l'approche du Canada en matière d'assurance-maladie est unique. Les pays qui ont des systèmes financés par l'assurance sociale (Bismarck) ont tendance à fournir un niveau total semblable de dépenses publiques étalées sur un éventail plus vaste de services.

Au fil du temps, comme les soins de santé ont effectué le virage des établissements vers la communauté, la LCS couvre un pourcentage plus faible du total des dépenses de santé. À l'époque où l'on a adopté la LCS, les services médicaux et hospitaliers représentaient 57 % du total des dépenses de santé, pourcentage qui avait reculé à 41 % en 2008. Il convient de souligner que les dépenses publiques autres que les services couverts par la LCS (qui représentent plus de 25 % du total des dépenses) sont importantes dans le cas des programmes d'assurance-médicaments et de soins à domicile pour les personnes âgées; ces programmes ne sont toutefois pas assujettis aux critères de la LCS. Ils peuvent en outre être la cible de réductions arbitraires. Même si la majeure partie de la population en âge de travailler et la majorité des membres de leur famille sont couverts par l'assurance-maladie privée, les personnes à faible revenu bénéficient rarement

de tels avantages. Depuis la fin des années 1990, en dépit de la préoccupation généralisée au sujet de la viabilité du programme d'assurance-maladie du Canada, on a préconisé son expansion dans plusieurs études largement médiatisées, à commencer par le rapport publié en 1997 par le Forum national sur la santé<sup>6</sup>, qu'ont suivi les rapports Kirby<sup>7</sup> et Romanow<sup>8</sup> en 2002, dont les auteurs recommandaient tous deux vivement l'assurance des soins à domicile et la protection contre le coût catastrophique des médicaments. On se préoccupe aussi de plus en plus de la disponibilité des médicaments très coûteux dits « médicaments orphelins » contre des maladies rares comme la maladie de Fabry et qui peuvent coûter des centaines de milliers de dollars par patient pour une seule année de traitement.

Les premiers ministres ont conclu, en 2000<sup>9</sup>, en 2003<sup>10</sup> et en 2004<sup>11</sup>, trois accords sur la santé dont chacun aborde la possibilité de repousser les frontières de l'assurance-maladie. Les accords comportent une série d'engagements non tenus jusqu'à maintenant, y compris une gamme de services nationaux de soins à domicile et la couverture intégrale des soins à domicile, ainsi que la protection contre le coût catastrophique des médicaments. Dans son rapport de 2007, le Conseil canadien de la santé a qualifié de « décevants » les progrès réalisés à l'égard des coûts exorbitants des médicaments<sup>12</sup>.

Les gouvernements au Canada ne sont nullement intéressés à implanter de nouveaux programmes assurant une couverture universelle et intégrale. En fait, ils ont plutôt eu tendance à couper des services auparavant assurés par le secteur public, comme en témoignent de récents exemples, tels que les services de physiothérapie et de chiropractie dans certaines provinces.

### Principes généraux

L'AMC propose les principes suivants pour le financement du continuum des soins dans un contexte national et reconnaît que le financement public et privé persistera.

- Les Canadiens devraient assumer la responsabilité personnelle de se préparer

au fait qu'ils pourront éventuellement avoir besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes.

- Les soins à domicile et les soins de longue durée doivent être prodigués dans des contextes appropriés et rentables qui respectent les préférences du patient et de sa famille.
- Il devrait y avoir, pour tous les établissements, organismes et fournisseurs, des normes de qualité et d'agrément qui devraient être obligatoires pour ceux qui reçoivent du financement public.
- Il devrait y avoir des stratégies uniformes d'évaluation des besoins en soins à domicile et en soins de longue durée.
- Il devrait y avoir un moyen uniforme de distinguer, pour les soins à domicile et les soins de longue durée, les éléments médicalement nécessaires des éléments relatifs au logement.
- Il devrait y avoir un moyen d'atténuer la couverture publique sans limite des produits pharmaceutiques, des soins à domicile et des soins de longue durée.
- Il faudrait reconnaître les aidants naturels et les aider financièrement.
- Il faudrait envisager la mise en commun des risques, le rajustement en fonction des risques et le partage des risques <sup>(1)</sup> entre les bailleurs de fonds et les fournisseurs privés et publics de produits pharmaceutiques, de soins à domicile et de soins de longue durée.
- Il devrait y avoir une stratégie uniforme de partage des coûts individuels ou des ménages (p. ex., copaiements et franchises).
- Il faudrait prévoir le préfinancement des soins de longue durée par des sources publiques et privées.

---

(1) L'Organisation mondiale de la santé définit la « mise en commun des risques » comme la pratique de regrouper plusieurs risques aux fins d'assurance afin d'équilibrer les conséquences liées à la réalisation de chacun de ces risques. Le rajustement et le partage des risques sont des moyens d'ajuster ou d'équilibrer les écarts de risque entre les groupes.

## **Prévention des maladies et promotion de la santé**

Le continuum des soins commence par la prévention, qui doit reposer sur une solide fondation en santé publique. Les principales fonctions du système de santé publique sont l'évaluation de la santé des populations, la surveillance de la santé, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé<sup>13</sup>.

L'investissement dans la santé publique, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, est essentiel à la santé future des Canadiens.

La vaccination constitue un volet important de la prévention efficace des maladies. La Stratégie nationale de vaccination a été mise en œuvre en 2001 avec l'objectif de réduire les maladies évitables par la vaccination et d'améliorer les taux de couverture vaccinale. Le budget fédéral de 2004 a prévu 400 millions de dollars pour appuyer cette stratégie et celui de 2007 a réservé 300 millions de dollars au programme d'immunisation contre le virus du papillome humain. Il faudrait toutefois prévoir le financement permanent de programmes d'immunisation pour toutes les maladies évitables par la vaccination.

Le gouvernement fédéral a aussi un rôle à jouer dans l'établissement et la promotion de partenariats visant à disséminer les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les collectivités.

L'AMC recommande que :

*le gouvernement fédéral continue de financer la stratégie nationale de vaccination conformément au programme de financement triennuel original;*

*les gouvernements financent des ajouts appropriés au calendrier de vaccination, lorsque de nouveaux vaccins sont mis au point, dans le cadre d'une stratégie nationale de vaccination;*

*le gouvernement fédéral établit un  
Fond de renouvellement de  
l'infrastructure de la santé publique  
(350 millions de dollars par an) pour  
établir des partenariats entre tous les  
paliers de gouvernement afin de  
renforcer les capacités au niveau local.*

## **Produits pharmaceutiques**

Les médicaments d'ordonnance entraînent les dépenses qui augmentent le plus rapidement dans l'enveloppe de la santé. Au cours des deux dernières décennies, les dépenses en médicaments d'ordonnance ont doublé en pourcentage du total des dépenses de santé, passant de 7 % en 1986 à environ 14,6 % en 2008. Elles occupent maintenant le deuxième rang en importance des dépenses de santé. On estime que le secteur public a payé moins de la moitié (44,5 %) des coûts des médicaments d'ordonnance en 2008, alors que les assureurs privés en ont payé un peu plus du tiers (37,1 %) et que les consommateurs en ont payé directement près du cinquième (18,4 %).

Les études dont il est fait état dans les rapports publiés en 2002 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Kirby) et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow) ont dégagé un consensus sur le besoin d'une protection contre le coût « catastrophique » des médicaments, qui peut s'entendre des dépenses directes dépassant un certain seuil du revenu du ménage.

Selon la proposition Kirby, dans le cas des régimes publics, les dépenses personnelles en médicaments d'ordonnance de toute famille seraient plafonnées à 3 % du revenu familial total. Le gouvernement fédéral paierait alors 90 % des dépenses en médicaments d'ordonnance de plus de 5000 \$. Dans le cas des régimes privés, les souscripteurs devraient convenir de limiter les dépenses directes à 1500 \$ par année ou 3 % du revenu familial, selon le montant le moins élevé. Le gouvernement fédéral consentirait alors à payer 90 % des coûts des médicaments dépassant

5000 \$ par année. Les régimes public et privé devraient prendre en charge la différence entre les dépenses directes et 5000 \$, et l'on encouragerait les régimes privés à regrouper leur risque. Le sénateur Kirby a estimé qu'un tel régime coûterait environ 500 millions de dollars par année. La commission Romanow a recommandé pour sa part un transfert au titre de l'impact catastrophique des médicaments par lequel le gouvernement fédéral rembourserait 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments dépassant un seuil de 1500 \$ par année. La commission Romanow a estimé qu'il en coûterait environ 1 milliard de dollars

La Stratégie pharmaceutique nationale a continué d'étudier des projections relatives à la couverture des médicaments à coût dit « catastrophique » et penche vers un pourcentage variable lié au revenu, mais il n'y a pas eu de rapports publics sur les progrès réalisés depuis 2006<sup>14</sup>. À leur réunion de septembre 2008, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont demandé que le gouvernement fédéral soit un partenaire à parts égales (50/50) pour soutenir l'établissement d'une norme nationale en matière d'assurance-médicaments, afin que le coût des médicaments d'ordonnance ne dépasse pas 5 % (en moyenne) du revenu net de base des populations des provinces et des territoires. En 2006, on estimait le coût total d'un tel programme à 5,03 milliards de dollars<sup>15</sup>.

Les données de Statistique Canada indiquent que le niveau des dépenses des ménages canadiens en médicaments d'ordonnance varie grandement. En 2006, près d'un ménage sur vingt (3,8 %) a consacré plus de 5 % de son revenu net aux médicaments d'ordonnance; l'écart entre les provinces varie d'un facteur de presque cinq, ces dépenses s'échelonnant de 2,2 % en Ontario à 10,1 % à l'Île-du-Prince-Édouard<sup>16</sup>.

Le Canada n'a pas de politique nationale coordonnée pour les médicaments très coûteux servant à traiter des maladies rares. De plus, les médicaments coûteux qui peuvent servir à traiter

des maladies courantes constituent aussi un enjeu (on a documenté à ce titre une variation importante entre les provinces et les territoires). Jusqu'à présent, le terme « catastrophique » a été utilisé par les premiers ministres et la Stratégie pharmaceutique nationale pour décrire leur vision d'un régime national d'assurance-médicaments. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, on parle de dépenses catastrophiques lorsque le niveau de dépenses directes de santé est élevé au point où les ménages doivent réduire leurs dépenses pour des nécessités de base comme la nourriture et les vêtements et les articles liés à l'éducation des enfants<sup>17</sup>. Du point de vue de l'AMC, une couverture visant uniquement ces situations dites catastrophiques est insuffisante : nous devons viser une couverture complète pour l'ensemble de la population, qui répartisse efficacement les risques parmi les individus et les régimes publics et privés des diverses administrations.

L'AMC recommande que :

*les gouvernements, après avoir consulté l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-santé et le public, établissent un programme complet d'assurance-médicaments d'ordonnance qui sera administré sous forme de remboursements versés aux régimes provinciaux et territoriaux et privés d'assurance-médicaments d'ordonnance afin de garantir que tous les Canadiens ont accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires;*

*un tel programme comporte les éléments suivants :*

- *l'obligation pour tous les Canadiens d'avoir une assurance privée ou publique pour les médicaments d'ordonnance;*
- *un seuil de revenu uniforme (pour les régimes d'assurance publics et privés et l'ensemble des provinces et territoires) pour les dépenses directes engagées pour les primes de régime d'assurance-*

*médicaments ou pour les médicaments d'ordonnance ou les deux (p. ex., 5 % du revenu après impôt);*

- *un partage des coûts entre le fédéral, les provinces et les territoire des dépenses en médicaments d'ordonnance au-dessus d'un seuil de revenu des ménages, sous réserve d'un plafonnement des contributions totales versées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, soit par le rajustement de la part du remboursement fédéral, soit par l'établissement d'une échelle de seuils de revenus des ménages, soit les deux;*
- *la mise en commun des risques par les régimes d'assurance collective et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux des employés au-dessus d'un seuil lié à la taille du groupe;*
- *les régimes privés d'assurance complémentaire et les régimes publics d'assurance-médicaments continueraient à jouer un rôle important dans ce régime, sur un pied d'égalité (c'est-à-dire que les primes et les copaiements couvrent les coûts des régimes);*

*le gouvernement fédéral établit un programme d'accès aux médicaments coûteux contre des maladies rares;*

*le gouvernement fédéral évalue des moyens possibles de mise en commun du risque afin de couvrir l'inclusion des médicaments coûteux dans les formulaires de régimes publics et privés d'assurance-médicaments;*

*le gouvernement fédéral indemnise adéquatement les gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont mis au point, appliqué et financé leur propre régime public d'assurance-médicaments d'ordonnance;*

*les gouvernements assurent une couverture complète des médicaments d'ordonnance et des vaccins pour tous les enfants du Canada;*

*l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada analysent en détail le profil socioéconomique des Canadiens qui ont des dépenses directes en médicaments d'ordonnance afin d'évaluer les obstacles à l'accès et de concevoir des stratégies qu'il serait possible d'intégrer dans un programme complet d'assurance-médicaments d'ordonnance.*

## **Soins à domicile**

Les soins à domicile ont fait leur apparition au Canada à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle comme activité de bienfaisance de groupes sans but lucratif comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria. Au cours de la période d'expansion des décennies 60 et 70, les gouvernements se sont engagés de plus en plus dans ce domaine. Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, que l'on peut considérer comme le programme de soins à domicile le plus fructueux ou ambitieux du Canada, a accepté ses premiers clients en 1981. La *Loi de 1977 sur le financement des programmes établis* a reconnu les soins à domicile comme un des nombreux services de santé étendus et a prévu un fonds fixé à l'origine à 20 \$ par habitant pour couvrir ces services. La *LCS* reconnaît aussi ces services étendus qui ne sont toutefois pas assujettis aux cinq critères du programme (principes). Dans son rapport de 1997, le *Forum national sur la santé* recommandait qu'on ajoute les soins à domicile au régime d'assurance-maladie (de même que l'assurance-médicaments). Le Fonds pour l'adaptation des services de santé de 150 millions de dollars a appuyé plusieurs projets de démonstration dans le domaine des soins à domicile. Dans les rapports Kirby et Romanow, les auteurs ont recommandé d'accorder un financement accru aux soins à domicile. En février 2003, les premiers ministres ont conclu un accord où ils s'engageaient à définir, au plus tard le 30 septembre 2003, une gamme de services de soins à domicile qui

couvrirait les soins à domicile actifs de courte durée, les soins communautaires en santé mentale et les soins de fin de vie. Cela ne s'est pas encore fait. Le gouvernement fédéral a mis en œuvre une prestation de soignant en 2003 afin d'appuyer les aidants familiaux, mais elle s'applique seulement à ceux qui font partie de la population active rémunérée<sup>18</sup>.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le recours aux soins à domicile varie d'un facteur de presque cinq entre les provinces et les territoires<sup>19</sup>. On ne connaît pas actuellement l'importance des dépenses privées consacrées aux services de soins à domicile. Statistique Canada a toutefois signalé que le pourcentage des Canadiens vivant dans la communauté qui ont besoin d'aide pour leurs activités personnelles, comme manger, se laver et s'habiller, et qui reçoivent des soins à domicile subventionnés par le gouvernement est passé de 46 % en 1994-1995 à 35 % en 2003. On laisse entendre qu'une partie du fardeau a peut-être été transférée aux organismes de soins à domicile ou aux membres de la famille et aux amis<sup>20</sup>. Statistique Canada a signalé qu'en 2002, plus de 1,7 million d'adultes âgés de 45 à 64 ans fournissaient des soins non rémunérés à presque 2,3 millions de personnes âgées qui avaient une incapacité à long terme ou des limitations physiques<sup>21</sup>.

Compte tenu de ce qui précède, l'AMC est d'avis que :

*pour qu'il y ait gestion optimale du continuum des soins, les patients doivent participer activement à l'élaboration de leur plan de soin et de traitement et à la surveillance de leur état de santé;*

*l'enjeu du continuum des soins doit dépasser la question du financement et aborder des questions liées à l'organisation de la médecine et aux responsabilités communes et partagées des personnes, des communautés et des gouvernements dans les questions de soins et de promotion de la santé, de prévention des maladies et de réadaptation;*

*des systèmes de soutien doivent être mis en place pour permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'optimiser leur capacité de vivre dans la communauté;*

*des stratégies doivent être mises en œuvre pour réduire les temps d'attente pour les logements sociaux et les services de soins communautaires;*

*des systèmes de prestation de services intégrés doivent être créés pour les services de soins à domicile et communautaires;*

*toute demande d'expansion de la couverture publique des services de santé, qui porte en particulier sur les services de soins à domicile et sur le coût des médicaments d'ordonnance, doit inclure une analyse détaillée du coût projeté et des sources possibles de financement de cette expansion.*

L'AMC recommande que :

*les gouvernements adoptent un cadre de travail et établissent des principes sur l'accès aux services médicalement nécessaires financés par le secteur public à domicile et en contexte communautaire qui peut devenir l'assise d'une « Loi canadienne sur les services de santé étendus »;*

*les gouvernements lancent un dialogue national sur la Loi canadienne sur la santé en ce qui a trait au continuum des soins;*

*les gouvernements entreprennent des études pilotes pour appuyer les aidants naturels et les patients qui reçoivent des soins de longue durée, et notamment pour :*

- a) étudier les crédits d'impôt ou une rémunération directe afin de rémunérer le travail des aidants naturels,*
- b) étendre aux aidants naturels les programmes d'aide qui fournissent un accès garanti à des services de relève en situation d'urgence,*

- c) étendre les critères relatifs à l'état des revenus et des biens aux résidents qui ont besoin de services et de soins de longue durée,*
- d) promouvoir l'information sur les directives préalables et les mandats de représentation pour les patients.*

## **Soins de santé mentale**

En 2000, la maladie mentale était le quatrième plus grand contributeur au fardeau économique de la maladie au Canada<sup>22</sup>. L'exclusion des hôpitaux psychiatriques de la LCS signifie qu'ils ne sont pas soumis aux cinq principes et n'ont pas été inclus dans l'entente originale sur les paiements de transfert fédéraux. Même si un important rapport du Comité sénatorial a souligné que la fermeture des établissements psychiatriques signifie que cette exclusion n'est plus pertinente, le Comité a également fait remarquer que de nombreux services essentiels aux personnes atteintes de maladie mentale, tels que des services psychologiques ou des pharmacothérapies reçues ailleurs qu'à l'hôpital, ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie<sup>23</sup>. Qui plus est, il reste encore 53 hôpitaux psychiatriques au Canada<sup>24</sup>.

L'AMC recommande que :

*le gouvernement fédéral apporte les modifications législatives ou réglementaires nécessaires pour assurer que les services hospitaliers psychiatriques soient assujettis aux cinq critères de programme de la Loi canadienne sur la santé;*

*le financement aux provinces et aux territoires soit ajusté par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TCS), conjointement avec les modifications législatives ou réglementaires, en vue d'un partage des coûts par le gouvernement fédéral, à la fois pour les investissements ponctuels et pour les coûts continus engendrés par ces services assurés additionnels;*

*les médecins canadiens et leurs organisations préconisent la parité de la répartition des ressources (relativement aux autres maladies) consacrées au continuum des soins en santé mentale et à la recherche en santé mentale.*

## **Soins de longue durée**

Selon les projections démographiques les plus récentes de Statistique Canada, d'ici à 2031, le pourcentage des personnes âgées dans la population (65 ans et plus) devrait presque doubler, passant de son taux actuel de 13 % à un niveau qui se situera entre 23 et 25 %<sup>25</sup>.

L'Organisation de coopération et de développement économiques a prévu que le pourcentage du produit intérieur brut consacré aux soins de longue durée devrait au moins doubler par rapport à son niveau de 2005, passant de 1,2 % à 2,4 % d'ici à 2050, et qu'il pourrait presque tripler pour atteindre 3,2 % : tout dépendra du succès que connaîtront les efforts de limitation des coûts<sup>26</sup>.

Le besoin éventuel de soins de longue durée ne se limite pas à la population des personnes âgées. Compte tenu des résultats de l'édition 2006 de son Enquête sur la participation et les limitations d'activités, Statistique Canada a calculé que deux millions d'adultes de 15 à 64 ans avaient une incapacité, dont 40 % étaient lourdement handicapés. En outre, 202 000 enfants avaient une incapacité, dont 42 % étaient lourdement handicapés<sup>27</sup>.

Un manque de soins de longue durée adéquats cause l'engorgement du système de soins actifs. On emploie le terme « Autre niveau de soins » (ANS) pour décrire une situation où un patient occupe un lit dans un hôpital alors qu'il n'a pas besoin des soins actifs dispensés dans ce contexte. Selon un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de 2009, en 2007-2008, il y avait plus de 74 000 patients ANS et plus de 1,7 million de jours d'hospitalisation ANS au Canada (à l'exception du Manitoba et du Québec), ce qui représente 5 % des hospitalisations et 14 % des jours

d'hospitalisation. En d'autres termes, tous les jours, près de 5200 lits dans les hôpitaux de soins actifs étaient occupés par des patients ANS<sup>28</sup>.

Ce constat a des conséquences importantes : les services d'urgence sont utilisés comme des stations où les patients admis attendent qu'un lit devienne disponible; les chirurgies sont reportées; et les soins aux patients ANS ne sont peut-être pas aussi bons qu'ils pourraient l'être dans un autre établissement qui serait mieux équipé pour répondre à leurs besoins. L'accès insuffisant aux soins de longue durée pour les personnes de tout âge fait obstacle à l'amélioration du système de santé. Il faut investir massivement dans les soins dans la communauté et en établissement.

Depuis le milieu des années 1990, les discussions au Canada ont porté surtout sur la viabilité du programme actuel d'assurance-maladie et sur les possibilités de l'améliorer, notamment par l'assurance-médicaments. Le financement futur des soins de longue durée attire peu d'attention depuis le début des années 1980. Sur la scène internationale, par contre, le Royaume-Uni (R.-U.) a mis sur pied une Commission royale d'enquête sur les soins de longue durée et l'Allemagne a pris des mesures pour créer une caisse d'assurance sociale contributive.

Un bref survol des publications indique qu'on s'entend pour dire qu'on ne peut financer les soins de longue durée par le même mode de répartition (c.-à-d. que les dépenses courantes sont financées par les contributions courantes) que les programmes d'assurance soins médicaux ou hospitaliers et qu'il ne faudrait pas le faire.

Le gouvernement fédéral dispose de plusieurs options pour promouvoir le préfinancement des soins de longue durée :

*Assurance les soins de longue durée* : On offre des polices d'assurance sur les soins de longue durée au Canada depuis peu. Il s'est vendu peu de polices de cette nature jusqu'à maintenant. À la fin de 2005, environ 52 700 Canadiens avaient de l'assurance soins de longue durée. On



pourrait notamment rendre les primes d'assurances soins de longue durée déductibles par un crédit d'impôt, comme l'Australie l'a fait dans le cas de l'assurance-maladie privée.

*Épargne en report d'impôt* : Le régime enregistré d'épargne-retraite (REER) est un moyen très populaire pour les Canadiens d'épargner en vue de la retraite. En 2007, on estime que 7 Canadiens sur 10 (68 %) ont déclaré avoir contribué à un REER. En 2002, à peine 27 % des déclarations de revenus produites au Canada contenaient des déductions pour cotisations à des REER. En 1998, Segal a proposé un Régime enregistré de soins de longue durée qui permettrait aux Canadiens d'épargner pour se protéger contre la possibilité d'avoir besoin de soins de longue durée. On pourrait aussi envisager d'ajouter aux REER une disposition semblable au Régime d'encouragement à l'éducation permanente et au Régime d'accession à la propriété. On pourrait créer un Régime de soins de longue durée qui permettrait d'effectuer en franchise d'impôt des retraits d'un REER afin de financer des dépenses en soins de longue durée pour l'épargnant titulaire du REER ou des membres de sa famille.

*Épargne à impôt prépayé* : Au Canada, le Régime enregistré d'épargne-études (REEE) est un exemple de régime dans le cadre duquel l'épargne après impôt est investie et peut augmenter en franchise d'impôt jusqu'à ce que le produit en soit distribué et inclus dans le revenu du bénéficiaire. Dans son budget de 2007, le gouvernement fédéral a annoncé la création d'un régime enregistré d'épargne-invalidité. Les parents et les tuteurs pourront y contribuer jusqu'à concurrence de 200 000 \$ et, tout comme dans le cas du programme de REEE, il y aura un programme connexe de subventions et d'obligations pour invalidité, fondé sur le revenu. Cette approche pourrait être applicable de façon plus générale aux soins de longue durée. Dans son budget de 2008, le gouvernement fédéral a lancé le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) qui, depuis le début de 2009, permet aux 18 ans et plus de verser jusqu'à 5 000 \$ par année de revenu après impôt dans un CELI dont le produit sera libre

d'impôt et dont on pourra retirer des fonds n'importe quand et pour n'importe quelle raison<sup>29</sup>.

*Retenue à la source (assurance sociale)* : On a recommandé dans des rapports provinciaux produits au Québec et en Alberta une taxe obligatoire sur la masse salariale qui s'accumulerait dans un fonds distinct semblable au Régime de pensions du Canada.

En résumé, peu importe le moyen qu'on pourrait choisir, les gouvernements doivent faire comprendre aux jeunes Canadiens qu'étant donné que la longévité augmente continuellement, ils doivent faire preuve de responsabilité personnelle lorsqu'il s'agit de préparer leurs vieux jours.

L'AMC recommande que :

*les gouvernements étudient les options relatives au préfinancement des soins de longue durée, y compris l'assurance privée, les stratégies d'épargne basées sur le report ou le prépaiement de l'impôt, ainsi que l'assurance sociale fondée sur les contributions;*

*le gouvernement fédéral étudie la variabilité entre les provinces et les territoires des modèles de prestation des soins de longue durée communautaires et en établissement, ainsi que les normes de réglementation et d'agrément.*

## **Soins en fin de vie**

Le Sénat du Canada, et l'honorable Sharon Carstairs en particulier, ont fait preuve de leadership au cours de la dernière décennie en mettant en évidence à la fois les progrès réalisés par l'accès à des soins de qualité en fin de vie et la variabilité qui persiste au Canada en la matière. Dans le dernier (2005) de trois rapports publiés depuis 1995, le Sénat préconise de nouveau l'élaboration et l'appui d'une stratégie nationale sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie<sup>30</sup>. On signale dans le rapport intitulé *Nous ne sommes pas au bout de nos peines* qu'on estime communément qu'au plus 15 % des Canadiens ont accès aux soins palliatifs et que dans le cas des enfants, le total tombe à un

peu plus de 3 %. Jusqu'à maintenant, les soins palliatifs au Canada ont visé avant tout les services aux personnes qui meurent du cancer. Le cancer cause toutefois moins du tiers (30 %) des décès au Canada. On s'attend à ce que des maladies de fin de vie comme la démence et les problèmes chroniques multiples deviennent beaucoup plus prévalents au cours des prochaines années. La demande de soins de fin de vie de qualité augmentera inévitablement à mesure que la génération du baby-boom vieillira. D'ici 2020, on estime qu'il y aura une augmentation annuelle de 40 % des décès. Même si le pourcentage des Canadiens qui meurent à l'hôpital a diminué au cours de la dernière décennie, beaucoup plus de Canadiens que la capacité courante ne le permet préféreraient avoir le choix de recevoir des soins palliatifs en fin de vie. Dans son rapport d'avril 2009, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a recommandé que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires pour promouvoir des soins intégrés de qualité en fin de vie pour tous les Canadiens, l'application de normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les membres des Premières nations et les Inuits, ainsi que pour les détenus des pénitenciers fédéraux, et le renouvellement du financement de la recherche en soins palliatifs<sup>31</sup>.

L'AMC recommande que :

*les gouvernements cherchent à établir une stratégie commune sur les soins de fin de vie qui garantira que tous les Canadiens ont un accès équitable aux soins de fin de vie de qualité et bénéficient de normes adéquates.*

## Notes

<sup>1</sup> Canada. Loi de 1957 sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Lois du Canada 1956-1957. Chap. 28. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1957.

<sup>2</sup> Canada. Loi canadienne sur la santé 1966-1967, C. 64, 5.1. Lois révisées du Canada, 1970, Volume V. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1970.

<sup>3</sup> Canada. Loi canadienne sur la santé. Chapitre C – 6. Ottawa, 1984.

<sup>4</sup> Hall, E. Commission royale d'enquête sur les services de santé, volume I. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964.

<sup>5</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de la santé, 1975-2008. Ottawa, 2008.

<sup>6</sup> Forum national sur la santé. La santé au Canada – Un héritage à faire fructifier – volume I – Rapport final. Ottawa : Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997.

<sup>7</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral. Volume six – Recommandations en vue d'une réforme. Ottawa, 2002.

<sup>8</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, 2002.

<sup>9</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres. 11 septembre 2000. [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html). Consulté le 24 septembre 2009.

<sup>10</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. 5 février 2003.

[www.scics.gc.ca/pdf/800039004\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/pdf/800039004_f.pdf). Consulté le 5 août 2008.

<sup>11</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. 16 septembre 2004.

[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf). Consulté le 5 août 2008.

<sup>12</sup> Conseil canadien de la santé. Renouvellement des soins de santé au Canada : à la hauteur ? Toronto, 2007.

<sup>13</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. L'avenir de la santé publique au Canada – Édifier un système de santé publique pour le 21<sup>e</sup> siècle. Ottawa, 2003.

<sup>14</sup> Groupe de travail ministériel fédéral-provincial-territorial. Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Rapport d'étape. Juin 2006.

---

[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2006-nps-snp/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2006-nps-snp/index_f.html). Consulté le 5 août 2008.

<sup>15</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Document d'information. Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques document décisionnel.

[http://www.scics.gc.ca/cinfo08/860556005\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo08/860556005_f.html). Consulté le 24 septembre 2009.

<sup>16</sup> Statistique Canada. Enquête sur les dépenses des ménages en 2006. Tableau détaillé 2, 62FPY0032XDB, ISSN :1710-0240.

<sup>17</sup> Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Riviera A. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.

<sup>18</sup> Service Canada. Assurance-emploi (a.-e.) et prestations de compassion.

[http://142.236.154.112/fra/ae/genres/prestations\\_compassion.shtml](http://142.236.154.112/fra/ae/genres/prestations_compassion.shtml). Consulté le 24 septembre 2009.

<sup>19</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada. Examen des données. Ottawa, 2007.

<sup>20</sup> Wilkins K. Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. Rapports sur la santé. Octobre 2006;17(4):47-51.

<sup>21</sup> Pyper W. Balancing career and care. Perspectives on labour and income 2006;18(4): 5-15.

<sup>22</sup> Agence de la santé publique du Canada. Tableau 2 : Résumé. Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostics au Canada, 2000. Ottawa, 2000.

<sup>23</sup> Comité sénatorial permanent des sciences, de la technologie et des affaires sociales. De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Ottawa, 2006.

<sup>24</sup> Association canadienne des soins de santé. Septembre 2009.

<sup>25</sup> Statistique Canada. Projections démographiques. Le Quotidien, le jeudi 15 décembre 2005.

<sup>26</sup> Organisation de coopération et de développement économiques. Projections des dépenses de santé et des soins de longue durée dans les pays de l'OCDE : quels sont les principaux facteurs ? Paris, 2006.

<sup>27</sup> Statistique Canada. Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006. Tableaux. N° de catalogue 89-628-XIF – N° 003. Ottawa : ministère de l'Industrie, 2007.

<sup>28</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Niveaux de soins alternatifs au Canada. Ottawa, 2009.

<sup>29</sup> Agence du revenu du Canada. Compte d'épargne libre d'impôt (CELI). <http://www.cra->

---

[arc.gc.ca/F/pub/tg/rc4466/rc4466-f.html](http://arc.gc.ca/F/pub/tg/rc4466/rc4466-f.html). Consulté le 24 septembre 2009.

<sup>30</sup> Carstairs S. Nous ne sommes pas au bout de nos peines – Des soins de fin de vie de qualité. Rapport d'étape.

<http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/Still%20Not%20There%20French.pdf>. Consulté le 24 septembre 2009.

<sup>31</sup> Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Rapport final. Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. Avril 2009.