



Analyse de l'Accord sur la santé :

Coûts et conséquences de l'échec des négociations 2016-2017

Coalition canadienne de la santé et la Coalition ontarienne de la santé
18 octobre 2017

Parrainé par :

Coalition de la santé de la Colombie-Britannique, Friends of Medicare (Alberta), Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse, Coalition de la santé de Terre-Neuve-et-Labrador, Coalition de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard, Coalition solidarité santé (Québec) et Alternatives North (Territoires du Nord-Ouest)

**Analyse de l'Accord sur la santé :
Coûts et conséquences de l'échec des négociations 2016-2017**

Par la Coalition canadienne de la santé et la Coalition ontarienne de la santé

18 octobre 2017

Pour plus d'information

Adrienne Silnicki, Directrice nationale, politiques et défense des droits
Coalition canadienne de la santé
(613) 688-4973, asilnicki@healthcoalition.ca

Natalie Mehra, Directrice
Coalition de la santé de l'Ontario
(416) 441-2502, ohc@sympatico.ca

Remerciements

Les auteurs remercient Toby Sanger, économiste principal au SCFP, Carole Aspiros, traductrice et les coalitions de la santé du Canada pour leur contribution au rapport.



Table des matières

Introduction	2
Manque à gagner de 31 milliards \$: analyse des ententes bilatérales	5
Comparaison des programmes de financement à partir de l'Accord de 2004 aux ententes bilatérales de 2017	8
Ententes bilatérales : manque à gagner par province	10
Colombie-Britannique	12
Alberta	12
Saskatchewan	13
Manitoba	13
Ontario	14
Québec	14
Nouveau-Brunswick	15
Nouvelle-Écosse	15
Île-du-Prince-Édouard	16
Terre-Neuve-et-Labrador	16
Contributions à la baisse : analyse de l'engagement du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé	17
Faire pencher la balance : réunion 2000 des premiers ministres et Communiqué sur la santé	18
Accord de 2004 : rétablir le rôle du gouvernement fédéral	19
Les années du gouvernement Harper : unilatéralisme et repli	21
Résumé 2000 à 2015 : des réinvestissements au repli	22
Au-delà de l'argent : les conséquences du repli du gouvernement Trudeau	22
Conclusion	25
Annexe I : Augmentation du TCS	27
Annexe II : Calculs	28

Introduction

« Malgré la valeur et l'importance de notre système de soins de santé, cela fait plus d'une décennie qu'un premier ministre canadien a rencontré ses homologues provinciaux et territoriaux pour discuter des moyens d'améliorer le programme pour qu'il réponde aux besoins actuels et soit en mesure de relever les défis inhérents à une population vieillissante.

Nous reprendrons cette conversation importante et assurerons le leadership collaboratif fédéral qui a manqué durant la décennie de pouvoir de M. Harper. Nous négocierons un nouvel Accord sur la santé avec les provinces et les territoires, qui inclura une entente de financement à long terme. »

Programme électoral 2015 du Parti libéral du Canada

Porté par une vague d'optimisme, le gouvernement Trudeau a pris le pouvoir en promettant de nouveaux investissements dans le secteur de la santé, un fédéralisme revitalisé, ainsi qu'un tout nouvel accord sur la santé pour le Canada. Des promesses qui s'harmonisent aux résultats des sondages sur les désirs de la grande majorité de la population canadienne. Ils sont aussi au diapason des grands mouvements sociaux luttant pour les soins de santé, et des désirs des premiers ministres provinciaux et territoriaux. Or, le financement est peu détaillé et, pendant la campagne électorale, peu, sinon aucune, questions posées au sujet des mesures substantielles permettant de respecter ces promesses n'a obtenu de réponse. Malheureusement, ce manque de profondeur est maintenant d'une évidence monstre. Dans les deux années qui ont suivi l'élection, les négociations menant à un nouvel accord sur la santé ont été abandonnées en faveur d'un bilatéralisme tranchant. L'approche budgétaire du gouvernement Harper a été pratiquement adoptée dans son intégrité, et la population canadienne se retrouve sans mesures définitives pour améliorer les soins de santé au pays.

Avant la présentation du budget fédéral de cette année, le gouvernement fédéral a décidé de mettre fin à ce qui était en train de devenir un débat litigieux avec les premiers ministres provinciaux et territoriaux concernant le nouvel accord sur la santé, et a retiré cet enjeu de la table. En décembre, après avoir fait un effort superficiel pour reprendre les négociations, le gouvernement Trudeau a donné un ultimatum voué à l'échec. Ils ont abandonné les discussions sans l'accord promis, et ont plutôt choisi de faire accepter, individuellement, des ententes bilatérales aux provinces et territoires. Passant outre aux désaccords véhéments de ses homologues provinciaux et territoriaux, le gouvernement Trudeau a réussi, pour le moment, à obtenir la signature des premiers ministres sur les ententes bilatérales.¹ Toutefois, la formule de financement n'étant même pas suffisante pour maintenir les services actuels, la question d'un nouvel accord sur la santé va inévitablement resurgir. L'approche du gouvernement fédéral a été applaudie dans certaines sphères et considérée comme une victoire en matière de *realpolitik* mais, en fait, l'échec des négociations, et l'insuffisance des ententes bilatérales contribuent à créer de sérieux problèmes à long terme pour la population canadienne et les gouvernements. Or, ces problèmes ne disparaîtront pas par magie.

¹ Les provinces et les territoires ont signé, individuellement, les ententes, et le Manitoba a été la dernière province à signer à la fin août 2017.

Concernées par l'écart entre les niveaux de financement nécessaires et les propositions du gouvernement fédéral, la majorité des provinces se sont opposé fortement aux ententes bilatérales. Elles sont en bonne compagnie. À répétition, les sondages indiquent que la population canadienne appuie le régime public d'assurance-maladie et le considère comme un objet de fierté nationale et une priorité sur le plan politique. La population ne subit pas l'attrait de la limitation des coûts. En fait, un financement accru des soins de santé est au sommet de la liste des priorités au pays, et une vaste majorité de personnes veulent que le gouvernement fédéral augmente les services de santé ainsi que le financement des soins de santé, et non pas le contraire.²

Les arguments en faveur d'un nouvel accord sur la santé sont aussi mis de l'avant lors des campagnes publiques de défense des droits menées, dans tout le pays, dans le but de mettre fin à la privatisation et aux frais d'utilisation facturés aux patients. Dans au moins six provinces, les patients doivent payer pour une gamme de plus en plus grande de services car des cliniques privées ont vu le jour et offrent des services préalablement offerts dans les hôpitaux sans but lucratif.³ Les frais supplémentaires, souvent facturés aux patients âgés par les cliniques privées, représentent des centaines et même des milliers de dollars. La surfacturation est une violation des lois canadiennes sur l'assurance-maladie, et devrait faire l'objet de pénalités financières imposées aux provinces concernées. Or, en raison de l'inaction du gouvernement fédéral, et de la complicité des gouvernements provinciaux, des centaines de milliers de patients ont intenté des poursuites en justice en Colombie-Britannique et au Québec.⁴ Une tentative du gouvernement provincial de l'Ontario de ne plus offrir, de façon systématique, des services de diagnostic et de chirurgie dans les hôpitaux publics, et d'augmenter le nombre de cliniques privées, a été déjouée par un référendum populaire dans le cadre duquel près de 80 000 personnes ont voté contre la privatisation.⁵ En fait, partout au pays, de plus en plus de campagnes organisées par des défenseurs des soins publics font voix commune pour demander à nos gouvernements de mettre fin à la privatisation et de mettre en application les lois sur le régime public d'assurance-maladie, lois qui protègent les patients, et qui augmentent la capacité de répondre aux besoins de la population.

Peu médiatisés à l'échelle du pays, l'approche financière du gouvernement fédéral, ainsi que le processus utilisé pour la mettre en œuvre, ne sont pas au diapason des valeurs, des priorités, des attentes et des besoins de la population canadienne en matière de soins de santé. L'écart n'est pas imaginaire. Dans ce rapport la Coalition canadienne de la santé a calculé le manque à gagner. Relativement au financement seulement, les ententes bilatérales représentent 31 milliards \$ de moins que ce que les meilleures données indiquent par rapport à ce dont nous avons besoin. Aucun plan n'est prévu pour réduire cet écart. Par conséquent, au cours des 10 prochaines années, les provinces devront composer avec 3 milliards \$ de moins par année, en moyenne, par rapport à ce dont elles ont besoin pour dispenser des soins de santé à la population canadienne. De plus, les provinces affichant certains des problèmes les plus flagrants en matière de sous-capacité au sein de leur système seront aux prises avec de plus importants manques à gagner.

² Galloway, Gloria, « Canadians differ from Trump view of public health care: poll shows », *Globe and Mail*, 14 novembre 2016; Russell, Andrew, « What are top priorities for Canadians ahead of the federal budget? », *Global News*, 21 mars 2016, et *The Canadian Press*, « Canadians are most proud of universal medicare », *CTV News*, 21 novembre 2012.

³ Mehra, Natalie, *Private Clinics and the Threat to Public Medicare in Canada: Results of Surveys with Private Clinics and Patients*, Ontario Health Coalition, 10 juin 2017, page 5.

⁴ *Idem*, pages 19, 20.

⁵ Ontario Health Coalition, « *More than 80,000 Ontarians Vote to Stop Wynne Government Plan to Cut Local Community Hospitals and Contract Out Care to Private Clinics: Health Care Advocates Call On the Premier and New Health Minister to Stop the Privatization Plan* », communiqué de presse, 17 juillet 2014. Le gouvernement de l'Ontario a abandonné ce plan.

Nous avons aussi évalué les autres coûts et conséquences de l'échec des négociations d'un nouvel accord sur la santé, ainsi que le processus d'élaboration des ententes bilatérales. La participation réduite du gouvernement fédéral au financement des soins de santé augmente non seulement la pression exercée sur les provinces pour qu'elles éliminent des services publics de soins de santé nécessaires,⁶ mais limite aussi l'autorité du gouvernement fédéral quand vient le temps de protéger et d'améliorer le régime public d'assurance maladie.⁷ En retour d'une entente attrayante, le gouvernement fédéral n'a pas pris le temps d'établir, avec les provinces, des mesures concrètes pour améliorer les soins de santé, comme s'y attendrait la population canadienne. La ministre fédérale de la Santé a plutôt choisi d'ignorer, tout au long de ces négociations superficielles, les problèmes de sous-capacité au sein des hôpitaux publics. Le soi-disant « ciblage » dans les ententes bilatérales ne signifie rien du tout sur le plan pratique : c'est de l'ordre des relations publiques et sans substance. De plus, les ententes bilatérales risquent d'envenimer les inégalités au pays et menacent la transférabilité du régime public d'assurance-maladie. Finalement, il faut aussi mentionner le « coût d'option » de l'approche du gouvernement Trudeau. Pour le moment, la population canadienne a perdu l'occasion de progresser vers un système public de soins de santé plus complet et contemporain grâce à des plans concrets permettant de couvrir des secteurs importants, notamment les médicaments sur ordonnance et les soins aux aînés.

Nous avons besoin d'une nouvelle approche en matière de politique nationale de la santé. Un accord sur la santé offre, aux gouvernements, l'occasion de collaborer pour établir les priorités et les jalons nationaux pour progresser. Or, l'accord sur la santé est plutôt devenu une fin en soi, et sa concrétisation a été motivée par des messages relevant des relations publiques et non pas par la substance. Le gouvernement fédéral n'a pas forgé de consensus autour d'une vision accompagnée d'objectifs clairs, et il n'a pas établi de cibles d'amélioration. Le régime universel d'assurance-maladie du Canada exige l'engagement de tous les ordres de gouvernement dans la planification intelligente des soins de santé destinés à sa population. Cela ne s'est pas produit. Une fois élaborés, les plans doivent s'accompagner de ressources adéquates pour répondre aux besoins projetés en matière de soins de santé. La sous-capacité alimente la privatisation et engendre des difficultés pour la population canadienne qui ne peut pas attendre encore des années avant que l'échec de l'accord sur la santé ne devienne un enjeu trop controversé pour être ignoré. Le gouvernement fédéral doit tenir compte des préoccupations légitimes des provinces au sujet des coûts réels dans le secteur de la santé, et de la gravité des problèmes de sous-capacité dans les hôpitaux publics. Il doit aussi favoriser un meilleur continuum de soins. Les provinces doivent accepter leur responsabilité lorsque vient le temps de dépenser des dollars dans le secteur de la santé afin d'améliorer les soins; elles doivent établir des objectifs clairs et s'engager à les atteindre. Les deux ordres de gouvernement doivent se réengager à faire respecter les principes d'équité et de compassion sous-jacents à notre système public de soins de santé.

Conclure un nouvel accord sur la santé n'est pas un processus facile mais les tensions qui ont entouré les négociations 2016-2017 ont soulevé des questions importantes par rapport aux politiques budgétaires, aux besoins de la population, et à la reddition de compte. Or, ces questions ne peuvent tout simplement pas être ignorées. Il y a des façons de faire converger ces intérêts mais elles exigent de vraies négociations. Avec l'engagement à trouver des solutions, un accord sur la santé pourrait unir le pays : restaurer la confiance, favoriser le réengagement par rapport aux valeurs que nous partageons, encourager l'augmentation des pratiques exemplaires, et établir des

⁶ Cameron S, Lao H., Matier, C et Shaw, T., *Rapport sur la viabilité financière de 2015*. Bureau du directeur parlementaire du budget, pages 1,14,

⁷ Romanow, Roy, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002: page 73.

priorités et des normes nationales. Qu'importe leur lieu de résidence, les personnes du Canada devraient avoir accès à des soins de santé publics de grande qualité, fondés sur les principes d'équité et de compassion qui sont au cœur de notre système de soins de santé. L'échec des négociations 2016-2017 de l'accord de la santé est un échec pour la population canadienne. Il est urgent de redresser la situation si nous voulons assurer, à toutes les personnes du Canada, l'égalité d'accès aux soins nécessaires.

Un manque à gagner de 31 milliards \$: analyse des ententes bilatérales

Dans ce rapport, nous avons évalué – sur le plan budgétaire et des politiques de la santé – les coûts et les conséquences de l'échec des négociations 2016-2017 de l'accord sur la santé. En se basant sur les documents publics, la Coalition canadienne de la santé a analysé chacune des ententes bilatérales négociées dans les derniers mois. Nous avons calculé le déficit entre le niveau de financement nécessaire pour maintenir les programmes et les services actuels, et les ententes de financement du gouvernement Trudeau, et nous avons présenté les résultats pour chaque province. Le résultat, au cours de la période de 10 ans des ententes, est un manque à gagner de 31 milliards \$ dans tout le pays. L'écart varie de 3,4 à 13,6 milliards \$ pour les provinces les plus touchées. Dans chaque cas, les sommes manquantes représentent une quantité mesurable de services perdus. En définitive, les ententes bilatérales ne contiennent pas de fonds suffisants pour répondre aux besoins de la population et n'offrent aucune réponse à savoir comment le système canadien de soins de santé va composer avec ce financement insuffisant. Malgré tous les messages pré-électoraux, l'approche budgétaire du gouvernement Trudeau varie très peu du repli du gouvernement Harper, et elle ne se base ni sur les principes du régime public d'assurance-maladie, ni sur une vision d'un rôle renouvelé du gouvernement fédéral, ni sur les données budgétaires.

Au début de décembre 2016, après des négociations improvisées et à peine quelques heures de réunion, en personne, le gouvernement fédéral a présenté une proposition « à prendre ou à laisser », assortie d'une formule de financement qui, en fait, était moindre que celle présentée par le gouvernement Harper.⁸ Il n'est pas étonnant que ce plan ait été rejeté, à l'unanimité, par les provinces. Le gouvernement Trudeau a alors abandonné la négociation d'un accord national sur la santé et commencé à faire signer, sur une base individuelle, des ententes bilatérales avec les provinces et les territoires, d'abord avec les gouvernements des provinces de l'Atlantique. Par le passé, les ententes intergouvernementales ont demandé des journées de négociations intenses. Les anecdotes entourant l'Accord de 2004 sur la santé parlent de livraison de pizzas à 3 heures du matin et de séances exténuantes se prolongeant toute la nuit. Les négociations de 2016-2017, au contraire, étaient superficielles et rapidement abandonnées. Pendant tout le processus, Jane Philpott, alors ministre fédérale de la Santé, n'a jamais mis de l'avant de normes ou de mesures

⁸ L'offre du gouvernement fédéral était de 3,5 pour cent par année pour 10 ans, et environ 0,2 pour cent supplémentaire pour un financement soi-disant ciblé. Cela se compare au plan mis de l'avant par le gouvernement Harper, notamment le PIB nominal par année (actuellement à 4 pour cent) ou 3 pour cent, soit le plus élevé des deux, pendant 10 ans.

claires et impérieuses permettant de régler les problèmes de sous-capacité ou d'améliorer l'accès aux soins. L'échec des négociations 2016-2017 de l'accord sur la santé, à la fois sur le plan du processus et des politiques, place clairement le gouvernement Trudeau du côté du repli et d'un moindre rôle dans le secteur de la santé, et cela malgré ses promesses à la population canadienne et ses positions pendant la période pré-électorale. Même si leur propre dossier sur les investissements en santé est, souvent, loin d'être exemplaire, la proposition des provinces par rapport à ce qui est nécessaire pour maintenir les services actuels est appuyée par les meilleures données disponibles.

En fait, lors de la réunion de décembre 2016 des ministres des Finances fédéral, territoriaux et provinciaux, les provinces et les territoires ont revendiqué un facteur de progression de 5,2 pour cent du Transfert canadien en matière de santé (TCS). La plupart des provinces et des territoires n'ont pas tardé à manifester leur opposition aux ententes bilatérales et ont exprimé leurs inquiétudes par rapport à l'insuffisance des transferts fédéraux, notamment la proposition d'établir le financement en fonction du produit intérieur brut (PIB) ou un pourcentage uniforme de 3,5 pour cent. Le 3 janvier 2017, dix des treize provinces et territoires ont signé une lettre conjointe demandant au gouvernement fédéral de retourner à la table de négociation et revendiquant un facteur de progression de 5,2 pour cent.⁹

Après que le gouvernement Trudeau ait quitté la table de négociation, cinq provinces et territoires ont signé des ententes bilatérales entre décembre 2016 et janvier 2017. Ces ententes sont assorties d'une formule de financement selon laquelle les transferts fédéraux vont augmenter selon le PIB nominal, ou 3 pour cent, soit le plus élevé des deux, et comprennent aussi un financement « ciblé » supplémentaire pour la santé mentale et les soins à domicile. Par conséquent, la formule de financement du gouvernement Trudeau représente un plancher de 3 pour cent d'augmentation par année, fluctuant selon le taux de croissance économique. Malgré toute la rhétorique entourant le « changement transformateur », il faut souligner que les soi-disant fonds ciblés pour la santé mentale et les soins à domicile ne représentent pas un ajout significatif à l'enveloppe totale de financement. Si nous replaçons les choses dans leur contexte, ces fonds ciblés représentent seulement 2 pour cent du facteur de progression du TCS. Ainsi, si le facteur de progression du TCS est de 3,5 pour cent, les fonds ciblés représentent alors seulement 2 pour cent de ce 3,5 pour cent sur une période de 10 ans, ou 0,07 pour cent de l'ensemble des transferts fédéraux en santé. Ils ajoutent moins d'un dixième d'un pour cent au financement des soins de santé alloué aux provinces. De plus, ces fonds sont concentrés en fin de période, et la majorité de ces soi-disant fonds ciblés seront versés dans la deuxième partie de la décennie, après la prochaine élection fédérale.¹⁰ Contrairement aux négociations antérieures, le texte complet des ententes bilatérales n'a jamais été rendu public.

Loin d'être suffisant pour répondre aux besoins de la population en matière de soins, un tel financement est dénoncé par les plus grosses provinces. En fait, cinq provinces, représentant 90 pour cent de la population du pays, ont refusé l'offre pendant plusieurs mois. Or, après que la Colombie-Britannique ait accepté, à contrecœur, en février 2017, les trois autres plus grandes

⁹ « 10 of 13 provinces call for renewed health talks », *CBC News*, 3 janvier 2017.

¹⁰ Les calculs des auteurs sont basés sur les données tirées de : Institut des finances publiques et de la démocratie, *CHT Conundrum: Ontario Case Study*, février 2017 page 7. Tel qu'annoncé, les ententes bilatérales comprennent des fonds ciblés pour les soins à domicile et les services de santé mentale seulement. Selon le tableau de l'IFPD, le total de ces deux fonds ciblés est de 10 milliards \$ sur 10 ans. Le facteur de progression total pour le TCS, évalué à 3,5 pour cent, est de 473,8 milliards \$. Par conséquent, les fonds ciblés représentent seulement 2,1 pour cent du facteur de progression de 3,5 pour cent pour le TCS. Si on fait le calcul, 2,1 pour cent de 3,5 pour cent est égal à 0,07 pour cent du TCS total.

provinces signent des ententes bilatérales avant la présentation du budget fédéral. Le Manitoba est la dernière province à signer, à la fin août.

Trois organisations indépendantes et très crédibles, notamment le Bureau du directeur parlementaire du budget, le Conference Board du Canada et le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, avaient déjà publié des analyses indiquant que pour maintenir la gamme actuelle de services de soins de santé pour les 10 prochaines années, le facteur de progression du TCS devait être d'environ 5,2 pour cent, chiffre basé sur une projection de plus ou moins 2+ pour cent d'augmentation afin de répondre aux besoins liés à la croissance économique et au vieillissement de la population, et un autre 3 pour cent pour répondre aux besoins générés par l'inflation, la hausse des revenus et l'enrichissement.¹¹ Le facteur de progression de 5,2 pour cent fait l'objet d'un large consensus : il est fondé sur les meilleures données disponibles, et reçoit l'appui des provinces et des territoires, d'une variété d'organisations nationales et infranationales, et des coalitions de la santé du Canada.

Par ailleurs, le plancher de 3 pour cent adopté par le gouvernement Trudeau ne se base sur aucune évaluation, accessible au public, des besoins de la population. Il semble plutôt basé sur l'approche antérieure du gouvernement Harper qui a toujours été idéologiquement en désaccord avec les valeurs fondamentales et les objectifs du système public de soins de santé. En adoptant la politique du gouvernement Harper, le gouvernement Trudeau abandonne le principe fondamental selon lequel les soins de santé au Canada doivent être dispensés en fonction du besoin, et privilégie plutôt un financement (et, par conséquent, la capacité du système de soins de santé) lié à la croissance du PIB. La dure réalité de cette approche est que, lors de ralentissements de l'économie, le financement des soins de santé va diminuer, qu'importent les besoins de la population.

En se basant sur les informations accessibles au public, nous avons déterminé ce qui a été négocié dans les ententes bilatérales entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires (voir Graphique 1). En se basant sur une croissance projetée de 4 pour cent du PIB nominal,¹² nous avons calculé, pour chaque province, le déficit entre le niveau de financement nécessaire pour maintenir les services actuels et le financement négocié. Nous avons aussi calculé le manque à gagner par rapport aux services perdus. Le manque à gagner total pour l'ensemble du Canada est de 31 milliards \$. L'Ontario est la province la plus touchée (13,5 milliards \$), viennent ensuite le Québec (4,7 milliards \$), la Colombie-Britannique (4,13 milliards \$), et l'Alberta (3,43 milliards \$). (Voir Graphique 2). Finalement les ententes bilatérales mises de l'avant par le gouvernement Trudeau varient très légèrement du programme présenté par le gouvernement Harper. En pourcentage, on parle d'un ajout d'environ 0,07 pour cent échelonné sur une durée de 10 ans.¹³

¹¹ Beckman, K., Fields, D., and Stewart, M., « *A Difficult Road Ahead: Canada's economic and fiscal prospects* », Le Conference Board du Canada, 2014; Bartlett, R., Cameron S, Lao H., and Matier, C., *Rapport sur la viabilité financière de 2012*, Bureau du directeur parlementaire du budget, 2012; Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, *Perspectives financières et économiques*, printemps 2016, page 39.

¹² Voir Annexe 1.

¹³ Institut des finances publiques et de la démocratie, *CHT Conundrum: Ontario Case Study*, février 2017, page 7. (en anglais seulement) Voir les calculs à la référence 10.

**Graphique 1. Comparaison des programmes de financement :
Transfert canadien en matière de santé (TCS) et financement supplémentaire en santé, Accord de 2004 sur la santé, ententes bilatérales 2017, et
sommes nécessaires pour maintenir les services actuels**

	Accord de 2004 sur la santé	Programme du gouvernement Harper (2011)	Ultimatum du gouvernement Trudeau (Décembre 2016)	Ententes bilatérales du gouvernement Trudeau (Hiver 2016 - 2017)	Nécessaire pour maintenir les services actuels
Facteur de progression du TCS	Augmentation annuelle de 6 % pendant 10 ans.	Augmentation annuelle : croissance PIB nominal (estimée à 3,5 à 4 %) pendant 10 ans, et un plancher de 3 %.	Augmentation annuelle : 3,5 % pendant 10 ans qu'importe la croissance.	Augmentation annuelle : taux de croissance du PIB nominal (estimé à 3,5 à 4 %) pendant 10 ans, avec un plancher de 3 % .	Augmentation de 5,2 % par année du TCS pendant 10 ans.
Fonds supplémentaires pour les priorités nationales	4,5 milliards \$ pour réduction des temps d'attente (traitement du cancer, soins cardiaques, cataractes, arthroplasties hanche et genou, tests d'IRM et tomographie par ordinateur) 16 milliards \$ pour soins primaires, soins à domicile et couverture des médicaments.	Aucun.	11,5 milliards \$ sur 10 ans pour santé mentale, soins à domicile, innovation en matière de médicaments prescrits. Cela représente 2,4 % sur 10 ans en plus du facteur de progression de base de 3,5 %. ¹⁴	Environ 11,5 milliards \$ pour soins à domicile et santé mentale pendant 10 ans, divisé comme suit : Nouveau-Brunswick : 229,4 millions \$ Nouvelle-Écosse : 287,8 millions \$ T.-N. et Labrador : 160 millions \$ Saskatchewan : 348,8 millions \$ ¹⁵ Alberta : 1,3 milliards \$ Î.-P.-É. : 45,1 millions \$ Colombie-Britannique : 1,4 milliard \$ plus 10 millions \$ pour la crise de opioïdes Ontario : 4,2 milliards \$ Québec : 2,5 milliards \$ ¹⁶ Territoires : 36,1 millions \$ Manitoba : 1,1 milliard \$	Plus : des sommes supplémentaires seraient nécessaires pour élaborer de nouveaux programmes ou améliorer les programmes.

¹⁴ La somme de 10 milliards \$, répartie sur 10 ans, pour financer les services de santé mentale et les soins à domicile est divisée entre 13 provinces et territoires. Au cours de cette période de 10 ans, cette somme est aussi établie de sorte que la majorité du financement est alloué au cours des dernières années. L'IFPD écrit « *En résumé, alors que les fonds fédéraux additionnels alloués aux soins à domicile et en santé mentale fourniront un soutien modeste aux dépenses publiques provinciales, cet accord ne sera ni suffisant ni transformateur pour aider les provinces à répondre aux besoins grandissants en matière de santé de leurs citoyens. De plus, étant donné que la plupart des fonds additionnels promis par le gouvernement fédéral sont budgétés vers la fin du cadre financier quinquennal, la préoccupation que toute réforme du système de santé canadien ait été largement repoussée au-delà de l'élection de 2019 émerge.* » Institut des finances publiques et de la démocratie, *Dynamique passée, présente et future. Les coûts des soins de santé au Québec*, printemps 2017, page 3.

¹⁵ Le gouvernement de la Saskatchewan allègue que le gouvernement fédéral lui a permis de continuer à violer la *Loi canadienne sur la santé* pendant un an et de continuer à facturer les patients pour les tests d'imagerie diagnostique. Wherry, Aaron et Susan Lunn « Saskatchewan and federal government reach deal on health care », *CBC News* 17 janvier 2017.

¹⁶ Il sera encore du ressort du Québec de déterminer comment ces fonds seront utilisés, prolongeant ainsi un principe consenti en 2004 entre la province et le gouvernement fédéral.

**Graphique 1. Comparaison des programmes de financement :
Transfert canadien en matière de santé (TCS) et financement supplémentaire en santé, Accord de 2004 sur la santé, ententes bilatérales 2017, et
sommes nécessaires pour maintenir les services actuels (suite)**

	Accord de 2004 sur la santé	Programme du gouvernement Harper (2011)	Ultimatum du gouvernement Trudeau (Décembre 2016)	Ententes bilatérales du gouvernement Trudeau (Hiver 2016 – 2017)	Nécessaire pour maintenir les services actuels
Total	6 % par année pendant 10 ans + 21,5 milliards \$ répartis sur 10 ans.	Estimé à 4 % par année pendant 10 ans.	3,5 % par année pendant 10 ans + 11,5 milliards \$ en « fonds ciblés » répartis sur 10 ans pour un total de 0.07 %. ¹⁷	Estimé à 4 % par année pendant 10 ans plus moins que 1/10 de 1 % en fonds ciblés répartis sur 10 ans. ¹⁸	5,2 % par année pendant 10 ans et autres sommes non déterminées pour tout nouveau programme ou amélioration de programmes.

¹⁷ Remarque : le 2,4 pour cent supplémentaire est concentré en fin de période et non alloué également au cours des années.

¹⁸ Idem.

Ententes bilatérales : manque à gagner par province

La Coalition canadienne de la santé a évalué les répercussions financières des ententes bilatérales pour chaque province. Les totaux, indiqués ci-dessous au Graphique 2, illustrent la différence entre le TCS lié au PIB dont le taux de croissance est estimé à 4 pour cent¹⁹ au cours des 10 prochaines années, et les meilleures données disponibles relativement au 5,2 pour cent nécessaire pour continuer à dispenser les services de santé actuels. Chaque entente bilatérale est assortie d'une clause « moi aussi ». Les provinces de l'Atlantique ont signé en espérant que les plus grosses provinces pourraient négocier de meilleures ententes financières mais, avec la signature finale du Manitoba à l'été 2017, ces espoirs ont été anéantis.²⁰

Graphique 2. Ententes bilatérales Financement du Transfert canadien en matière de santé Manque à gagner, par province	
Alberta	3,43 milliards \$
Colombie-Britannique	4,13 milliards \$
Manitoba	1,1 milliard \$
Nouveau-Brunswick	830 millions \$
Terre-Neuve et-Labrador	580 millions \$
Nouvelle-Écosse	993 millions \$
Ontario	13,56 milliards \$
Île-du-Prince-Édouard	156 millions \$
Québec	7,2 milliards \$ – 2,5 milliards \$ = 4,7 milliards \$ ²¹
Saskatchewan	1,1 milliards \$
Total Canada	31 milliards \$

Les provinces qui ont signé les ententes bilatérales du gouvernement Trudeau ont consenti au stratégie proposé par le gouvernement Harper en 2011 relativement au TCS : un TCS lié à la croissance du PIB nominal avec un plancher de 3 pour cent. Pour les provinces, cette entente était un peu mieux que le taux fixe de 3,5 pour cent proposé dans l'ultimatum donné par le gouvernement Trudeau en décembre 2016, et en présumant que la croissance du PIB dépassera 3,5 pour cent. En sus du facteur de progression du TCS, les provinces et les territoires recevront des

¹⁹ Le taux de croissance du PIB nominal, estimé à 4 pour cent, se base sur le taux de croissance des 20 dernières années. Voir Annexe 1 pour le calcul.

²⁰ Benzie, Robert, Campion-Smith, Bruce, « Ontario welcomes new 10-year health accord with Ottawa », *Toronto Star*, 10 mars 2017.

²¹ La somme supplémentaire de 2,5 milliards \$, répartie sur 10 ans, pour le Québec n'est pas destinée précisément aux soins à domicile, à la santé mentale et aux innovations pharmaceutiques comme c'est le cas pour les autres provinces. Cet argent peut être utilisé, comme le TCS, aux fins déterminées par la province. Par conséquent, nous avons déduit cette somme du manque à gagner.

fonds pour la santé mentale et les soins à domicile représentant un 0,07 pour cent supplémentaire sur 10 ans.²² Certaines provinces et certains territoires ont signé à la suite d'autres mesures incitatives : la Colombie-Britannique et l'Alberta recevront des sommes pour la crise des opioïdes, le Manitoba recevra une somme unique de 5 millions \$ pour les maladies du rein et la crise des opioïdes,²³ et Brad Wall, premier ministre de la Saskatchewan, a révélé aux médias avoir un sursis d'un an par rapport à la *Loi canadienne sur la santé*,²⁴ ce qui a été nié par Jane Phillipot, alors ministre fédérale de la Santé. Or, aucun texte n'a été mis à la disposition du public pour vérifier les dires de chaque partie.²⁵

Commentaires de ministres de la Santé sur les ententes bilatérales²⁶

« Les Québécois comprennent très bien ce qui se cache derrière ces calculs. Ils comprennent qu'il s'agit d'une ruse et que ces ententes signifient moins de soins. » [Traduction] Gaétan Barrette, ministre de la santé du Québec.

« Selon les estimations de l'Ontario, nous allons dépenser 29 milliards \$ au cours des cinq prochaines années seulement en service de santé mentale et en soins à domicile. Le gouvernement fédéral a offert de fournir plus ou moins 7 % de cette somme, soit 1,9 milliards \$. C'est tout simplement non viable et c'est pourquoi les premiers ministres provinciaux ont demandé une rencontre avec le premier ministre Trudeau tôt au début de la nouvelle année. » [Traduction] Eric Hoskins, ministre de la Santé de l'Ontario.

« Ces ententes représentent d'énormes réductions du financement fédéral en santé et cela aura des répercussions sur les services de santé mentale, les soins à domicile et les soins hospitaliers, et chaque personne au Canada sera affectée. » [Traduction] Kelvin Goertzen, ministre de la Santé du Manitoba.

Les tableaux qui suivent illustrent les répercussions financières des ententes bilatérales.²⁷ Le rapport ne comprend pas les calculs pour les territoires en raison des différentes structures de financement utilisées.

²² IFPD, *CHT Conundrum: Ontario Case Study* février 2017, page 7 (en anglais seulement).

²³ « A healthy deal for Manitoba? », *CBC News*, 12 septembre 2017.

²⁴ « Feds give Sask. 1 year to make case for private MRIs », *CBC News*, 18 janvier 2017.

²⁵ Fraser, DC, « Feds holding the line on 2-for-1 MRI scans », *Saskatoon Star Phoenix*, 19 janvier 2017.

²⁶ « Nova Scotia, Newfoundland and Labrador make deals with federal government on health », *CBC News*, 23 décembre 2016.

²⁷ Voir Annexe II pour les sources et les calculs pour ce que la différence peut payer en soins de santé pour chaque province.

Calcul du TCS – Colombie-Britannique 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	4 723	4 723	4 723
2017-2018	4 912	4 969	5 006
2018-2019	5 108	5 227	5 306
2019-2020	5 312	5 499	5 624
2020-2021	5 524	5 785	5 961
2021-2022	5 745	6 086	6 326
2022-2023	5 975	6 402	6 706
2023-2024	6 214	6 735	7 108
2024-2025	6 463	7 085	7 535
2025-2026	6 722	7 453	7 981
2026-2027	6 991	7 841	8 451
Total (millions)	63 677	67 805	70 727
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 4 128 000 000 \$			

Qu'est-ce que 4,13 milliards \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé en Colombie-Britannique?

1 514 médecins pendant 10 ans.
300 757 arthroplasties hanche et genou.
13 409 090 tests d'IRM.

Calcul du TCS – Alberta 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de de progression 6 %
2016-2017	4 226	4 226	4 226
2017-2018	4 376	4 446	4 480
2018-2019	4 551	4 677	4 749
2019-2020	4 733	4 920	5 034
2020-2021	4 922	5 176	5 336
2021-2022	5 189	5 445	5 656
2022-2023	5 397	5 728	5 995
2023-2024	5 613	6 025	6 355
2024-2025	5 838	6 338	6 736
2025-2026	6 072	6 668	7 140
2026-2027	6 315	7 015	7 568
Total (millions)	57 232	60 664	63 275
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 3 432 000 000 \$			

Qu'est-ce que 3,43 milliards \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé en Alberta?

937 médecins pendant 10 ans.
204 288 arthroplasties hanche et genou.

Calcul du TCS – Saskatchewan 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	1 143	1 143	1 143
2017-2018	1 182	1 202	1 212
2018-2019	1 229	1 265	1 285
2019-2020	1 278	1 331	1 362
2020-2021	1 329	1 400	1 444
2021-2022	1 382	1 473	1 531
2022-2023	1 437	1 550	1 623
2023-2024	1 494	1 631	1 720
2024-2025	1 554	1 716	1 823
2025-2026	1 616	1 805	1 932
2026-2027	1 681	1 899	2 048
Total (millions)	15 325	16 415	17 123
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 1 090 000 000 \$			

Qu'est-ce que 1,1 milliard \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé en Alberta?

339 médecins pendant 10 ans.

72 935 arthroplasties hanche (avec lésion).

Calcul du TCS – Manitoba 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	1 310	1 310	1 355
2017-2018	1 362	1 378	1 436
2018-2019	1 416	1 450	1 511
2019-2020	1 473	1 525	1 590
2020-2021	1 532	1 604	1 673
2021-2022	1 593	1 687	1 760
2022-2023	1 657	1 775	1 866
2023-2024	1 723	1 867	1 978
2024-2025	1 792	1 964	2 097
2025-2026	1 864	2 066	2 223
2026-2027	1 939	2 173	2 356
Total (millions)	17 661	18 799	19 845
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 1 138 000 000 \$			

Qu'est-ce que 1,1 milliard \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé au Manitoba?

362 médecins pendant 10 ans.

81 355 chirurgies hanche et genou.

Calcul du TCS – Ontario 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	13 897	13 897	13 897
2017-2018	14 331	14 620	14 731
2018-2019	14 904	15 380	15 615
2019-2020	15 500	16 180	16 552
2020-2021	16 120	17 021	17 545
2021-2022	16 765	17 906	18 598
2022-2023	17 436	18 837	19 714
2023-2024	18 133	19 817	20 896
2024-2025	18 858	20 847	22 150
2025-2026	19 612	21 931	23 479
2026-2027	20 396	23 071	24 888
Total (millions)	185 952	199 507	208 065
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 13 555 000 000 \$			

Qu'est-ce que 13,56 milliards \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé en Ontario?

3 988 médecins pendant 10 ans.
1 133 874 arthroplasties hanche et genou.
45 200 000 tests d'IRM.

Calcul du TCS – Québec 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	8 278	8 278	8 278
2017-2018	8 609	8 708	8 775
2018-2019	8 953	9 161	9 301
2019-2020	9 311	9 637	9 859
2020-2021	9 683	10 138	10 451
2021-2022	10 070	10 665	11 078
2022-2023	10 473	11 220	11 743
2023-2024	10 892	11 803	12 448
2024-2025	11 328	12 417	13 195
2025-2026	11 781	13 063	13 987
2026-2027	12 252	13 742	14 826
Total (millions)	111 630	118 832	123 941
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 7 202 000 000 \$			

Qu'est-ce que 7,2 milliards \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé au Québec?

2 841 médecins pendant 10 ans.
953 769 arthroplasties hanche et genou.

Calcul TCS – Nouveau-Brunswick 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	753	753	753
2017-2018	768	792	798
2018-2019	799	833	846
2019-2020	831	876	897
2020-2021	864	922	951
2021-2022	899	970	1 008
2022-2023	935	1 020	1 068
2023-2024	972	1 073	1 132
2024-2025	1 011	1 129	1 200
2025-2026	1,051	1 188	1 272
2026-2027	1,093	1 250	1 348
Total	9,976	10 806	11 273
Millions			
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 830 000 000 \$			

Qu'est-ce que 830 millions \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé au Nouveau-Brunswick?

314 médecins pendant 10 ans.
76 859 arthroplasties hanche et genou.

Calcul du TCS – Nouvelle-Écosse 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	944	944	944
2017-2018	967	993	1 001
2018-2019	1 006	1 045	1 061
2019-2020	1 046	1 099	1 125
2020-2021	1 088	1 156	1 193
2021-2022	1 132	1 216	1 265
2022-2023	1 177	1 279	1 341
2023-2024	1 224	1 346	1 421
2024-2025	1 273	1 416	1 506
2025-2026	1 324	1 490	1 596
2026-2027	1 377	1 567	1 692
Total	12 558	13 551	14 145
(millions)			
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 993 000 000 \$			

Qu'est-ce que 993 millions \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé en Nouvelle-Écosse?

396 médecins pendant 10 ans.
75 467 arthroplasties hanche et genou.

Calcul du TCS – Î.-P.-É. 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5,2 %	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	148	148	148
2017-2018	152	156	157
2018-2019	158	164	166
2019-2020	164	173	176
2020-2021	171	182	187
2021-2022	178	191	198
2022-2023	185	201	210
2023-2024	192	211	223
2024-2025	200	222	236
2025-2026	208	234	250
2026-2027	216	246	265
Total (millions)	1 972	2 128	2,216
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 156 000 000 \$			

Qu'est-ce que 156 millions \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard?

66 médecins pendant 10 ans.

4 281 arthroplasties hanche (avec lésion).

Calcul du TCS – Terre-Neuve-et-Labrador 2016/2017-2026/2027 (millions)			
Années	PIB nominal (4 %)	Ce qui est nécessaire 5.2%	Ancien facteur de progression 6 %
2016-2017	528	528	528
2017-2018	539	555	560
2018-2019	561	584	594
2019-2020	583	614	630
2020-2021	606	646	668
2021-2022	630	680	708
2022-2023	655	715	750
2023-2024	681	752	795
2024-2025	708	791	843
2025-2026	736	832	894
2026-2027	765	875	948
Total (millions)	6 992	7 572	7 918
Différence entre ce qui est nécessaire et ce qui est offert 580 000 000 \$			

Qu'est-ce que 580 millions \$, sur 10 ans, peut payer en soins de santé à Terre-Neuve-et-Labrador?

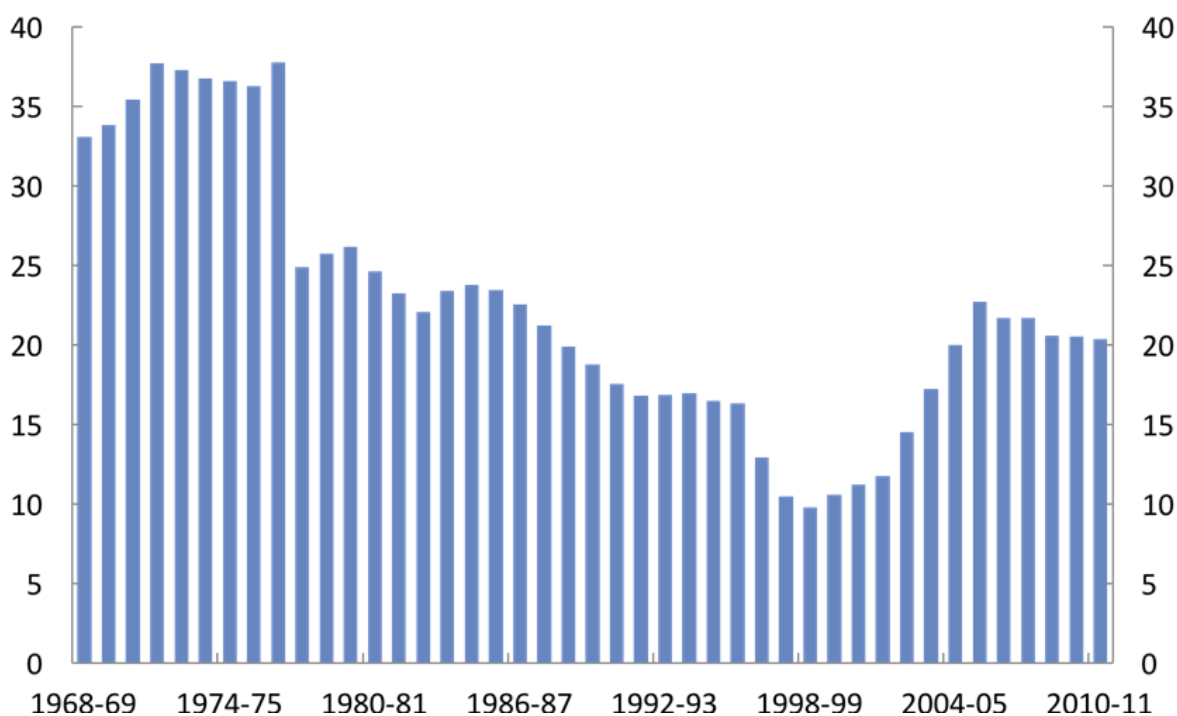
223 médecins pendant 10 ans.

42 616 arthroplasties hanche et genou.

Contributions à la baisse : analyse de l'engagement du gouvernement fédéral envers les soins de santé

Lors de la création du régime public d'assurance-maladie au Canada, le gouvernement fédéral partageait, 50-50, les coûts des services médicaux et hospitaliers avec les provinces. Il le faisait par l'intermédiaire de transferts de fonds et de transferts de points d'impôt.²⁸ Or, vers la fin des années 1990, la part du gouvernement fédéral était en chute libre. Les transferts de fonds fédéraux pour les dépenses publiques de santé admissibles en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (soins médicaux et hospitaliers) avaient chuté à moins de 15 pour cent.²⁹ Dans les décennies qui ont suivi, après une série de réunions du Conseil de la fédération – rassemblant le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux – le gouvernement fédéral a lentement repris un plus grand rôle dans le secteur de la santé. En 2017, la part du gouvernement fédéral avait augmenté à 23,3 pour cent. C'était encore loin de l'entente originelle de partage 50-50 mais cela indiquait une

Transferts fédéraux en espèce au titre de la santé et dépenses provinciales-territoriales en matière de santé (%)



Source: Bureau du Directeur parlementaire du budget *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*, janvier 2012. Avec des données provenant de : Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada (CSSSC); Finances Canada; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Bureau du directeur parlementaire du budget.

²⁸ Romanow, Roy, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, page 37.

²⁹ Idem, page 72.

restauration du rôle du gouvernement fédéral et une occasion d'ouvrir la voie à une approche nationale après des années d'accord sur la santé.³⁰

Faire pencher la balance – Réunion 2000 des premiers ministres et Communiqué sur la santé

Lorsque la contribution du gouvernement fédéral aux dépenses de santé a chuté à moins de 15 pour cent, les premiers ministres ont revendiqué une table ronde sur les soins de santé publics. Ces négociations ont donné lieu au *Communiqué sur la santé* dans lequel les gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux) réaffirment leur engagement envers les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, et souscrivent à un ensemble d'objectifs communs pour renouveler le secteur, y compris : améliorer l'accès aux soins; réformer les soins de santé primaires; accorder de l'importance aux déterminants de la santé, à la promotion et à la prévention; assurer un nombre suffisant de ressources humaines en santé; investir davantage dans les soins communautaires et à domicile; gérer les produits pharmaceutiques; et investir dans les équipements et les infrastructures. Les premiers ministres consentent à communiquer, au public, des informations sur les indicateurs de la santé, les résultats de santé, la qualité des services, mais il n'y a pas de cibles précises. Le gouvernement fédéral s'engage à augmenter le Transfert canadien en matière de santé (TCS) de 21 milliards \$, répartis sur cinq (5) ans, et à fournir des fonds supplémentaires, notamment 1 milliard \$ pour les équipements médicaux, 800 millions \$ pour réformer les soins de santé primaires, et 500 millions \$ pour la technologie de l'information (par exemple les dossiers de santé électroniques).³¹ L'entente de 2000 marque un changement sur le plan politique. Le gouvernement fédéral, dont le rôle avait rétréci, va maintenant augmenter graduellement sa part des dépenses de santé. Cette entente a aussi été précurseur de l'accord sur la santé qui a suivi.

En 2002, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par l'Honorable Roy Romanow, affirme que les provinces assument une trop grande partie des dépenses de santé, et recommande une augmentation de la part du gouvernement fédéral.³² Romanow recommande aussi d'établir le facteur de progression à l'avance, et pour des périodes de cinq ans, afin de fournir un financement stable et prévisible.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002)

RECOMMANDATION 6 :

Pour assurer un financement adéquat, le gouvernement fédéral devrait établir un nouveau Transfert canadien en matière de santé. Afin d'assurer une stabilité et une prévisibilité à long terme, il faudrait inclure dans ce Transfert un facteur de progression fixé à l'avance pour des périodes de cinq ans.

³⁰ Gouvernement du Québec *Budget 2017-18. Pour une juste part du financement fédéral en santé*, 28 mars 2017.

³¹ Communiqué – *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*, 11 septembre 2000, et Communiqué – *Nouveaux investissements fédéraux à l'appui des ententes sur la réforme de la santé et sur le développement de la petite enfance*, Ottawa, 11 sept. 2011.

³² Romanow, Roy, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002, page 73.

Accord de 2004 sur la santé : rétablir le rôle du gouvernement fédéral

L'objectif de l'Accord de 2004 sur la santé était de « régler les problèmes du secteur de la santé pour une génération ». C'était une surévaluation. Toutefois, l'Accord offre 10 années d'importants réinvestissements dans les soins de santé, un financement stable et prévisible, un facteur de progression de 6 pour cent par année, et de substantiels fonds ciblés pour les priorités nationales. L'Accord donne lieu à la création du Conseil canadien de la santé, organisation gouvernementale dont le mandat est de produire un rapport annuel sur les progrès dans l'atteinte des objectifs de l'Accord sur la santé, y compris : réduction des délais d'attente; meilleur accès aux soins à domicile; réforme des soins de santé primaires; dossiers de santé électroniques; couverture des médicaments onéreux; prévention et promotion de la santé; et santé des Autochtones. En vertu de cet Accord, les premiers ministres se réengagent à protéger les soins publics, universels de soins de santé; à établir et mettre en œuvre, avant deux ans, des normes nationales pour la couverture des soins à domicile; à faire des améliorations ciblées relativement à l'accès à des équipes de soins primaires avant sept ans; à établir, comme priorité nationale, la réduction des délais d'attente pour des interventions particulières; à élaborer une entente pour la création de normes de référence pour des services de santé ciblés; et à partager les pratiques exemplaires. Les premiers ministres consentent aussi à la création de groupes de travail chargés d'examiner le régime public d'assurance-médicaments et les soins à domicile. Pendant la décennie qui a suivi, les résultats ont varié.

Cinq interventions et tests de diagnostic sont ciblés pour la réduction des délais d'attente : imagerie diagnostique, radiothérapie, remplacement articulaire (hanche, genou), chirurgie de la cataracte, et pontages cardiaques.³³ Trois ans après la mise en œuvre de l'Accord de 2004 sur la santé, le Conseil canadien de la santé fait état des progrès :

« Il ne fait aucun doute que, des progrès ont été accomplis dans la réduction des temps d'attente pour certains services de santé dans certaines régions du Canada »,³⁴ et on observe des réductions dans au moins trois des cinq domaines prioritaires en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador.

En 2011, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie publie un rapport sur la mise en œuvre de l'Accord de 2004. Par rapport aux cibles de réduction des délais d'attente, il souligne :

« ... le comité a constaté que les gouvernements avaient, pour la plupart, respecté leurs engagements quant à l'établissement de points de repère dans quatre des cinq domaines prioritaires (cancer, cœur, remplacement d'articulations et restauration de la vue) et la publication de rapports sur les progrès. Le comité a appris que le financement ciblé avait entraîné une augmentation du nombre d'interventions chirurgicales dans les domaines prioritaires ainsi que de services d'imagerie diagnostique. Il a aussi appris que huit Canadiens sur dix étaient effectivement traités dans les délais établis. Par contre, d'une province à l'autre, il y aurait des variations

³³ Conseil canadien de la santé, *Éclaircir la question des temps d'attente. Que signifient des réductions et des garanties substantielles?* 2007, page 9 et Conseil canadien de la santé, *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*, page 12.

³⁴ Conseil canadien de la santé, *Éclaircir la question des temps d'attente. Que signifient des réductions et des garanties substantielles?*, 2007, page 15.

*considérables dans les points de repère relatifs à certains domaines prioritaires, ce qui est préoccupant.*³⁵

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fait aussi état des progrès réalisés à la suite de la crise financière de 2008 et des mesures d'austérité budgétaire imposées dans certaines provinces. Selon l'ICIS, après les progrès initiaux, on observe un ralentissement dans la réduction des délais d'attente. Selon leurs données, le nombre de chirurgies, de tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie ont augmenté significativement, et l'ICIS suggère que la demande engendrée par la population vieillissante dépasse la capacité du système.³⁶

L'accord décennal établit aussi les premières normes nationales concrètes pour la couverture des soins à domicile. Ainsi, les provinces et les territoires consentent à couvrir les soins à domicile (soins post-actifs, services de santé mentale, soins palliatifs) avant 2006, tel que recommandé par la Commission Romanow. Selon l'examen du Comité sénatorial, des progrès ont été faits pour améliorer l'accès à ces secteurs prioritaires. Toutefois, il y a eu peu de suivi de la part du gouvernement fédéral. En 2011, les cibles et les indicateurs à retenir pour mesurer les progrès dans ces secteurs faisaient toujours l'objet de désaccord, et les exigences nationales en matière de production de rapports n'avaient pas été mises en place.³⁷

D'autres cibles et objectifs n'ont pas été atteints en raison de manquements au palier fédéral ainsi qu'aux paliers provincial et territorial. Dans le cadre de l'Accord, les provinces et les territoires ont consenti à fournir accès à 50 pour cent de leur population à des équipes multidisciplinaires de soins primaires avant 2011. Toutefois, malgré les nombreuses innovations visant à réformer les soins primaires dans tout le pays,³⁸ la plupart des provinces n'ont pas atteint cette cible. Un Groupe de travail ministériel a été mis sur pied pour élaborer une stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques. Toutefois, après les progrès du début qui ont permis au Groupe de travail de forger un consensus autour de cinq priorités,³⁹ le gouvernement fédéral, sous l'autorité de Stephen Harper, a quitté la table et, par conséquent, a mis fin au Groupe de travail. Le 13 septembre 2014, les premiers ministres et les leaders des organisations nationales autochtones ont adopté le *Communiqué sur l'amélioration de la santé des populations autochtones*, dans lequel ils s'engagent à élaborer une stratégie pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones. Près d'une décennie et demie après l'élaboration du Communiqué, l'écart subsiste entre l'état de santé des peuples autochtones et celui de l'ensemble de la population du Canada.

Finalement, l'Accord de 2004 sur la santé s'est traduit en améliorations mesurables, et à restaurer une vision nationale et un certain engagement, de la part du gouvernement fédéral, envers le système de soins de santé. Le facteur de progression a permis de rétablir le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé et d'augmenter, de plus de 8 pour cent, sa contribution au financement. Les volumes de tests d'IRM et de chirurgies ciblés ont augmenté de façon significative au pays. Des progrès ont aussi été réalisés dans le secteur des soins primaires, particulièrement en Ontario, ainsi que par rapport à l'accès aux soins à domicile. Des mesures relatives aux délais

³⁵ L'Honorable Kelvin K. Ogilvie, président, L'Honorable Art Eggleton, C.P., vice-président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Un changement transformateur s'impose. Un examen de l'Accord sur la santé de 2004, mars 2012*, p. viii

³⁶ Institut canadien d'information sur la santé. *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada*, 2013.

³⁷ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Un changement transformateur s'impose. Un examen de l'Accord sur la santé de 2004, mars 2012*, page ix

³⁸ Idem, page xv

³⁹ Idem, page xix

d'attente, qui n'existaient pas avant l'Accord, ont été mises en place. D'importantes discussions intergouvernementales ont eu lieu à propos de l'assurance-médicaments et des soins à domicile. Il y a aussi des lacunes. La plus flagrante étant l'absence de progrès pour combler l'écart en matière de santé pour les peuples autochtones. Même s'il peut s'avérer très difficile de pondérer équitablement l'évaluation d'une politique aussi large et complexe, il est clair que l'Accord de 2004 sur la santé était la base à partir de laquelle on aurait pu bâtir. Or, il n'y a pas eu suffisamment de suivi. Puis, l'élection de 2006 a mené à un changement drastique.

Les années de gouvernement Harper : unilatéralisme et repli

L'élection fédérale de 2006 introduit le gouvernement de Stephen Harper ainsi que des changements drastiques dans les politiques de la santé. Le gouvernement Harper décrit, à répétition, les soins de santé comme étant de compétence provinciale et territoriale, et se désengage de tout rôle potentiel permettant d'assurer le respect des normes nationales établies dans le cadre de l'Accord de 2004.⁴⁰ Sous le gouvernement Harper, la politique de repli était très claire, et M. Harper a refusé les nombreuses invitations des premiers ministres pour parler des soins de santé.⁴¹ Il n'y a pas eu de réunion des premiers ministres pendant son mandat. Le gouvernement fédéral a refusé de reconnaître l'entente intergouvernementale dans l'Accord de 2004 relative à une stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques, et a quitté le Groupe de travail ministériel et, par conséquent, a mis fin à tout progrès.

En décembre 2011, Jim Flaherty, ministre fédéral des Finances, fait une annonce qui surprend tout le monde. Bien avant 2014, année marquant la fin de l'Accord décennal de 2004 sur la santé, il proclame unilatéralement que le facteur de progression de 6 pour cent du TCS sera remplacé, en 2017, par un facteur de progression lié au PIB et assorti d'un plancher de 3 pour cent.⁴² Le financement des soins de santé n'était plus lié aux besoins de la population mais à la croissance économique. Ainsi, lors de ralentissements économiques – qui probablement voudraient dire une augmentation et non une diminution des besoins en matière de santé – le financement des soins de santé diminuerait quoi qu'il en soit.

Les ministres des Finances provinciaux et territoriaux étaient outrés par la suggestion de lier le TCS au PIB, et par le processus utilisé pour leur dicter la nouvelle formule de financement sans avis préalable et peu de discussions.⁴³ L'année suivante, le Bureau du directeur parlementaire du budget⁴⁴ et le Conseil de la fédération ont évalué l'impact de la nouvelle formule de financement, et ont annoncé qu'en liant le TCS au PIB, les provinces étaient forcées d'accepter 36 milliards \$ de moins en transferts fédéraux pour financer leurs soins de santé sur une période de 10 ans, ainsi qu'une diminution de la part du gouvernement fédéral aux dépenses totales de santé, part qui passait de 23 pour cent à 18 pour cent.⁴⁵

⁴⁰ Ibbitson, John, « One Promise the Tories Won't Keep », *Globe and Mail*, 26 juillet 2006.

⁴¹ Payton, Laura, « Roy Romanow urges PM to meet with premiers on health care: Former Saskatchewan premiers says health-care reform will go further with federal support », *CBC*, 24 juillet 2013.

⁴² Bailey, Ian and Curry, Bill, « In a surprise move, Flaherty lays out health-spending plans til 2024 », *Globe and Mail*, 19 décembre 2011.

⁴³ Idem

⁴⁴ Bartlett, R., Cameron S, Lao H., and Matier, C, *Mise à jour des perspectives économiques et financières*, Bureau du directeur parlementaire du budget, 2012 page iv et v.

⁴⁵ Groupe de travail du Conseil de la fédération sur les transferts fédéraux, *Évaluation des impacts financiers des propositions fédérales actuelles*, juillet 2012, page 12.

L'annonce du gouvernement Harper de lier le TCS au PIB représentait leur seul plan pour les soins de santé publics. Ainsi, il n'y aurait ni nouvel accord, ni normes nationales, ni partage des pratiques exemplaires, ni occasions de parler de consolidation et d'amélioration du régime public d'assurance-maladie. En 2014, le Conseil canadien de la santé ne recevait plus de fonds et produisait son dernier rapport sur l'Accord 2004 sur la santé. Ils ont observé qu'au début de l'Accord, les délais d'attente ont diminué, puis les progrès se sont arrêtés, puis les temps d'attente ont recommencé à augmenter vers la fin de l'Accord.⁴⁶ Les provinces et les territoires avaient besoin de la participation du gouvernement fédéral pour les tâches les plus difficiles, notamment l'élaboration d'une stratégie nationale de gestion des produits pharmaceutiques, y compris un formulaire national des médicaments, des mécanismes communs pour la production de rapports, et des cibles communes pour les délais d'attente. Sans leadership de la part du gouvernement fédéral, ces stratégies et mécanismes n'ont jamais vu le jour.

Résumé 2000 à 2015 : des réinvestissements au repli

Entre 2000 et 2006, le gouvernement fédéral réinvestit de nouveau dans le secteur de la santé et commence ainsi à restaurer son rôle. La mise sur pied de la Commission Romanow amorce le processus qui a mené aux Accords de 2003 et 2004. Malgré ses détracteurs, les études confirment l'importance de l'Accord de 2004, non seulement parce qu'il marque une nouvelle ère de réengagement de la part du gouvernement fédéral mais parce qu'un consensus a aussi été forgé autour de quelques priorités claires. Des cibles concrètes sont consenties et cela démontre que les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent être persuadés à adopter des mesures de rendement concrètes. Certains progrès mesurables ont été réalisés. Même si les progrès auraient pu être beaucoup plus substantiels et qu'il y avait des lacunes importantes, cet Accord nous prouve que des négociations fédérale-provinciale-territoriale peuvent accomplir beaucoup. De plus, l'Accord de 2004 a amorcé des initiatives dont on peut encore tirer profit aujourd'hui. Avec la politique de repli du gouvernement Harper, le financement s'est poursuivi jusqu'en 2017 mais la vision nationale, le consensus, les cibles et les nouvelles initiatives ont tous été abandonnés mettant pratiquement fin à tout progrès dans le cadre d'un système national de soins de santé pour une décennie. Dans ce contexte, l'occasion ratée en raison de l'approche politique du gouvernement Trudeau lors des négociations 2016-2017 d'un nouvel accord sur la santé, devient plus claire.

Au-delà de l'argent : le coût du repli du gouvernement Trudeau par rapport aux soins de santé

Lorsqu'il a pris le pouvoir avec le mandat de faire des changements, le gouvernement Trudeau avait au moins deux choix clairs en matière de politiques, et pouvait se baser sur l'histoire pour guider son approche dans le secteur des soins de santé. Comme point de départ, il pouvait tirer parti de l'Accord de 2004 et de la voie tracée pour les réinvestissements et le réengagement. Ou, il pouvait

⁴⁶ Conseil canadien de la santé, *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*, septembre 2013.

adopter le programme de contraintes budgétaires du gouvernement Harper et les restrictions connexes. Il a choisi la deuxième option. Ayant signé des ententes bilatérales de 10 ans, le gouvernement fédéral semble espérer que l'enjeu important et controversé des soins de santé ne soit plus sur la table, du moins jusqu'après la prochaine élection. En agissant ainsi, le gouvernement Trudeau a adopté une formule de financement qui, encore une fois, signifie une contribution à la baisse de la part du gouvernement fédéral. Et, en liant le financement à la croissance économique, il rejette le principe selon lequel les soins de santé doivent être dispensés selon le besoin. Parce que le financement est insuffisant pour répondre aux besoins de la population, le gouvernement fédéral n'a pas fixé de cibles fondées sur d'excellents principes en matière de planification. Par conséquent, nous avons un ensemble d'ententes bilatérales guidées par des préoccupations d'image publique à court terme. Parce que, en partie, il ne s'est pas donné suffisamment de latitude financière pour négocier sérieusement avec les provinces, le gouvernement fédéral n'a pas défendu une vision solide par rapport aux soins de santé, et il n'a pas fixé de cibles concrètes pour améliorer les soins dispensés à la population canadienne. Avant les négociations, et pendant tout le processus, il a adopté une approche réactive et inéquitable dans sa façon de faire respecter l'interdiction, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, de frais d'utilisation facturés aux patients.

Ces échecs en matière de politiques s'accompagnent d'un coût humain. Un financement restreint et l'absence de stratégies nationales claires augmentent les inégalités au sein de la population canadienne. Malgré cela, notre système public de soins de santé dispense d'excellents soins de grande qualité à des millions de personnes à chaque année. Notre espérance de vie a augmenté de façon significative au cours de la dernière décennie et dépasse celle de la population des États-Unis.⁴⁷ Les taux d'infarctus du myocarde ont diminué et moins de personnes meurent d'une crise cardiaque à chaque année, comparativement à une ou deux décennies auparavant.⁴⁸ Les taux d'accidents vasculaires cérébraux ont diminué,⁴⁹ et les taux de survie au cancer ont augmenté.⁵⁰ Il y a beaucoup à célébrer. Mais il y a aussi d'importantes inégalités, des problèmes de sous-capacité, et des lacunes dans les services. Les compressions ciblant les hôpitaux publics ont, en fait, rationné et éliminé des services, particulièrement en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Les délais d'attente sont encore trop longs pour plusieurs interventions et tests admissibles en vertu du régime public d'assurance-maladie, et on observe une variation drastique dans la planification des capacités dans le pays. La couverture des soins à domicile est relativement complète dans les Prairies mais très rationnée en Ontario et les provinces de l'Atlantique. La couverture des soins de longue durée est aussi inégale. Certaines provinces de l'Atlantique dispensent très peu de soins de longue durée alors que les grandes provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, rationne l'accès. Les soins de santé primaires ont fait l'objet de réformes importantes, par exemple en Ontario, mais ces réformes ne font qu'être amorcées dans certaines provinces. La meilleure façon de décrire les services de santé mentale dans tout le continuum (hôpitaux, soins primaires, soins communautaires), c'est de parler d'une mosaïque de programmes, publics et privés, non pertinents et généralement assortis de long temps d'attente.

⁴⁷ Banque mondiale, septembre 2017 à :

https://www.google.ca/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:CAN:USA:AUS&hl=fr&dl=fr

⁴⁸ Statistique Canada, *Les changements survenus dans les causes de décès de 1950 à 2012*.

<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2016003-fra.htm>

⁴⁹ Statistique Canada, *Tendances dans l'évolution des taux de mortalité 2000 à 2011*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11897-fra.htm>

⁵⁰ Ellison, Larry F. and Wilkins, Kathryn, *Mise à jour sur la survie au cancer*, Statistiques Canada, septembre 2010. Voir aussi *Statistiques canadiennes sur le cancer 2016*, Gouvernement du Canada.

Nous observons non seulement l'absence de normes nationales dans les principaux secteurs de la santé mais les violations flagrantes aux lois canadiennes régissant le régime d'assurance-maladie sont ignorées. Là où elles sont mises en application, les patients ayant eu à payer des centaines ou des milliers de dollars en frais d'utilisation pour des services publics de soins de santé, ont amorcé des campagnes sans précédent de défense des droits afin d'inciter à agir. Par exemple, en novembre 2015, des médecins, des infirmières et des universitaires de prestige du Québec ont rédigé une lettre et demandé avec instance au gouvernement fédéral d'intervenir pour protéger les patients victimes des cliniques privées facturant des frais supplémentaires énormes, une pratique qu'ils qualifiaient de « très répandue ». ⁵¹ En mai 2016, le Réseau FADOQ, regroupement de personnes âgés du Québec comprenant 450 000 membres, a déposé une demande devant la Cour fédérale du Canada pour un bref de mandamus. L'objectif était de forcer le gouvernement fédéral à prendre des mesures pour mettre fin à la surfacturation des patients du Québec, une pratique interdite dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé*. Finalement, sous la pression exercée par les patients et leurs défenseurs, la ministre fédérale de la Santé a demandé au ministre de la Santé du Québec de mettre fin aux pratiques de surfacturation, et a souligné que les transferts fédéraux à la province seraient réduits si la province ne se conformait pas. ⁵² Par ailleurs, pendant les négociations de 2016, le gouvernement de la Saskatchewan a allégué, dans les médias, que leurs homologues fédéraux leur avaient donné un sursis d'un an et qu'ils pouvaient continuer d'aller à l'encontre de la *Loi canadienne sur la santé*. Une affirmation pour le moins choquante qui, si elle s'avère vraie, menace l'équité d'accès aux soins pour toute la population canadienne. ⁵³ Même si le gouvernement fédéral nie cette allégation, il n'a pas agi pour que la Saskatchewan se conforme à la loi, et cela même si le gouvernement de la province a élargi la législation pour permettre davantage de cliniques privées et, par conséquent, encouragé les frais d'utilisation facturés aux patients. Selon un sondage mené au printemps 2017 par la Coalition ontarienne de la santé, 88 cliniques dans six (6) provinces facturent des frais supplémentaires aux patients. ⁵⁴ Il semble que la *Loi canadienne sur la santé* est mise en application seulement lorsque le gouvernement Trudeau est forcé de le faire.

Le coût d'option mesure le gain potentiel perdu lorsque qu'une option est choisie plutôt qu'une autre. Le gain potentiel perdu en raison de l'échec des négociations 2016-2017 de l'accord sur la santé est impossible à mesurer mais il est très réel. Une des options délaissées signifie que la population canadienne ne verra aucun progrès résultant d'initiatives nationales visant une meilleure planification des capacités et l'établissement de cibles mesurables dans le continuum de soins. Par exemple, remettre l'accent sur le renforcement des capacités et la réduction des temps d'attente ne se produira pas. Avec un financement national moindre, et aucun plan pour combler l'écart, les provinces devront plutôt augmenter les revenus ou diminuer les dépenses de santé par des moyens quelconque. De plus, les nouveaux programmes promis depuis longtemps, dont le régime national d'assurance-médicaments et la stratégie ciblant les soins aux aînés, et pouvant

⁵¹ Brouselle, Astrid and Damien Contandriopolous et al., « Why Trudeau must save medicare in Quebec », *Toronto Star*, 5 novembre 2015.

⁵² Montpetit, Jonathan, « Jane Philpott holding Quebecers 'hostage' in spat over user fees, Gaetan Barrette says », *CBC News* 20 septembre 2016. De plus, le mois dernier, la Cour supérieure du Québec a autorisé un recours collectif contre le gouvernement provincial, les médecins et les cliniques en raison de frais d'utilisation facturés aux patients.

⁵³ Le gouvernement de la Saskatchewan a adopté une législation qui viole, de façon flagrante, la *Loi canadienne sur la santé*, et ces lois donnent le feu vert aux cliniques qui, actuellement, facturent aux patients un minimum de 900 \$ pour un test de base d'IRM médicalement nécessaire. Wherry, Aaron et Susan Lunn « Saskatchewan and federal government reach deal on health care », *CBC News* 17 janvier 2017. Le gouvernement fédéral nie avoir donné un sursis d'un an à la Saskatchewan et allègue plutôt son engagement à faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*. Voir Fraser, D.C., *Feds holding the line on 2-for-1 MRI scans*, *Saskatoon Star Phoenix*, 19 janvier 2017.

⁵⁴ Mehra, Natalie, 2017. *Private Clinics and the Threat to Public Medicare in Canada: Results of Surveys with Private Clinics and Patients*, Ontario Health Coalition, 10 juin 2017, page 5.

alléger la douleur et réduire les coûts, sont aussi au point mort, probablement pour des années. Les cibles de l'Accord de 2004 relatives à la couverture des soins à domicile qui incluaient les soins post-actifs, la santé mentale et les soins palliatifs, auraient pu être dépoussiérées, revivifiées et élargies. Or, les fonds soi-disant « ciblés » pour les soins à domicile et la santé mentale, soit 2,4 pour cent ajouté au 3 pour cent (ou selon le PIB) d'augmentation du facteur de progression du TCS, ne sont pas liés à des normes nationales définitives. De plus, des parties importantes des soins à domicile et de la santé mentale sont privatisées, et les ententes bilatérales ne prévoient rien pour que les fonds servent à renforcer les capacités dans les services publics dispensés équitablement sans but lucratif. Après que le gouvernement Harper a stoppé, pendant 10 ans, tout progrès par rapport à la stratégie nationale pharmaceutique, cette stratégie a été mise à l'écart lors des négociations 2016-2017. Un nouvel accord sur la santé aurait pu utiliser les priorités du Groupe de travail ministériel comme point de départ pour élaborer un régime national d'assurance-médicaments. Or, ce régime est complètement absent des ententes bilatérales et il n'y a aucune promesse de progrès, à aucun moment, dans un avenir rapproché.

Les ententes bilatérales du gouvernement fédéral n'apporteront aucun soulagement aux patients qui ne peuvent assumer le coût énorme des médicaments, ou à ceux couchés sur une civière dans le corridor d'un hôpital, ou à ceux qui ne peuvent pas obtenir de soins à domicile. L'échec du leadership fédéral en 2016-2017 va plutôt faire tort à l'autorité morale du gouvernement fédéral et son obligation de perpétuer le régime public d'assurance-maladie. Le gouvernement fédéral tourne le dos aux problèmes engendrés par la privatisation et la sous-capacité, et les transfère plutôt aux provinces et aux territoires qui ont moins de latitude financière pour les résoudre. Cela va, sans aucun doute, engendrer de plus grandes inégalités au pays. Cela retarde la mise en œuvre d'améliorations tellement nécessaires pour élargir la portée de l'assurance-maladie et, par conséquent, la souffrance est prolongée. Un accord sur la santé n'est pas une pilule magique. Aucun accord sur la santé ne pourrait répondre à tous les besoins liés au continuum des soins. Or, le gouvernement a raté l'occasion d'établir des normes facilitant la mise en œuvre de mesures pour augmenter les capacités et améliorer la planification afin de réduire les longs délais d'attente pour les tests et les interventions; il a reporté toute action pour la mise en œuvre, au pays, d'un régime national d'assurance-médicaments; et il n'a pas élargi, de façon concrète, la couverture des soins à domicile. Ces choix politiques vont à l'encontre des priorités et des besoins de la population canadienne.

Conclusion

Presque deux décennies se sont écoulées depuis le repli graduel du gouvernement fédéral – à la fois sur le plan financier et celui des politiques – dans le secteur de la santé. Les Accords de 2003 et 2004 avaient mis la table pour ce qui devait être des progrès continus. Les négociations 2016-2017 offraient, au gouvernement Trudeau, l'occasion de mettre fin à l'ère Harper et d'isoler cette période de repli pour la remplacer par une période de réinvestissement et de vision restaurée. Or, malgré les promesses initiales, le gouvernement fédéral a souscrit à l'approche financière du gouvernement Harper et, ainsi, a limité sa capacité de vraiment répondre au besoin de leadership national dans le secteur de la santé.

Il faut repenser les politiques. La question d'un nouvel accord sur la santé referra inévitablement surface vu l'insuffisance de la formule de financement du gouvernement fédéral, et le fait que les soins de santé sont une priorité pour la population canadienne, le garantissent. Cette fois, le gouvernement fédéral devra amorcer la discussion après avoir pris connaissance des inquiétudes légitimes de ses homologues provinciaux et territoriaux. Un leadership fédéral restauré signifie mettre l'accent sur des améliorations importantes et non pas mettre l'accent sur le court terme et les messages relevant des relations publiques. Sondages après sondages indiquent qu'un leadership progressiste en santé de la part du gouvernement fédéral recevra l'appui de la population canadienne. Il sera possible, pour le gouvernement fédéral, de motiver tous les ordres de gouvernement à collaborer dans le meilleur intérêt du public s'il prend le temps de négocier de façon sérieuse, s'il exerce un leadership prenant racine dans les principes fondamentaux d'équité et de compassion sous-jacents à notre système public de soins de santé, et s'il met l'accent sur l'augmentation des capacités pour répondre aux vrais besoins de la population canadienne en matière de santé. Il ne fait aucun doute, les besoins sont énormes. Mais les opportunités le sont aussi.

Un accord sur la santé offre l'occasion, aux gouvernements, de s'unir pour rendre notre système plus complet et équitable en élargissant les soins de santé publics afin qu'ils couvrent des secteurs importants, par exemple les médicaments sur ordonnance et les soins aux aînés. Pour y arriver, il faut un leadership fédéral et de la collaboration. Les ententes bilatérales n'ont pas été conçues pour créer et promouvoir une vision nationale équitable et pour la mettre de l'avant. Les coalitions de la santé du pays demandent aux gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et des Premières nations) de retourner à la table de négociation. Pour protéger les soins de santé publics pour tous, le gouvernement fédéral doit consentir à faire sa juste part et s'engager à défrayer les coûts véritables des soins de santé. Cela exige un facteur de progression d'au moins 5,2 pour cent. Pour consolider les soins de santé publics, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent réaffirmer leur engagement envers la *Loi canadienne sur la santé*, et le gouvernement fédéral doit la mettre en application comme il se doit. Les deux ordres de gouvernement doivent s'engager à dépenser les fonds alloués aux soins de santé publics pour les soins de santé publics, et mettre en place des normes nationales afin que les personnes du Canada aient accès à des soins de santé publics équitables, et de grande qualité, assortis de temps d'attente raisonnables. Pour consolider notre système de soins de santé, il faut partager les pratiques exemplaires et les augmenter. Pour améliorer les soins de santé publics, le gouvernement fédéral doit collaborer avec tous pour élaborer un régime national d'assurance-médicaments, une stratégie ciblant les soins aux aînés, et pour offrir davantage de services de santé mentale. Un accord sur la santé devrait représenter une occasion de protéger, consolider et améliorer notre système public de soins de santé pour tous. Cet enjeu est trop important pour l'abandonner pendant une autre décennie.

Annexe I. Augmentation du TCS

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PIB nominal	857 023	903 902	937 295	1 004 456	1 102 380	1 140 505	1 189 452	1 250 315	1 331 178	1 417 028	1 492 207
Augmentation annuelle		5,47 %	3,69 %	7,17 %	9,75 %	3,46 %	4,29 %	5,12 %	6,47 %	6,45 %	5,31 %
MM* 3 ans, 3 % min.		5,43 %	6,84 %	6,76 %	5,80 %	4,29 %	5,29 %	6,01 %	6,07 %	5,43 %	6,84 %
Moyenne 3 ans, 3 % min.		5,44 %	6,87 %	6,79 %	5,83 %	4,29 %	5,29 %	6,01 %	6,07 %	5,44 %	6,87 %

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne à long terme	Moyenne 10 ans
PIB nominal	1 573 532	1 652 923	1 567 365	1 662 130	1 769 921	1 822 808	1 897 531	1 983 117	1 986 193	2 027 544	4,40 %	3,11 %
Augmentation annuelle	5,45 %	5,05 %	-5,18 %	6,05 %	6,49 %	2,99 %	4,10 %	4,51 %	0,16 %	2,08 %	4,44 %	3,17 %
MM* 3 ans, 3 % min.	5,73 %	5,27 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %	5,16 %	4,51 %	3,86 %	3,00 %	3,00 %	4,78 %	3,95 %
Moyenne 3 ans, 3 % min.	5,73 %	5,27 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %	5,17 %	4,52 %	3,87 %	3,00 %	3,00 %	4,79 %	3,96 %

*MM = moyenne mobile

Source : Statistique Canada. Tableau 380-0064

Annexe II. Calculs

	Médecins		Arthroplastie de la hanche		Arthroplastie hanche et genou		Tests d'IRM	
	Coût par unité ⁵⁵	Unités par année	Coût par unité ⁵⁶	Unités par année	Coût par unité ⁵⁷	Unités par année	Coût par unité	Unités par année
CB	272 795 \$	1 514	--	--	13 732 \$	30 075	308 \$ ⁵⁸	1 340 909
AB	366 000 \$	937	--	--	16 790 \$	20 429	--	--
SK	324 342 \$	339	15 082 \$ ⁵⁹	7 294	--	--	--	--
MB	304 165 \$	362	--	--	13 521 \$	8,136	--	--
ON	340 019 \$	3 988	--	--	11 959 \$	113 387	300 \$ ⁶⁰	4 520 000
QC	253 539 \$	2 841	7 549 \$ ⁶¹	95 377	--	--	--	--
NB	264 299 \$	314	--	--	10 799 \$	7 686	--	--
NÉ	250 486 \$	396	--	--	13 158 \$	7 547	--	--
IPÉ	235 767 \$	66	36 439 \$ ⁶²	428	--	--	--	--
TNL	260 166 \$	223	--	--	13 610 \$	4 262	--	--

⁵⁵ Salaire moyen des médecins établi par le magazine *MacLeans* à partir des données de l'ICIS. « Average doctor salaries by province », *MacLeans*, August 22, 2013.

⁵⁶ Données de l'ICIS pour arthroplasties de la hanche. Estimateur des coûts par patient.
<https://www.cihi.ca/fr/estimateur-des-couts-par-patient> (accédé le 10 février 2017)

⁵⁷ Données de l'ICIS pour arthroplasties de la hanche et du genou. Estimateur des coûts par patient.
<https://www.cihi.ca/fr/estimateur-des-couts-par-patient> (accédé le 10 février 2017)

⁵⁸ Mehra Natalie, *Private Clinics and the Threat to Public Medicare in Canada: Results of Surveys with Private Clinics and Patients*, Ontario Health Coalition, 10 juin 2017.

⁵⁹ Arthroplastie de la hanche (avec lésion)

⁶⁰ Mehra Natalie, *Private Clinics and the Threat to Public Medicare in Canada: Results of Surveys with Private Clinics and Patients*, Ontario Health Coalition, 10 juin 2017.

⁶¹ Arthroplastie de la hanche (unilatérale)

⁶² Arthroplastie de la hanche (avec lésion)