

L'ARITHMÉTIQUE DE LA SANTÉ

Janice MacKinnon

Malgré les investissements additionnels consentis au fil des ans, la performance de notre système de santé reste à la traîne de plusieurs pays occidentaux et les coûts continuent d'augmenter plus rapidement que les revenus des gouvernements, entraînant une situation de crise qui rappelle l'impasse budgétaire des années 1990. Selon l'ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan Janice MacKinnon, des réformes s'imposent non seulement pour préserver les objectifs de l'assurance-maladie et assurer la pérennité du système mais également pour libérer les fonds nécessaires au financement adéquat d'autres missions importantes de l'État, lesquelles ont souffert de la pression exercée par la santé sur les finances publiques. On devra notamment trouver de nouvelles sources de revenus qui, pour être efficaces, devront prendre en considération la capacité de payer et l'utilisation réelle que chaque individu fait du système. Selon MacKinnon, il s'agit là d'une question d'équité intergénérationnelle et d'une condition pour demeurer compétitif dans la course aux travailleurs qualifiés que l'économie du savoir et le vieillissement de la population entraînent.

Despite additional investment over the years, the performance of our health system still lags behind those of many Western countries, and the costs continue to rise more rapidly than government revenues. The result is a crisis situation reminiscent of the budgetary deadlock of the 1990s. According to former Saskatchewan finance minister Janice MacKinnon, reform is necessary not only to preserve the objectives of medicare and ensure its survival but also to free up the funds necessary to adequately finance government's other missions, which have been squeezed as a result of the pressure of health care costs on the public purse. New sources of funding are needed, and to be effective these will have to take into consideration each individual's ability to pay as well as its actual use of the system. These changes, argue MacKinnon, are a matter of intergenerational equity. They are also a condition for Canada to remain competitive in the race to attract qualified workers in a knowledge-based economy and aging society.



Il y a une raison purement mathématique au taux d'augmentation du coût des soins de santé pour le gouvernement, tout comme il y en avait une à l'escalade inéluctable des déficits et de la dette publique dans les années 1980 et 1990. Actuellement, les coûts de l'assurance-maladie augmentent plus rapidement que les revenus de l'État, et les efforts frénétiques des gouvernements pour trouver toujours plus d'argent pour la santé les entraînent à négliger ou à sous-financer d'autres importantes priorités. À la longue, ce scénario va déboucher sur une crise et la gestion de crise — je parle en connaissance de cause — n'est pas propice à la prise de décisions.

La crise financière des années 1990 aurait pu être évitée si les gouvernements avaient voulu comprendre que la progression arithmétique d'un déficit financier est insoutenable. Les gouvernements d'aujourd'hui font

toutes sortes de simagrées pour contourner les réalités financières du système de santé, parfois secondés par des experts qui font fi des problèmes fiscaux liés aux soins de santé, tout comme cela se passait pour le déficit dans les années 1990. Faudra-t-il, avant de passer à l'action, attendre une autre crise, dans le système de santé lui-même ou dans d'autres secteurs à cause des coupures imposées pour le financer ?

Quelle est la meilleure façon de mesurer le coût du système de soins ? Si on compare le coût total des soins à la taille de l'économie (PIB), les dépenses du Canada en santé sont parmi les plus élevées au monde. Elles sont passées de 7 p. 100 du PIB en 1975 à 9,8 p. 100 du PIB en 2002 et, d'après le Conference Board, auraient atteint 10 p. 100 en 2003, ce qui revient à 3 839 \$ par année pour

chaque homme, femme et enfant au Canada.

Et les coûts relatifs au PIB ne tiennent même pas compte des coûts afférents comme les déficits et dettes qu'accumulent les hôpitaux et les conseils de santé, ou le remplacement de l'équipement désuet et la rénovation des établissements qui se sont détériorés au cours de la dernière décennie — des coûts qui impliquent, pour l'Ontario seulement, près de 10 milliards de dollars. À cela s'ajoute le fait que les revenus du gouvernement n'augmentent pas nécessairement de pair avec le PIB. Selon le Conference

Board des frais d'intérêts, on peut dire que l'Ontario y consacre 46 p. 100 de ses dépenses de programmes.

Le problème de l'augmentation des coûts liés à la santé doit aussi être considéré sous l'angle démographique. Selon l'*Étude économique de l'OCDE* de 2002-2003, « du point de vue budgétaire, le profil démographique du Canada est actuellement aussi favorable qu'il l'a été depuis une génération et plus favorable qu'il ne le sera au moins dans les cinquante prochaines années ». Les baby-boomers étant maintenant dans la quarantaine et la cinquantaine, « le

1999-2000 et 2001-2002, 59 p. 100 de toutes les nouvelles dépenses au niveau provincial ont été engagées en santé. Si la tendance continue, on prévoit qu'en 2020, les dépenses publiques en soins de santé dépasseront les autres dépenses à raison de 2:1 et que les dépenses consacrées aux autres biens et services, en chiffres absolus par habitant, seront *en deçà* des niveaux atteints avant la récession de 1990-1991. Parmi les domaines sous-financés se retrouvent les programmes sociaux, le financement des villes, l'environnement, les autoroutes et l'éducation.

Tandis que la part des dépenses en santé augmente par rapport au PIB, la part dévolue à l'éducation a diminué, de 8,1 p. 100 qu'elle était en 1970 à 5 p. 100, selon les projections, en 2010. On voit l'État se soustraire aux coûts de l'éducation et les faire passer aux étudiants

Tandis que la part des dépenses en santé augmente par rapport au PIB, la part dévolue à l'éducation a diminué, de 8,1 p. 100 qu'elle était en 1970 à 5 p. 100, selon les projections, en 2010. On voit l'État se soustraire aux coûts de l'éducation et les faire passer aux étudiants en majorant les frais de scolarité et en multipliant les prêts.

Board du Canada, la part des revenus du gouvernement par rapport au PIB serait appelée à diminuer au cours des 20 prochaines années.

La seule façon sûre de mesurer la viabilité financière du système est de comparer les coûts liés aux soins de santé avec les revenus dont disposent les gouvernements et de regarder quelle part du gâteau ceux-ci réservent aux soins de santé. Au Canada, ses coûts augmentent plus vite que le revenu de n'importe lequel des gouvernements. En Ontario, par exemple, au cours des cinq dernières années, les crédits accordés à la santé ont augmenté à la cadence d'environ 8 p. 100 par année, comparativement à 4 p. 100 environ pour les autres dépenses. Parce que les dépenses liées à la santé augmentent plus vite que les revenus du gouvernement, elles s'accaparent une part de plus en plus importante des dépenses publiques. En 1994-1995, les soins de santé représentaient environ 32 p. 100 des dépenses du gouvernement de l'Ontario, mais en 2003-2004, ils en étaient à 39 p. 100 ; si l'on fait abstrac-

tion des frais de scolarité et en multipliant les prêts. On entend de plus en plus décrire l'éducation comme un bien privé, un investissement bénéficiant avant tout à l'individu. Mais l'éducation est aussi un bien public, surtout dans l'économie du XXI^e siècle qui mise sur les connaissances et qui va exiger, pour la plupart des nouveaux emplois, une forte scolarité et une formation spécialisée. Pendant ce temps, les capacités de lecture et d'écriture sont déficientes chez plus de 40 p. 100 des adultes au Canada, environ 70 p. 100 des autochtones ne terminent pas leurs études secondaires et, alors que 6 p. 100 seulement des emplois n'exigent pas de diplôme d'études secondaires, 18 p. 100 des Canadiens ne franchiront jamais cette étape. S'il est vrai qu'une des caractéristiques fondamentales du Canada est son système universel de santé financé par les deniers publics, il en va de même pour l'égalité des chances fondée sur l'accès universel à l'éducation, et celle-là est actuellement en péril.

Le Premier ministre de l'Ontario Dalton McGuinty a décrit comme ceci

nombre de contribuables par rapport au nombre de bénéficiaires de pensions ou de personnes sollicitant fortement le système des soins de santé est proche de son apogée ». Lorsque, en 2012, les premiers baby-boomers auront 65 ans, beaucoup d'entre eux auront déjà quitté la population active et les dépenses en matière de soins de santé augmenteront, étant donné que plus de 50 p. 100 des besoins à cet égard se manifestent après 65 ans ; et cette tendance ira en s'accroissant jusqu'à ce qu'ils aient tous atteint cet âge, en 2026. Or, si déjà aujourd'hui, avec un profil démographique très favorable, nous avons de la difficulté à payer, comment nous proposons-nous de le faire quand les baby-boomers auront vieilli et qu'il faudra régler d'autres problèmes urgents comme la rareté de la main-d'œuvre ?

Les provinces ont adopté deux stratégies pour faire face à la situation. Leur première stratégie a été d'exercer des compressions partout ailleurs. Ainsi, le Conference Board indique qu'entre

la progression arithmétique des coûts liés aux soins de santé et l'élimination progressive des autres priorités : « À ce rythme, viendra le jour où le ministère de la Santé sera le seul ministère que nous ayons les moyens de nous offrir, et même alors, nous n'arriverons pas à financer le ministère de la Santé. »

La seconde stratégie des provinces pour faire face à l'escalade des coûts des soins de santé a été d'exercer des pressions sur le gouvernement fédéral pour qu'il augmente les transferts aux provinces. Après avoir réduit son financement dans les années 1990, le gouvernement fédéral a injecté 65 milliards de dollars en santé au cours des cinq dernières années, et ses dépenses au poste de la santé augmentent en moyenne de 6,65 p. 100 par année, ce qui dépasse la croissance à la fois de l'économie et de ses propres revenus.

Malgré ce nouvel afflux d'argent, une récente étude menée par les économistes Paul Boothe et Mary Carson, intitulée « What Happened to Health Care Reform » (Le Sort des réformes en matière de santé) et publiée par l'Institut C.D. Howe, illustre, à l'aide d'un exemple simple, les implications d'un déséquilibre entre la croissance des coûts de santé et la croissance des revenus du gouvernement. En se fondant sur une approximation de la réalité canadienne actuelle — un système de santé public d'une valeur de 80 milliards de dollars croissant au rythme moyen de 7 p. 100 par année et des revenus pour le gouvernement (y compris les transferts fédéraux) croissant au rythme de 5 p. 100 —, les auteurs concluent à un écart de 10 milliards de dollars dans le financement au bout de cinq ans. Cela équivaut à un déficit de

330 \$ par personne, ou de 1 320 \$ pour une famille de quatre, et cette somme devra être récupérée en sabrant dans les programmes ou en augmentant les impôts. Et le problème empire de façon cumulative : la sixième année, l'écart se situe à 12,9 milliards de dollars, et l'année suivante, à 15,9 milliards.

Pour justifier leurs réclamations au fédéral, les provinces et territoires ont commandé une étude au Conference Board du Canada dont ils se sont servis pour prouver le déséquilibre entre les dépenses onéreuses qu'impliquent leurs propres champs de compétence comme la santé et la capacité fiscale dont jouit le gouvernement fédéral avec des surplus budgétaires en vue. L'étude en question repose toutefois sur des hypothèses discutables : elle assume qu'au cours des 17 prochaines années, il n'y aura, de la part du gouvernement



CP Photo

Il y a au moins deux bonnes raisons, écrit Janice MacKinnon, de rattacher toute nouvelle mesure de financement du système de soins de santé à l'utilisation que chaque individu fait du régime : encourager les Canadiens à faire des choix de santé judicieux et favoriser l'équité intergénérationnelle.

fédéral, aucune nouvelle initiative encourageant des dépenses et aucune réduction d'impôts, et que tous les surplus serviront à réduire la dette. L'étude néglige en outre le fait que les provinces ont le pouvoir d'augmenter les impôts pour financer le régime de santé.

Dans son budget de 2004-2005, le gouvernement du Québec expose ses arguments pour motiver l'augmentation des transferts entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, et fournit le détail des nouvelles sommes qui seront requises entre 2004-2005 et 2009-2010. Une comparaison entre les sommes réclamées et les surplus fédéraux disponibles — selon l'étude du Conference Board commandée par les provinces — démontre que si le fédéral approuvait la proposition du Québec, il aurait accumulé, en 2009-2010, un déficit de plus de 24 milliards de dollars.

Avant de décider combien il peut investir dans les soins de santé, le gouvernement fédéral devra se rappeler les autres priorités fédérales qui dépendent des fonds publics. Le taux de pauvreté demeure élevé au Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE ; Ottawa doit investir davantage dans les programmes sociaux, d'autant que la pauvreté est souvent plus criante dans les provinces et territoires qui n'ont pas les moyens d'y faire face. Il faut aussi que le Canada mise en recherche et développement pour élaborer une stratégie d'innovation s'il veut exercer une concurrence dans l'économie du savoir, dont les infrastructures sont les laboratoires, les synchrotrons et autres installations nationales de recherche, tout comme les chemins de fer et les canaux étaient les fondements de l'économie au siècle dernier.

La perspective alarmante de pénuries en personnel qualifié va solliciter un investissement fédéral en formation et recyclage de la main-d'œuvre spécialisée, d'autant plus que l'immigration est appelée à

fournir une part importante de la solution. L'environnement va aussi exiger du capital, la réalisation des accords de Kyoto étant estimée à 8,1 milliards de dollars entre 2004 et 2015. Un vaste domaine, celui-ci de juridiction exclusivement fédérale, va requérir de nouvelles sommes considérables : il

S'il est vrai qu'une des caractéristiques fondamentales du Canada est son système universel de santé financé par les deniers publics, il en va de même pour l'égalité des chances fondée sur l'accès universel à l'éducation, et celle-là est actuellement en péril.

englobe la sécurité aux frontières, la défense et l'aide à l'étranger. Enfin, toute discussion portant sur le déséquilibre fiscal doit tenir compte du fait que les municipalités constituent un troisième palier de gouvernement, nanti de lourdes responsabilités, mais limité dans ses outils de taxation. Investir dans le système de santé ne devrait pas se faire au détriment de toutes ces autres priorités fédérales.

Pour éviter d'emboîter le pas aux provinces en exerçant des pressions, le gouvernement fédéral ne doit pas s'engager à assumer une part fixe des coûts liés aux soins de santé. Si le fédéral consentait à défrayer 25 p. 100 des coûts de santé des provinces, advenant des années difficiles, il serait forcé de sabrer dans d'autres priorités pour respecter ses engagements. Sans compter que, les gouvernements provinciaux étant chargés d'administrer le système de santé, ce serait de la part d'Ottawa un bien mauvais exercice de politique publique que d'assumer un pourcentage fixe des coûts sans avoir son mot à dire dans la gestion du système. Les inconvénients d'une formule fixe de partage des coûts sont devenus apparents avec l'aide sociale dans les années 1980 quand, certaines provinces ayant augmenté leurs prestations sociales de façon spectaculaire, le fédéral en a été réduit à défrayer sa part des coûts sans même pouvoir intervenir pour vérifier l'efficacité des programmes.

Au cas où le gouvernement fédéral consentirait à une clause d'indexation pour son financement en santé, celle-ci ne doit pas dépasser le taux d'augmentation de ses revenus.

Quelle que soit la somme investie par Ottawa dans le système de santé, la grande part du financement doit venir

des provinces, qui ont également la responsabilité constitutionnelle d'administrer le système et, partant, de faire face aux critiques à court terme de l'électorat. Or, tandis que les provinces se démènent pour financer un système déjà lourdement grevé, Ottawa décrète comment les fonds fédéraux devraient être dépensés et préconise l'élargissement d'un système déjà surchargé en défrayant les soins prodigués à la maison et les médicaments d'ordonnance. « Acheter des changements » est devenu le mot d'ordre, ce qui veut dire dépenser davantage sur des mesures de prévention et des réformes comme les soins de santé primaires. Néanmoins, les changements évoqués dans le débat jusqu'à maintenant ne « changeront » pas la progression arithmétique d'un système dont les coûts augmentent plus rapidement que les recettes de l'État.

Beaucoup de Canadiens anglais prônent un système de soins de santé pan-canadien avec des normes nationales instituées par le gouvernement fédéral chargé de mettre en vigueur la *Loi canadienne sur la santé*. Néanmoins, le ministre québécois des Affaires internationales du gouvernement le plus fédéraliste que le Québec ait connu depuis bien des années a déclaré, en avril 2004, qu'il fallait qu'Ottawa reconnaisse que le Québec a entière juridiction sur la planification et la gestion de son système de soins de santé et que, s'il consentait à discuter d'objectifs communs, il n'était pas ques-

tion d'aborder des normes nationales portant atteinte à son autorité. Pour sa part, l'Alberta a fait savoir que si Ottawa voulait contester quelque changement que ce soit à son système de soins de santé en appliquant les sanctions financières prévues par la *Loi canadienne sur la santé*, elle pourrait choisir tout simplement de refuser les subventions fédérales pour être libre de restructurer le système à sa guise. L'Alberta a la capacité fiscale de mettre sa menace à exécution : alors que l'Ontario consacre annuellement 10 milliards de dollars au remboursement de l'intérêt sur sa dette nette, l'Alberta, elle, n'a aucune dette.

Comment le gouvernement fédéral pourrait-il imposer des normes nationales si la seconde province en importance en termes de population et la province la plus riche refusent toutes deux de s'y conformer ? Une solution plausible serait de suivre l'exemple de l'Union européenne où les normes de l'environnement et de la fiscalité sont fixées par les États membres.

Pendant que les deux paliers de gouvernement discutent de normes nationales et de l'envergure de la contribution fédérale, les gouvernements évitent de faire face à la crise fiscale qui menace de faire éclater le système et se donnent rarement la peine d'évaluer objectivement la qualité et l'efficacité des soins de santé au Canada. Le Conference Board du Canada a récemment comparé les soins de santé dans 24 pays de l'OCDE. Il en est ressorti que le Canada, qui vient en troisième pour l'importance de ses dépenses en soins de santé, est l'un des pays où le temps d'attente est le plus long avant d'accéder aux soins de santé, et se situe au 13^e rang en ce qui a trait à l'état de santé de sa population.

L'étude du Conference Board donne quelques raisons pour lesquelles certains pays européens, comme la Suède, surclassent le Canada. Elle

démontre qu'en dépensant plus d'argent en soins de santé, on peut se retrouver avec une population moins en santé à cause des compromis engendrés par ce choix, qui empêchent de financer d'autres programmes également prioritaires pour la santé. Selon l'étude en question, la santé d'une personne dépend pour 25 p. 100 seulement du système de soins de santé, tandis que 50 p. 100 sont attribuables à sa condition de vie et à des facteurs tels son niveau de revenu, son niveau de scolarité et son environnement. La Suède, dont le système de soins est le moins dispendieux de tous les pays de l'OCDE, se classe au second rang pour

Au Canada, les plus démunis, lorsqu'ils tombent malades, ont droit à un traitement égal et à un accès complet au système de soins, mais cela ne soulage pas leur pauvreté. Consacrer davantage de ressources à la lutte contre la pauvreté — en investissant dans l'éducation des jeunes enfants, dans le logement et dans de meilleurs programmes de formation, par exemple — et investir davantage dans des programmes de prévention, cela pourrait donner des Canadiens en meilleure santé et réduire à long terme les coûts liés à l'assurance-maladie.

l'état de santé de sa population, avec un niveau de pauvreté très bas. À l'opposé, dans une récente étude comparative portant sur 20 pays de l'OCDE, le Canada s'est classé lamentable 13^e en termes de niveau de pauvreté, facteur de santé pourtant déterminant. Au Canada, les plus démunis, lorsqu'ils tombent malades, ont droit à un traitement égal et à un accès complet au système de soins, mais cela ne soulage pas leur pauvreté. Consacrer davantage de ressources à la lutte contre la pauvreté — en investissant dans l'éducation des jeunes enfants, dans le logement et

dans de meilleurs programmes de formation, par exemple — et investir davantage dans des programmes de prévention, cela pourrait donner des Canadiens en meilleure santé et réduire à long terme les coûts liés à l'assurance-maladie.

Il faut avoir l'esprit ouvert quand vient le temps d'évaluer les moyens de changer le système canadien, si l'on veut à la fois améliorer la qualité des soins et resserrer l'écart entre les coûts croissants de ces soins et les revenus de l'État. Ce genre de débat doit aller au-delà d'une banale comparaison avec le système américain, l'un des plus onéreux et des moins équitables parmi les pays développés, et au-delà de la rhétorique courante qui se glisse trop souvent dans les discussions entourant les soins de santé au Canada. Les défenseurs du statu quo ont merveilleusement réussi à répandre l'idée selon laquelle certaines innovations proposées auraient pour effet de transformer le système canadien en système de type américain privatisé à deux vitesses et saperaient les principes fondamentaux du régime d'assurance-maladie. Pourtant, si l'on veut préserver les objectifs fondamentaux du régime d'assurance-maladie, il va bien falloir changer le système pour l'adapter aux nouvelles circonstances.

Lorsque Tommy Douglas a introduit le régime d'assurance-maladie en Saskatchewan, il souhaitait que les gens aient accès aux soins requis, peu importe leur capacité à payer : voilà le principe fondamental qu'il faut préserver. Mais les choses ont beaucoup changé depuis les années 1960. Prenons, par exemple, le régime d'assurance-maladie qui a été créé à titre d'assurance sociale. Comme le décrivaient dernièrement Keith Banting et Robin Boadway, « dans une société humanitaire, le

principe est que les gens soient compensés pour la différence dans les risques qu'ils encourent d'être malades en raison de motifs qui échappent à leur contrôle ». Alors qu'en est-il de la situation actuelle où souvent les problèmes de santé non seulement n'échappent pas au contrôle du bénéficiaire, mais résultent du style de vie qu'il a choisi ? Même s'il est claire-

Si la Suède n'a pour ainsi dire pas de listes d'attente, c'est en partie parce qu'elle traite la demande différemment et qu'elle s'attend à ce que les patients assument plus de responsabilité dans leurs choix de soins de santé... Si la Suède est en mesure d'avoir des paramètres pour la demande, c'est qu'à l'instar de pratiquement tous les pays d'Europe de l'Ouest, elle bénéficie d'un système privé parallèle. Et, comme dans beaucoup d'autres pays européens, ce système privé demeure marginal et ne remplace ni ne menace le système public.

ment démontré que certains styles de vie nuisent à la santé, il y a des gens qui persistent à y adhérer, et notre système de soins de santé ne prévoit aucune mesure incitative pour les encourager à faire de meilleurs choix.

Outre les changements auxquels souscrivent tous les gouvernements au Canada — davantage de prévention, d'imputabilité et de transparence, et réforme des soins de santé primaires —, d'autres changements s'imposent si l'on veut avoir un système abordable et efficace. Les gouvernements doivent tenir compte des pressions qu'exercent les progrès de la technologie — les nouveautés en traitements, en équipements, en procédures et en médicaments — sur la demande toujours croissante pour des soins de santé. Définir les paramètres de la demande va exiger une discussion entre le fédéral et les provinces et territoires concernant ce qui doit être prévu par la *Loi canadienne sur la santé* et ce qui ne doit pas l'être.

L'une des raisons aux longues listes d'attente et autres formes de rationnement dans le système canadien, c'est l'aspect illimité des paramètres de la demande. Si la Suède n'a pour ainsi dire pas de listes d'attente, c'est en partie parce qu'elle

traite la demande différemment et qu'elle s'attend à ce que les patients assument plus de responsabilité dans leurs choix de soins de santé. Les politiques suédoises peuvent-elles nous apprendre quelque chose ? Si la Suède est en mesure d'avoir des paramètres pour la demande, c'est qu'à l'instar de pratiquement tous les pays d'Europe de l'Ouest, elle bénéficie

d'un système privé parallèle. Et, comme dans beaucoup d'autres pays européens, ce système privé demeure marginal et ne remplace ni ne menace le système public.

Bien qu'en théorie le Canada ait un système de santé à une vitesse où chacun doit se résigner à attendre son tour, peut-on dire que cela reflète la réalité ? Croit-on vraiment que les Canadiens fortunés attendent leur tour pour recevoir un traitement au lieu d'aller ailleurs et s'offrir ce qu'il y a de mieux comme soins quand ils en ont besoin ? À l'intérieur même du pays, combien de Canadiens moyens, en Saskatchewan par exemple, n'hésitent pas à aller dans une autre province comme l'Alberta pour obtenir, moyennant rétribution, un diagnostic immédiat grâce à un équipement du tout dernier cri ?

Certes, il faut changer le système, mais avec le vieillissement de la population et l'arrivée incessante de nouvelles technologies, les coûts vont continuer à grimper. Même si le gouvernement fédéral appliquait 100 p. 100 de ses surplus aux soins de santé, cela ne résoudra pas les problèmes fiscaux du système tant et aussi longtemps que les coûts augmenteront plus rapidement que les revenus du

gouvernement. Malgré des subventions accrues de la part du fédéral, les provinces vont devoir penser à de nouveaux moyens de financer convenablement le système tout en s'assurant qu'il reste suffisamment de fonds publics pour leurs autres priorités.

Tommy Douglas, persuadé que les gens devaient contribuer directement aux soins de santé, institua une cotisation à l'assurance-maladie. De récents rapports sur les soins de santé — notamment le rapport de la commission sénatoriale présidée par le sénateur Michael Kirby et le rapport Mazankowski commandé par le gouvernement de l'Alberta —, après avoir examiné les options, ont conclu que si l'on veut con-

server le système canadien de soins de santé, il va falloir trouver de nouveaux moyens de le financer. La Commission sénatoriale, dans son rapport, « rejette catégoriquement le point de vue selon lequel les problèmes du système canadien de soins de santé peuvent être résolus sans qu'il en coûte rien aux Canadiens ».

En fait, on voit déjà les provinces augmenter leurs taxes, introduire des cotisations ou exiger des frais pour faire face à l'accélération des coûts en matière de soins. Si les Canadiens doivent s'attendre à payer davantage pour leurs soins de santé, quel est le meilleur moyen de s'y prendre, tout en préservant les objectifs de l'assurance-maladie ?

Pour être efficace, toute nouvelle mesure provinciale visant à générer des revenus doit avoir un certain nombre de caractéristiques fondamentales. Premièrement, la taxe ou la cotisation doit augmenter de pair avec le coût des soins dispensés par le système. À court terme, une mesure à taux fixe peut réussir à défrayer les coûts liés aux soins; mais, à long terme, à mesure que ces coûts augmentent à une cadence supérieure aux revenus du gouvernement, d'autres priorités vont devoir être sacrifiées pour faire face aux dépenses en santé.

Deuxièmement, toute mesure visant à générer des revenus doit correspondre au revenu du contribuable et à sa capacité de payer. Les montants perçus ne doivent pas non plus dépasser un certain pourcentage du revenu, car il faut empêcher qu'une personne ne se retrouve en difficulté financière à cause des soins qu'elle reçoit.

Troisièmement, la nouvelle mesure génératrice de revenus ne doit pas être imposable au point de service. La *Loi canadienne sur la santé* interdit expressément le recours au ticket modérateur pour le légitime motif que faire payer les gens sur place pour des services de santé pourrait en dissuader certains de réclamer l'aide médicale dont ils ont besoin. On peut songer plutôt à une somme évaluée sur une base annuelle, par exemple au moment de remplir le formulaire d'impôt.

Enfin, même si les frais ne sont pas perçus au point de service, la somme versée par les contribuables pour leurs soins de santé devrait être proportionnelle à leur utilisation du système, avec un maximum assorti au revenu et des dispositions pour assurer que les bénéficiaires aux prises avec d'importantes dépenses en soins de santé soient à l'abri des difficultés financières. À l'heure actuelle, les Canadiens n'ont aucune idée des coûts qu'entraîne leur système de soins, et ne savent même pas quelle différence représente, par exemple, le fait de se rendre à la salle d'urgence d'un hôpital plutôt qu'à une clinique médicale. Il est raisonnable de s'attendre à ce que les Canadiens assument leur part de responsabilité en faisant des choix de santé judicieux et qu'ils reçoivent pour cela des incitatifs financiers. Par exemple, si on se servait de l'impôt sur le revenu, il pourrait y avoir des crédits d'impôt pour récompenser des choix santé, comme le fait de s'inscrire à un programme pour cesser de fumer ou perdre du poids.

Il y a aussi des raisons de démographie et de politique publique pour

rattacher la somme versée par l'individu à son utilisation du système. À mesure que les baby-boomers prennent de l'âge et ont davantage recours au système, il faut pouvoir puiser dans leurs revenus pour financer le coût croissant des soins. Autrement, on devra obliger les jeunes contribuables à payer de plus en plus cher pour des soins que reçoivent en majorité des personnes âgées.

Ce qui est en jeu, c'est l'équité intergénérationnelle. Ces mêmes jeunes gens sont déjà astreints à payer l'intérêt sur une dette accumulée pour des services dont eux-mêmes n'ont pas

Ce qui est en jeu, c'est l'équité intergénérationnelle. Ces mêmes jeunes gens sont déjà astreints à payer l'intérêt sur une dette accumulée pour des services dont eux-mêmes n'ont pas bénéficié ; ils sont appelés à assumer une part grandissante du prix de leur éducation et un grand nombre d'entre eux vont avoir contracté de gros emprunts pour pouvoir terminer leurs études. Est-il juste que les baby-boomers — dont je fais partie — alourdissent encore plus le fardeau des jeunes contribuables en y ajoutant le coût de leurs soins de santé ?

bénéficié; ils sont appelés à assumer une part grandissante du prix de leur éducation et un grand nombre d'entre eux vont avoir contracté de gros emprunts pour pouvoir terminer leurs études. Est-il juste que les baby-boomers — dont je fais partie — alourdissent encore plus le fardeau des jeunes contribuables en y ajoutant le coût de leurs soins de santé ?

Justice mise à part, la pénurie imminente en travailleurs scolarisés et spécialisés va limiter la capacité des provinces à compter sur des mesures fiscales générales pour financer les soins de santé. Au cours de la prochaine décennie, les provinces vont se livrer concurrence

pour attirer les travailleurs scolarisés et spécialisés, et leur tâche sera d'autant plus difficile s'il faut barder les jeunes de taxes afin de financer un système de soins de santé dont se servent surtout les vieux.

Préserver les objectifs de base du régime d'assurance-maladie implique d'énormes changements. L'une des plus grandes menaces au régime vient de ceux qui veulent à tout prix préserver le statu quo et qui prétendent défendre ainsi la vision de Tommy Douglas. Récemment à Saskatoon, où je donnais mon discours sur l'arithmétique et le système de santé, j'ai rencontré un monsieur d'un certain âge qui faisait partie du cabinet Douglas au moment de la création du régime d'assurance-maladie, et voici ce qu'il m'a confié : « Tommy serait catastrophé de voir les coûts actuels du régime de soins de santé. Il ne pouvait pas prévoir toute cette nouvelle technologie et toutes ces nouvelles demandes, et l'effet qu'elles produiraient sur les coûts de la santé. Il serait particulièrement bouleversé d'apprendre que les soins de santé sont en train de prendre l'argent qui devrait aller à l'éducation. Cela n'a jamais fait partie de son plan ».

Trop souvent en politique, on risque de détruire ce à quoi on tient le plus en pensant qu'il faut le conserver tel quel, à tout prix, alors que sa préservation imposerait au contraire des changements dramatiques. Protéger un enfant, n'est-ce pas l'encourager à grandir et à s'adapter au monde dans lequel il va devoir évoluer ? Si nous voulons sauver le système canadien de soins de santé, il va falloir que nous le changions, et plus tôt se fera le virage, plus calme sera le voyage.

Janice MacKinnon a été ministre des Finances dans le gouvernement de Roy Romanow. Elle est également membre du conseil d'administration de l'IRPP.