

ON EST CAPABLE !

Les soins de santé publics



Depuis quarante ans, la Coalition canadienne de la santé lutte pour protéger et améliorer les soins de santé publics au Canada. Nous sommes une coalition regroupant travailleurs de la santé, personnes âgées, syndicats, organismes communautaires et confessionnels, établissements universitaires, ainsi que les coalitions affiliées dans les provinces et un territoire.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Melanie Benard
Directrice nationale, politiques et défense des droits
Coalition canadienne de la santé
251 rue Bank, suite 212
Ottawa, Ontario K2P 1X3
613-688-4973
melanie@healthcoalition.ca



coalitionsanté.ca



Coalition canadienne de la santé



@coalitionsanté

Une campagne pour sauver les soins de santé publics au Canada

Nous entendons souvent dire que notre système de soins de santé, financé et administré par l'État, est le joyau des services sociaux du Canada, si admirés de tous. Personne n'est laissé de côté parce qu'il ne peut payer ou en raison d'un mauvais état de santé. Nous prenons soin des personnes malades qu'importe leur revenu et tous sont couverts. Notre système de soins de santé reflète les valeurs de la population canadienne et nous le chérissons.

Or, nous entendons aussi, régulièrement, que notre système de soins de santé est non viable et qu'il gruge les budgets publics. Le Canada tire de la patte derrière les autres pays de l'OCDE par rapport aux délais d'attente et aux résultats en santé. Les nouvelles négatives au sujet de notre système de soins de santé mènent, inévitablement, au débat « public ou privé ». La pression à privatiser continue à montrer ses dents.

Cette question était au cœur de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Commission Romanow (2002). Elle était prévalente lors de l'étude d'un comité permanent sénatorial sur le système de soins de santé, Comité Kirby (2002). Elle a fait l'objet d'une décision de la Cour suprême du Canada (2005), et fait actuellement l'objet de débat à la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Cette question est constamment soulevée dans les éditoriaux de nos quotidiens nationaux et est un sujet favori de l'Institut Fraser, organisme de droite financé par les sociétés.

« Au lieu d'apprendre des pays qui ont innové sur ce plan et de mettre en œuvre de véritables réformes, nous, Canadiens, insistons pour reprendre ces débats stériles 'public ou privé' parce que nous ne semblons pas être capables de nous défaire de l'idée qu'il y a un nirvana quelque part si seulement nous ouvrons la porte à davantage de financement privé et de prestation privée. Il semble que nous ne sommes pas capables de comprendre la nécessité de réformer les soins de santé. »¹ [Traduction]

L'argument en faveur des soins de santé privés et à but lucratif repose sur deux principales affirmations : premièrement, le financement nécessaire au système public de soins de santé est non viable, et, deuxièmement, le système public est lourd et coûte davantage en raison de l'absence de concurrence. Selon les partisans de la privatisation, les longs délais d'attente et le manque d'options pour les patients en sont le résultat inévitable. Les soins à but lucratif sont mis de l'avant comme étant la solution qui injecterait une autre source de fonds et allègerait la pression sur le système public. Le problème avec ces arguments c'est qu'ils sont tout simplement faux.

Les études l'ont démontré maintes et maintes fois : les soins de santé privés et à but lucratif ne produiront pas de meilleurs résultats en santé, ne diminueront pas les temps d'attente et ne coûteront pas moins chers. En fait, ils coûteront davantage. Il suffit de se tourner vers les États-Unis. En 2017, les dépenses de santé aux États-Unis représentaient 17,2 % du PIB et le coût par habitant était de 12 865 \$. Au Canada, la même année, les dépenses de santé représentaient 10,4 % du PIB, soit 6 032 \$ par habitant.² Les soins de santé privés puisent leurs ressources à même le système public et, par conséquent, les délais d'attente augmentent dans le système public. La santé générale de la population subit le contrecoup et l'inégalité économique s'accroît. Voilà les véritables impacts des soins de santé privés selon des études menées partout dans le monde.

Ces données sont mises de l'avant, encore une fois, par les défenseurs des soins de santé publics lors de l'affaire Cambie en C.-B., où Brian Day tente d'exploiter des cliniques privées avec des fonds publics.

Si la cour décide en faveur de Day et de sa contestation fondée sur la Charte, les répercussions seront profondes sur les soins de santé publics et sur toute la population canadienne. En voulant être libre d'exercer la double facturation et faire place aux assurances privées couvrant les soins médicaux, Day cible la législation provinciale qui respecte la garantie d'accès et d'universalité prévue à la *Loi canadienne sur la santé*.

Pendant que cela se passe en C.-B., les compressions budgétaires provinciales historiques ont engendré davantage de pression sur le système public partout au pays. Les mesures d'austérité des budgets provinciaux ont entraîné des temps d'attente plus longs et fait une ouverture à la privatisation des soins de santé. Des cliniques à but lucratif de chirurgie et de diagnostic ont vu le jour en C.-B., ainsi qu'en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse. Et, dans un effort soutenu pour améliorer le système et réduire les coûts, des réformes de fond dans le secteur des hôpitaux de l'Alberta, du Québec, de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et, maintenant, de l'Ontario, ont créé le chaos et mené à un manque de personnel dans les hôpitaux. Tout cela représente une menace à l'accès aux soins de santé. Plus important encore, cela menace l'avenir des soins de santé publics et alimente les histoires sur les lacunes du système et la nécessité de l'améliorer.

Or, le débat « public ou privé » oriente totalement la discussion dans la mauvaise direction parce que, collectivement, nous posons constamment les mauvaises questions. Y a-t-il *vraiment* une faille dans notre système de soins de santé et, si c'est le cas, qu'est-ce que ça prendrait *vraiment* pour la réparer?

Si nous voulons que toutes les personnes au Canada aient accès à des soins de santé de grande qualité, il faut davantage de leadership de la part du gouvernement fédéral. Il faut financer le système équitablement, assurer qu'il demeure public, le moderniser et l'élargir. À l'approche de l'élection fédérale, la Coalition canadienne de la santé demande à toutes les personnes du Canada de s'exprimer, et demande au gouvernement fédéral de s'engager fermement à protéger notre système de soins de santé que nous chérissons.

Ensemble – On est capable.

1) Le financer équitablement

Au cœur des défis entourant les soins de santé publics, nous pensons à la réponse inadéquate du gouvernement fédéral au moment de renégocier avec les provinces lorsque l'*Accord 2004 sur la santé* a pris fin.

Au début des soins de santé publics au Canada, le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir d'application des fonds pour assurer la mise en œuvre, par les gouvernements provinciaux, de l'assurance-maladie en contribuant 50 % du financement nécessaire. Ainsi, le gouvernement fédéral et les provinces étaient partenaires au sein du système public de soins de santé du Canada. Or, lorsque la Commission Romanow a été créée en 2001, le part du fédéral avait diminué à 11 %.³ Le mandat de la Commission Romanow était d'examiner les problèmes urgents au sein du système public et de faire des recommandations pour répondre aux besoins changeants. Comme l'a mentionné Romanow dans son rapport, la viabilité des soins de santé publics ne dépend que de nous.⁴ Il recommande d'augmenter le financement et d'élargir le rôle du gouvernement fédéral. L'*Accord 2004 sur la santé* était une solution partielle aux recommandations de la Commission Romanow. Cet accord prévoyait une augmentation annuelle de 6 %, sur 10 ans, du financement fédéral. Ainsi, grâce à l'*Accord*, le financement fédéral a atteint 23 % en 2016.⁵

Plutôt que négocier un nouvel *Accord sur la santé* en 2017, le gouvernement fédéral a exercé de la pression sur chacune des provinces pour qu'elles signent des ententes bilatérales. Le financement est maintenant basé sur un pourcentage de la croissance nominale du PIB, assorti d'une augmentation minimale garantie de 3 % par année.

Les dépenses de santé ont augmenté au fil du temps en raison d'une combinaison de facteurs, dont l'inflation, l'augmentation de la population et les changements démographiques. En 2018, le directeur parlementaire du budget (DPB) a mené une étude sur l'écart croissant entre les ententes financières actuelles et les dépenses prévues dans le secteur de la santé. Selon l'analyse du DPB, le soutien financier fédéral ne s'harmonisera pas aux pressions financières exercées sur les provinces et les territoires. Cela va diminuer davantage la part du fédéral au financement des soins de santé dans les années à venir.⁶

Les provinces laissent les hôpitaux mourir de faim

À première vue, cela peut sembler une affirmation bizarre. Les soins de santé représentent le plus grand pourcentage des dépenses de chaque province, de 28,5 % au Nouveau-Brunswick à 46,4 % au Québec.⁷

Selon L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les hôpitaux représentaient la plus grande dépense publique de santé en 2018, avec une croissance de 3 % par rapport à l'année précédente, soit 28,5 % des dépenses publiques totales de santé.⁸ Ce n'est pas étonnant d'observer que lorsqu'il faut limiter les dépenses, les hôpitaux sont ciblés. Au cours des deux dernières années, même lorsque les budgets en santé ont augmenté, les augmentations des budgets pour les hôpitaux et les services de soins intensifs de courte durée se sont à peine harmonisés aux augmentations de l'inflation dans la plupart des provinces. Et certaines provinces sont maintenant aux prises avec – encore – une autre ronde de restructuration des hôpitaux dans un effort pour diminuer les coûts.

Un aperçu de ce qui se passe au pays

Terre-Neuve-et-Labrador

Dans le contexte où la situation financière de la province est grandement critiquée et à l'approche de la prochaine élection fédérale, le budget 2019-2020 pour le secteur de la santé, y compris les services hospitaliers de soins intensifs de courte durée, a été établi à près de 100 millions de dollars de moins que les dépenses de l'année précédente. Selon les estimations budgétaires du ministère des Finances, 2,330 milliards de dollars ont été dépensés en 2018-2019, comparativement aux 2,238 milliards de dollars prévus pour 2019-2020.⁹ Au même moment, la province cherche désespérément à revitaliser les infrastructures hospitalières et celles du secteur des soins de longue durée grâce aux partenariats publics-privés (P3). Cela inquiète les défenseurs des soins de santé publics car ils se demandent si les services dispensés dans les hôpitaux seront transférés au secteur privé.¹⁰

Île-du-Prince-Édouard

En raison de l'élection, tenue à la fin du printemps, le gouvernement de l'Î.-P.-É. n'a pu déposer son budget 2019. On s'attend à ce qu'il soit déposé en juin. Les documents budgétaires de 2018 indiquent que les hôpitaux et les services de soins intensifs de courte durée ont reçu 4,8 millions de dollars de plus, soit une augmentation de seulement 1,2 %.¹¹ Cela s'inscrit dans un contexte de surplus budgétaire de 75 millions de dollars en 2017-2018.¹² Un autre surplus est prévu à la fermeture des livres pour l'année financière courante mais la population de l'île se plaint du manque d'accès aux soins primaires et des hôpitaux bondés.¹³ Il est aussi important de souligner que l'Î.-P.-É. se classe au dernier rang parmi les provinces canadiennes pour l'atteinte des cibles en matière de temps d'attente pour les chirurgies de remplacement de la hanche ou du genou.¹⁴

Nouvelle-Écosse

Au cours des dernières années, des changements significatifs ont été apportés à la prestation des soins de santé en Nouvelle-Écosse. En 2014, le gouvernement a amorcé une restructuration massive afin que les neuf régions régionales de la santé fusionnent en une seule dans le but de réduire les coûts administratifs. Depuis, la population de la Nouvelle-Écosse connaît des problèmes d'accès aux soins primaires et doit composer avec les perturbations et le chaos au sein du système hospitalier.¹⁵ Le budget 2019-2020 prévoit 191 millions de dollars supplémentaires pour les dépenses de santé; ils iront, en majeure partie, au projet P3 pour la construction d'un hôpital, et pour couvrir l'augmentation des coûts administratifs.¹⁶ Le budget alloué aux autorités sanitaires, qui financent le fonctionnement des hôpitaux, a été augmenté de seulement 60 millions de dollars, soit 3 %.¹⁷ Avec une croissance

de 2,2 % de la population de la province en 2018, et l'inflation actuelle se chiffrant à 2 %, ces fonds supplémentaires représentent une diminution en dollars indexés.

Nouveau-Brunswick

Dans son budget 2019, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a ajouté des fonds pour la formation et le recrutement du personnel infirmier, et pour les soins primaires.¹⁸ Toutefois, le budget pour les réseaux de la santé, qui comprennent les hôpitaux, a été augmenté de seulement 2,4 % pour 2019-2020.¹⁹ Au Nouveau-Brunswick, 20,8 % de la population est âgée de plus de 65 ans. La pression exercée sur le système de soins de santé de la province est la plus grande au Canada en raison de la population vieillissante. Si l'on tient compte du vieillissement de la population et de l'inflation, les augmentations budgétaires ne répondent pas à l'exigence de financement du statu quo, même si le gouvernement a été en mesure de présenter un budget équilibré. Lors de l'annonce du budget, le gouvernement du Nouveau Brunswick a aussi exprimé son intention de demander des fonds spéciaux au gouvernement fédéral en raison de son profil démographique.²⁰

Québec

Le budget 2019-2020 du Québec prévoit plus de 3 milliards de dollars supplémentaires pour le secteur de la santé, soit une augmentation de 5,4 %. En fait, cette année, le financement alloué aux services de première ligne, y compris les hôpitaux, a augmenté de plus de 6,6 %.²¹ Ce chiffre est plus substantiel que celui de la plupart des autres provinces. Toutefois, soulignons que le gouvernement actuel a été élu sur sa promesse d'augmenter les dépenses de santé après les compressions massives du gouvernement précédent. Entre 2014 et 2016, les fonds alloués à la santé ont diminué de plus d'un (1) milliard de dollars et cela a mené à d'importantes pénuries de personnel et à de longs délais d'attente.²² La forte croissance économique a permis à la province de réaliser un gros surplus estimé par certains à 5 milliards de dollars,²³ même si elle a augmenté ses dépenses en santé. Le surplus est une source de ressentiment chez certains défenseurs des soins de santé publics; selon eux les pénuries de personnel sont le résultat d'années d'austérité et de restructuration et, par conséquent, le système de soins de santé a besoin d'un plus grand financement.²⁴

Ontario

Les hôpitaux de l'Ontario ont souffert en raison de rondes répétées de compressions. Les compressions majeures à la fin des années 1990 ont été accompagnées d'un programme extensif de restructuration des hôpitaux et, ainsi, plus de 3,9 milliards de dollars de fonds ne sont pas allés aux soins. Entre 2006 et 2016, les niveaux de financement ne se sont pas harmonisés à l'inflation et, par conséquent, les budgets des hôpitaux ont fait l'objet de compressions en dollars indexés. Après à peine deux années de sursis, les hôpitaux de l'Ontario sont de nouveau menacés par des compressions aux programmes, aux services et au personnel, annoncés partout dans la province. Dans le budget 2019-2020, le gouvernement fédéral a établi le financement à un taux inférieur à celui de l'inflation et de la croissance de la population.²⁵

Afin de protéger les niveaux de service et mettre fin aux compressions, il faudra augmenter le financement des hôpitaux de 5,3 % par année pendant les quatre prochaines années.²⁶ L'impact de décennies de compressions ciblant les hôpitaux de l'Ontario est colossal. L'Ontario est, de loin, la province ayant le moins de lits d'hôpitaux disponibles que toutes les autres provinces du Canada.²⁷

Les taux d'engorgement des hôpitaux en Ontario sont du jamais vu parmi les pays développés. Les nouvelles abondent au sujet de patients attendant sur une civière dans les couloirs, même dans les salles de bains, pendant des jours ou des semaines, avant d'avoir un lit d'hôpital convenable. L'Ontario affiche le plus petit nombre d'infirmières par patients, et l'écart augmente à chaque année car l'insuffisance du financement mène à la réduction des travailleurs de la santé.

Manitoba

Malgré les inquiétudes croissantes par rapport aux pénuries de personnel et l'augmentation des délais d'attente pour les chirurgies, les tests de diagnostic et les services d'urgence à Winnipeg,²⁸ le gouvernement du Manitoba a, en fait, réduit les dépenses de santé pour une troisième année consécutive dans son budget 2019. Malgré un discours sur le budget alléguant que les investissements en santé ont atteint des niveaux historiques, le nouveau financement représente une augmentation de 0,5 %. Dans l'ensemble, les dépenses de santé ont augmenté de 47,8 millions de dollars sur un budget total en santé de 6,5 milliards de dollars.²⁹ Une augmentation de 0,5 % du financement représente une diminution de 2 % en dollars indexés.³⁰ Le Manitoba a amorcé une restructuration massive de son système de santé, y compris des services hospitaliers de base à Winnipeg, ville qui dessert près de 60 % de la population de la province. Deux ans après le début de la réforme, le système hospitalier de Winnipeg subit une pression énorme en raison de l'augmentation des délais d'attente, des lacunes dans les services et de la pénurie criante de personnel.

Saskatchewan

Le gouvernement de la Saskatchewan a augmenté les fonds alloués aux autorités sanitaires provinciales qui financent les hôpitaux et les soins communautaires. Le financement est passé de 3,65 milliards de dollars à 3,77 milliards.³¹ Cela représente une augmentation de 3 % mais comprend 30 millions de dollars pour les services de santé mentale, ce qui réduit la somme pour les hôpitaux à une augmentation d'environ 2,4 %.³² Même si cette augmentation respecte l'inflation, elle ne tient pas compte de la pression exercée sur les établissements de soins de santé en raison de la population vieillissante et de l'augmentation de la population. En 2017, le gouvernement de la Saskatchewan a restructuré la prestation des soins de santé en fusionnant neuf autorités sanitaires en une seule dans le but de réduire les budgets des hôpitaux. Au cours des dernières années, il a aussi fait place aux cliniques privées à but lucratif de chirurgie et de diagnostic.³³

Alberta

En raison du changement récent de gouvernement, le budget pour l'année financière 2019-2020 de l'Alberta ne sera probablement pas déposé avant la fin de l'automne. Au cours des quatre dernières années, les budgets de l'Alberta pour la santé ont augmenté d'environ 3 % par année. Selon le gouvernement, cette augmentation se basait sur une formule qui tenait compte de l'inflation et de l'augmentation de la population. Toutefois, le nouveau gouvernement a fait campagne pour promouvoir un plan pour réduire le déficit et geler le financement dans le secteur de la santé.³⁴

Colombie-Britannique

En 2019-2020, le gouvernement de la Colombie-Britannique a investi 1,1 milliard de dollars supplémentaires dans les soins de santé, soit une augmentation de 5,5 %. Les services régionaux, qui paient les services hospitaliers ainsi que les services de santé mentale et les services communautaires, ont fait l'objet d'une augmentation de 8 %.³⁵ En 2018, l'augmentation à la même ligne du budget était de 3 %, ³⁶ et en 2017, elle était de 4,3 %.³⁷ Le financement ciblé visant à réduire les temps d'attente pour une chirurgie est compris dans ces chiffres : 75 millions de dollars ont été alloués pour 2018-2019 et 100 millions pour 2019-2020. Ces augmentations s'inscrivent dans la foulée des mesures d'austérité qui se sont traduites en temps d'attente pour une chirurgie les plus élevés au Canada, et qui ont favorisé la prolifération des cliniques privés sur lesquelles le gouvernement précédent avait fermé les yeux.

Les Territoires

La population des trois territoires du Canada confondus est de 121 396. Cela représente 0,3 % de la population répartie sur 40 % des terres émergées du pays. Le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest doivent

surmonter des défis très différents par rapport à la prestation des soins de santé que la plupart des provinces canadiennes. Ils ont les dépenses de santé les plus élevées par habitant,³⁸ et le pire rendement par rapport aux résultats en santé.³⁹ En 2017, le gouvernement fédéral a ajouté 108 millions de dollars, sur quatre ans, dans un Fonds d'investissement pour la santé dans les territoires.⁴⁰ Il est intéressant de souligner qu'il n'y a aucune menace de voir une clinique privée de chirurgie s'installer dans les territoires parce que cela ne serait tout simplement pas profitable.

Les mesures d'austérité dans la plupart des provinces au cours des dernières décennies ont donné lieu à un nombre plafonné de chirurgies, à des limites au temps dans les salles d'opération, et à des pénuries criantes de personnel dans les hôpitaux du pays. Lorsque les budgets provinciaux augmentent les fonds alloués à la santé, il y a souvent des restrictions par rapport au financement des hôpitaux. Cela a de graves répercussions sur les délais d'attente pour une chirurgie et sur la congestion des salles d'urgence. Les données recueillies partout au Canada sont claires : il y a des problèmes de capacité dans nos hôpitaux, et ils n'ont pas été financés adéquatement au cours des dernières années.

Il est important de continuer à dépenser dans le secteur de la santé. Même si nous entendons souvent parler de l'insoutenabilité des dépenses de santé, il demeure qu'à 10,4 % du PIB, les dépenses de santé au Canada sont moins élevées que dans plusieurs pays européens, et elles ne sont que légèrement supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE. Elles sont aussi beaucoup moins élevées qu'aux États-Unis.⁴¹

2) Le garder public

Parmi les demandes constantes de réformer les soins de santé, il y a des demandes répétées de réformer l'utilisation des hôpitaux. Recourir davantage aux chirurgies d'un jour, diriger les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées vers les soins communautaires, et investir dans les soins primaires sont des façons d'alléger la pression sur les hôpitaux. Ces stratégies ne suffiront pas pour assurer que nos hôpitaux puissent répondre à la demande engendrée par les changements à la population et les innovations relatives aux procédures médicales. Par exemple, les délais d'attente augmentent pour les chirurgies de remplacement de la hanche ou du genou. Ce n'est pas parce que ces interventions étaient habituellement faites en temps plus opportun mais parce qu'elles représentent une innovation pour la population vieillissante. Les demandes par rapport à ces interventions est un phénomène relativement nouveau.

Réduire les temps d'attente

Les délais d'attente sont souvent invoqués comme excuse pour justifier les soins de santé privés. L'Institut Fraser présente des rapports annuels sur les délais d'attente et on a démontré que ces rapports utilisaient une méthodologie scientifique douteuse et faisaient des allégations exagérées.⁴² Pourtant, le rapport annuel sur les temps d'attente continue de recevoir une couverture médiatique dans nos réseaux nationaux et cela ne fait que générer davantage de commentaires sur les avantages perçus de la privatisation.

Or, faire place aux soins de santé privés crée beaucoup de problèmes. Au procès Cambie en Colombie-Britannique, Marie-Claude Prémont, professeures et expert en politiques de la santé, a présenté des données

instructives issues du Québec où une décision de 2005 de la Cour suprême a ordonné à la province d'annuler son interdiction par rapport aux assurances privées.

Selon Prémont, les changements qui ont suivi ont permis aux patients de passer devant les autres en se promenant du public au privé. Les cliniques privées sont subventionnées par le système public tout en facturant des frais supplémentaires aux patients. Tous ces changements ont des conséquences : le nombre de médecins quittant le système public pour aller dans les cliniques privées augmente drastiquement, et le système public se vide de ses ressources. Le système de soins de santé est maintenant déformé par les forces du marché. Les mieux nantis ont un avantage et, en raison des incitatifs financiers, les services sont offerts plus volontiers où les profits seront les meilleurs. Tout cela se passe malgré les garanties d'universalité et d'accessibilité prévues à la *Loi canadienne de la santé*.

En sus du témoignage de Prémont, la défense dans l'affaire Cambie, fera témoigner des experts américains qui démontreront le coût élevé de l'assurance privée pour la personne et pour les finances publiques. Des coûts administratifs plus élevés résultent du fait que les hôpitaux doivent faire face à de nombreuses compagnies d'assurance et régimes d'assurance différents. De plus, la course aux profits est la force motrice derrière l'augmentation des coûts dans les établissements privés de soins de santé. Cela compromet aussi la sécurité des patients dans les établissements encouragés à diminuer les coûts liés au personnel. Les données sont claires mais on en parle rarement dans le domaine public.

Les défenseurs des soins de santé sont souvent hésitants à prendre part au débat sur les délais d'attente. Certes, notre bilan n'est pas très reluisant par rapport aux temps d'attente pour certaines chirurgies non urgentes. Dans chaque province, les personnes décrivent les longs temps d'attente avant de voir un médecin de famille ou un spécialiste. Nos médias regorgent d'histoires illustrant les hôpitaux bondés et les services d'urgence refusant des patients. Les délais d'attente pour une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou, ou pour une chirurgie de la cataracte, sont encore élevés comparativement aux autres pays de l'OCDE.⁴³

Étant donné l'état actuel du financement et les menaces de privatisation, il faut tenir compte de l'éléphant dans la pièce et trouver des solutions. Les solutions les plus équitables, efficaces et économiques aux délais d'attente et à l'engorgement des hôpitaux se trouvent au sein du système public.

La Colombie-Britannique fait des progrès remarquables pour améliorer les délais d'attente en combinant plusieurs éléments : financement accru pour les interventions présentant les temps d'attente les plus longs, gestion centralisée des cas, et listes d'attente centralisées.

« La Colombie-Britannique est l'une parmi quelques provinces qui n'a pas perdu du terrain pour que les patients respectent les cibles de référence recommandées », souligne Frood [porte-parole pour l'ICIS]. « En fait, ils affichent une augmentation constante des patients qui respectent cette exigence. »⁴⁴ [Traduction]

Des solutions innovatrices venant du monde entier peuvent servir de guide pour réduire efficacement les délais d'attente au sein du système public. Par exemple, en Écosse, pays qui a aussi un système public de soins de santé à payeur unique, le gouvernement a mis en œuvre une norme de 18 semaines pour les délais d'attente, à partir du moment où la personne est référée et jusqu'au traitement. Le pays a adopté une stratégie comprenant ce qui suit : gestion centralisée des cas, meilleurs processus de diagnostic et pour référer les patients, meilleure efficacité des salles d'opération, normalisation des chirurgies d'un jour, meilleure planification de la capacité des hôpitaux, y compris solutions aux problèmes liés aux ressources humaines, processus adéquats de suivi et de signalement, et gestion du rendement.⁴⁵

Certaines de ces solutions innovatrices sont déjà mises en œuvre dans plusieurs provinces canadiennes. Toutefois, c'est parfois à la province de prendre l'initiative de mettre en œuvre ces stratégies. La portée nationale du

système de soins de santé du Canada est ce qui le rend si spécial. Nous surmontons la diversité provinciale et régionale pour offrir un programme qui a d'énormes répercussions sur toutes les personnes du Canada.

Le système public de soins de santé du Canada coûte moins et offre de meilleurs soins que les systèmes à but lucratif. Il dispense des soins aux personnes qui en ont besoin, qu'importe leur revenu et leurs ressources. De toute évidence, ce n'est pas quelque chose que la population canadienne veut perdre.

3) L'élargir

Au début, lorsque Tommy Douglas a mis en œuvre le régime public de soins de santé en Saskatchewan, son intention était de l'élargir pour couvrir les médicaments, ainsi que les soins des yeux et les soins dentaires. La couverture des médicaments sur ordonnance a aussi été recommandée par la Commission Hall. Cette commission a mené à la couverture, partout au pays, des soins médicaux et hospitaliers.⁴⁶ Aujourd'hui, le Canada est le seul pays au monde ayant un système public de soins de santé qui ne couvre pas les médicaments sur ordonnance. Parmi les pays de l'OCDE, le Canada paie certains des prix les plus élevés pour les médicaments.⁴⁷

Actuellement, un ménage sur quatre au Canada ne peut payer les médicaments dont il a besoin. Ainsi, plus de 640 personnes meurent prématurément à chaque année.⁴⁸ Un million de personnes au Canada doivent choisir entre mettre de la nourriture sur la table ou payer leurs médicaments. C'est inacceptable dans un pays aussi riche que le Canada.

Notre système disparate de régimes publics et privés est inadéquat et inéquitable. D'innombrables personnes au Canada tombent entre les mailles du filet. Deux tiers des personnes au Canada, ont une couverture des médicaments offerte par leur employeur mais la couverture varie grandement d'un régime à l'autre.⁴⁹ Des quotes-parts et des franchises dispendieuses peuvent empêcher les personnes de faire exécuter leur ordonnance. Les personnes sans emploi, les travailleurs autonomes ou à temps partiel sont souvent sans couverture des médicaments.

L'assurance-médicaments est l'élément manquant du système public de soins de santé canadien. Plusieurs études précisent les économies substantielles qui seraient réalisées grâce à un tel régime : économies en raison de l'achat en masse des médicaments, économies pour les employeurs et les personnes qui paient actuellement des primes d'assurances privées, et économies pour le système qui portent actuellement le fardeau des patients dont la santé s'est détériorée parce qu'ils ne pouvaient payer leurs médicaments. Selon une étude menée en 2018 par le directeur parlementaire du budget, les économies estimées pour le gouvernement fédéral seulement seraient d'environ 4,2 milliards de dollars.⁵⁰ Selon une étude menée précédemment par le Centre canadien de politiques alternatives et par Médecins canadiens pour l'assurance-maladie, les économies, à la fois pour le secteur public et privé, pourraient atteindre jusqu'à 30 milliards de dollars.⁵¹

Dans le cadre du budget 2018, le gouvernement du Canada a créé le Comité consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. Après une année de consultations auprès de la population canadienne, le Conseil a recommandé, en juin 2019, que le Canada adopte un régime public complet et universel d'assurance-médicaments.⁵² Le gouvernement devrait mettre en œuvre cette recommandation dès que possible afin que les médicaments sur ordonnance soient couverts comme le sont les frais médicaux et hospitaliers.

Afin de s'adapter aux besoins changeants et aux innovations en matière de santé, le système public de soins de santé du Canada doit être modernisé. Il doit être élargi pour couvrir tous les soins médicalement nécessaires. En plus des médicaments sur ordonnance, cela comprend les soins de longue durée et les soins à domicile pour les personnes âgées, ainsi que les services de santé mentale et les soins dentaires. Cela permettrait d'améliorer la santé des personnes du Canada et d'alléger la pression exercée sur les hôpitaux. En couvrant ces services, notre système de soins de santé serait vraiment complet, intégral et accessible.

Ensemble, on est capable!

Les personnes du Canada apprécient grandement leur système de soins de santé, un système au sein duquel l'accès aux soins est fondé sur le besoin et non sur la capacité à payer. C'est pourquoi la Coalition canadienne de la santé demande à tous ses alliés de se porter à la défense des soins de santé publics. Certes, notre système pose des défis mais nous ne devrions pas pour autant nous tourner vers le secteur privé pour trouver des solutions. Nous devrions plutôt chercher à améliorer le système public en le finançant équitablement et en l'élargissant pour qu'il comprenne, entre autres, la couverture des médicaments.

Les soins de santé publics nous procurent la paix de l'esprit. Lorsque nous tombons malade, nous savons que nous sommes couverts. Travaillons ensemble pour protéger notre système public. Ensemble, on est capable!

¹ Colleen Flood, *Time for Canada to Improve Our Health Care Performance*, Huffington Post, 05/27/ 2011, www.huffingtonpost.ca/colleen-m-flood/health-canada_b_867652.html

² Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018*, <https://www.cihi.ca/fr/depenses-de-sante/2018/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>

³ Sonya Norris, *Le financement fédéral des soins de santé*. Librairie du Parlement, 07/18/2018, https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201845E.

⁴ Roy Romanow, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, novembre 2002, p. xxii, <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>.

⁵ Hugh MacKenzie, *The Canada Health Transfer Disconnect: An Aging Population, Rising Health Care Costs and a Shrinking Federal Role in Funding*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, juillet 2015, pp. 1-4, <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU-Finance-Book-2015-final.pdf>. (résumé en français, p. 43)

⁶ Gouvernement du Canada, *Le soutien financier du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires : une analyse des scénarios à long terme*. Directeur parlementaire du budget, mars 2018, p. 12, [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/Fed%20Transfers/Fed Transfers Prov Territoires FR.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/Fed%20Transfers/Fed%20Transfers%20Prov%20Territories_FR.pdf)

⁷ La part des dépenses de santé a été calculée en utilisant les « estimations » des dépenses pour chaque province telles que présentées par leurs ministères respectifs des Finances.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018*, <https://www.cihi.ca/fr/depenses-de-sante/2018/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>.

⁹ Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, ministère des Finances, *Estimates of the Program Expenditure and Revenue of the Consolidated Revenue Fund, 2019-20*, p. 197, www.gov.nl.ca/budget/2019/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/estimates.pdf.

¹⁰ Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve-et-Labrador, *Le budget de Terre-Neuve-et-Labrador transfère les responsabilités et la dette aux générations futures*, Communiqué de presse, 16 avril 2019, <https://scfp.ca/le-budget-de-terre-neuve-et-labrador-transfere-les-responsabilites-et-la-dette-aux-generation>

¹¹ Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, *Estimates 2018-2019*, ministère des Finances, p. 92, www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/2018_budget_estimates_consolidation.pdf.

¹² CBC, *Higher than budgeted tax revenue leads to \$75M surplus for PEI*, CBC News, 31 octobre 2018, www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-maclauchlan-budget-surplus-1.4886353.

¹³ Katherine Hunt, *Doctor shortage a major concern for rural PEI residents as election draws near*, *The Guardian*, 9 avril 2019, www.theguardian.pe.ca/news/pei-election/doctor-shortage-a-major-concern-for-rural-pei-residents-as-election-draws-near-299538/.

¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé, *Délais de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente au travers le Canada*, 2018. http://tempsdattente.icis.ca/?_ga=2.214291412.299015241.1560260962-424187275.1560260962

¹⁵ Nina Corfu, *Scathing review of Nova Scotia Health Authority, 2 Years After Merger*, CBC News, 15 mai 2017, www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nova-scotia-health-authority-review-paper-ross-mcnamara-knox-sullivan-1.4115626.

¹⁶ Nova Scotia Health Coalition, *2019 Nova Scotia Budget Offers No New Funding for Programs or Front Line Services*, communiqué de presse, 29 mars 2019, www.nshealthcoalition.ca/media-releases/2019/3/29/2019-nova-scotia-budget-offers-no-new-funding-for-programs-or-frontline-services.

¹⁷ Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Budget 2019-20, Estimates and Supplementary Detail, Finance and Treasury Board*, mars 2019, pp. 13.13 – 13.14, <https://beta.novascotia.ca/sites/default/files/documents/7-1690/budget-2019-20-estimates-and-supplementary-detail.pdf>.

¹⁸ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Le budget équilibré propose un plan pour réduire la dette et protéger les services essentiels avec empressement*, ministère des Finances et Conseil du trésor, communiqué de presse, 19 mars 2019, <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances/nouvelles/communique.2019.03.0178.html>.

¹⁹ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Budget principal*, ministère des Finances et Conseil du trésor, 19 mars 2019 p. 69, <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/fin/pdf/Budget/2019-2020/MainEstimates2019-2020BudgetPrincipal.pdf>.

²⁰ Ouvrage cité, Gouvernement du Nouveau-Brunswick.

²¹ Gouvernement du Québec, *Les crédits des ministères et organismes – Budget de dépenses 2019-2020*, Volume 3, mars 2019, p. 167, www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/19-20/en/3-Estimates_Departments_Bodies.pdf.

²² Canadian Press, *Quebecers Open to More Private Health Services: Poll*, Global News, 5 septembre 2018, <https://globalnews.ca/news/4428251/quebec-private-health-services/>.

²³ Canadian Press, *CAQ Budget Surplus as Large as \$5.5 billion: Think Tank Says*, *Montreal Gazette*, 14 mai 2019, <https://montrealgazette.com/news/local-news/caq-governments-surplus-as-large-as-5-5-billion-quebec-think-tank-says>.

²⁴ Andy Riga, *Quebec Budget: Increased health spending focuses on seniors*, *Montreal Gazette*, 21 mars 2019, <https://montrealgazette.com/news/quebec/quebec-budget-increased-health-spending-focuses-on-seniors>.

²⁵ Gouvernement de l'Ontario, *Budget 2019, Chapitre 3 : Plan financier et perspectives de l'Ontario*. <http://budget.ontario.ca/fr/2019/chapter-3.html>

²⁶ Ontario Health Coalition, *Time to Rebuild Health Care Platform for the 2018 Ontario General Election*, 2 mai 2018, www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/election-platform.pdf.

²⁷ Ontario Health Coalition, *Hospital Overload: Backgrounder on Ontario's Hospital Bed Shortage*, 2017, www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/health-system-facts-trends/hospital-bed-cuts/.

²⁸ CBC, *Wait times 'unbelievable' at Winnipeg ERs as swamped hospitals open over-capacity beds*, CBC News, 20 février 2019, www.cbc.ca/news/canada/manitoba/hospital-over-capacity-emergency-rooms-winnipeg-1.5026369.

²⁹ Gouvernement du Manitoba, *Getting the Job Done, Budget 2019, Estimates of Expenditure for the fiscal year ending March 31, 2020*, ministère des finances, p. 65, www.gov.mb.ca/asset_library/en/budget2019/estimate-expenditures.pdf.

³⁰ Manitoba Health Coalition, *Manitoba Budget Disappoints*, 7 mars 2019, https://assets.nationbuilder.com/manitobahealthcoalition/pages/17/attachments/original/1552317686/PRESS_REL_EASE- MB_BUDGET_.png?1552317686.

³¹ Gouvernement de la Saskatchewan, *Estimates for the Fiscal Year Ending March 31, 2020*, p.77, <http://publications.saskatchewan.ca/api/v1/products/100135/formats/110483/download>.

³² Gouvernement de la Saskatchewan, *The Right Balance, Provincial Budget 2019-20, Investments in Health Care*, www.saskatchewan.ca/government/budget-planning-and-reporting/saskatchewan-budget-2019-20#investments-in-health-care.

-
- ³³ Centre canadien de politiques alternatives, *Selling Saskatchewan: A Decade of Privatization from 2007 – 2017*, février 2018, www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Saskatchewan%20Office/2018/03/Selling%20Sask%20Timeline.pdf.
- ³⁴ David Ebner, NDP cuts to the growth in health care spending are not enough for Jason Kenney, *Globe and Mail*, 10 avril 2019, www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-ndps-cuts-to-the-growth-in-health-care-spending-are-not-enough-for/.
- ³⁵ Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Estimates for Fiscal Year Ending March 31, 2020*, ministère des Finances, pp. 118-121, www.bcbudget.gov.bc.ca/2019/pdf/2019_Estimates.pdf.
- ³⁶ Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Estimates for Fiscal Year Ending March 31, 2019*, ministère des Finances, pp. 120-123, www.bcbudget.gov.bc.ca/2018/estimates/2018_Estimates.pdf.
- ³⁷ Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Estimates for Fiscal Year Ending March 31, 2018*, ministère des Finances, pp. 115-119, www.bcbudget.gov.bc.ca/2017/estimates/2017_Estimates.pdf.
- ³⁸ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*, p. 22, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-fr.pdf>
- ³⁹ T Kue Young, Susan Chatwood and Gregory Marchildon, Healthcare in Canada's North: Are we getting value for money? *Healthcare Policy*, Aug 2016. 12(1): 59–70, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5008132/pdf/policy-12-059.pdf.
- ⁴⁰ Gouvernement du Canada, *Soutien fédéral aux provinces et aux territoires*, ministère des Finances, <https://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp>
- ⁴¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*, p. 22, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex2017-trends-report-fr.pdf>.
- ⁴² Kelly Crowe, *Frazer Institute's wait-time survey: Does it still count if most doctors ignored it?* CBC News, 25 novembre 2016, www.cbc.ca/news/health/fraser-institute-wait-time-survey-critique-1.3867927.
- ⁴³ David Urbach, How to Shorten hospital wait times in Canada, *The Star*, 22 mai 2018, www.thestar.com/opinion/contributors/2018/05/22/how-to-shorten-hospital-wait-times-in-canada.html.
- ⁴⁴ Cory Correia, *BC Patients wait longer for key medical procedures than other Canadians, report suggests*, CBC News, 28 mars 2019, www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-patients-waiting-longer-medical-procedures-gaining-ground-report-1.5074595
- ⁴⁵ Andrew Longhurst, Marcy Cohen et Margaret McGregor, *Reducing Surgical Wait times: The Case for Public Innovation and Provincial leadership*, Centre canadien de politiques alternatives, avril 2016, pp. 27-29, www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2016/04/CCPA-BC-Reducing-Surgical-Wait-Times.pdf.
- ⁴⁶ Christine Sismondo, *The history of why Canada's health system falls short*, *McLeans.ca*, mai 2018, www.macleans.ca/opinion/the-history-of-why-canadas-healthcare-system-falls-short/.
- ⁴⁷ Ashifa Kassam, *The serious flaw in Canada's healthcare system: prescription drugs are not free*, *The Guardian*, October 20, 2017, www.theguardian.com/world/2017/oct/20/canada-national-pharmicare-prescription-drugs.
- ⁴⁸ Ruth Lopert, Elizabeth Docteur and Steve Morgan, *Comptons les corps. Le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, mai 2018, https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/04/2018.04-Body-Count-Summary_FR-FINAL-web.pdf
- ⁴⁹ Congrès du travail du Canada, *L'assurance-médicaments : un régime pour tous*, <https://www.unregimepourtous.ca/evenements>
- ⁵⁰ Gouvernement du Canada, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, Bureau du directeur parlementaire du budget, 28 septembre 2017, p. 2. https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmicare/Pharmicare_FR_2017-11-07.pdf
- ⁵¹ Centre canadien de politiques alternatives, *Cost Savings Resulting from a National Pharmicare Program*, septembre 2017, p. 7. <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/cost-savings-resulting-national-pharmicare-program>

⁵² Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, *Une ordonnance pour le Canada : l'assurance-médicaments pour tous — Rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments*, 12 juin 2019, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/final-report/rapport-final.pdf>