

Syndicat canadien de la fonction publique

Mémoire présenté au

**Comité permanent des ressources humaines, du développement des
compétences, du développement social et de la condition des personnes
handicapées de la Chambre des communes**

Étude sur

**la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens
présentée le 20 octobre 2017**

INTRODUCTION

Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) est le syndicat le plus important au Canada et compte plus de 650 000 membres au pays. Le SCFP représente les travailleurs œuvrant dans les secteurs des soins de santé, des services d'urgence, de l'éducation, de l'apprentissage et de la garde de jeunes enfants, des municipalités, des services sociaux, des bibliothèques, des services publics, des transports, des compagnies aériennes et plus encore.

Les enjeux qui touchent les aînés, y compris le revenu de retraite, les soins de santé, les soins de longue durée et les soins à domicile, sont importants aux yeux de nos membres, de leur famille et de leur collectivité. Des centaines de milliers de membres du SCFP œuvrent dans ces domaines et sont bien au fait, par leur présence en première ligne, des difficultés auxquelles les aînés canadiens y sont confrontés.

Le SCFP remercie le Comité de porter attention à ce sujet vital. Le 5 octobre 2017, notre syndicat a comparu à titre de témoin dans le cadre de cette étude. Le présent mémoire reprend sommairement les observations qui nous avons alors émises et traite en outre d'autres domaines. Il présente également les recommandations du SCFP sur les aspects suivants :

1. le revenu de retraite;
2. le programme national de soins continus;
3. l'Accord sur la santé et le financement en matière de santé;
4. le régime d'assurance-médicaments;
5. le logement.

1. REVENU DE RETRAITE

DIFFICULTÉS RELATIVES AU REVENU DE RETRAITE

Environ 6 travailleurs canadiens sur 10 n'ont pas de régime de retraite au travail. Et ceux qui en ont un font face à des pressions de la part de leur employeur pour qu'il soit moins coûteux, mais aussi moins sûr. Le système canadien d'épargne individuelle, qui se compose essentiellement des régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) et des comptes d'épargne libres d'impôt (CELI), ne fonctionne pas pour la majorité de la population canadienne. En règle générale, ce sont les Canadiens les mieux nantis et qui tirent les meilleurs revenus qui en bénéficient, aux grands frais du Trésor fédéral¹. Pour la plupart des Canadiens qui n'ont pas de régime de retraite, leur épargne-retraite est tout à fait insuffisante. Un aîné canadien sur trois a droit au Supplément de revenu garanti. Ainsi, bon nombre d'entre eux

¹ Le coût des dépenses fiscales fédérales pour les REER s'élève à 16 milliards de dollars. Les cotisations aux REER proviennent à 65 % de Canadiens dont le revenu est supérieur à 80 000 \$. Il en coûte actuellement un milliard de dollars par année pour les comptes d'épargne libres d'impôt, mais, selon le directeur parlementaire du budget, « [l']incidence financière totale à long terme [des CELI] est à peu près proportionnelle à l'incidence financière fédérale actuelle des REER ». En comparaison, le programme du Supplément de revenu garanti, qui maintiendra des millions d'aînés canadiens au-dessus du seuil de la pauvreté, coûtera 11,5 milliards de dollars cette année. Ministère des Finances Canada, *Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2017*; Statistique Canada, tableau CANSIM 111-0039; Directeur parlementaire du budget, *Le compte d'épargne libre d'impôt*, 24 février 2015; Jonathan Rhys Kesselman, *Une double calamité : arguments contre l'expansion des Comptes d'épargne libres d'impôt*, Institut Broadbent, février 2015.

réussissent à ne pas sombrer dans la pauvreté grâce à ce programme, mais ce n'est pas le cas de tous. La pauvreté chez les aînés au Canada (souvent déclamée comme une histoire de réussite des politiques publiques) n'a cessé de s'aggraver, lentement mais sûrement, depuis le milieu des années 1990².

En raison des pressions ainsi exercées, on constate, étude après étude, qu'une majorité de Canadiens de la classe moyenne espérant prendre leur retraite sous peu feront face à une chute drastique de leur niveau de vie lorsqu'ils seront retraités. D'après les projections, le problème ira en s'aggravant pour les générations suivantes³.

BONIFICATION DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA : IL Y A LIEU D'ALLER PLUS LOIN

Depuis plus de 50 ans, le SCFP et le mouvement ouvrier se prononcent ardemment en faveur de la bonification du Régime de pensions du Canada (RPC). Nous étions donc très favorables à l'entente survenue à ce sujet en 2016 entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. La bonification du RPC facilitera la retraite de pratiquement tous les travailleurs canadiens et leur famille. Cependant, l'entente aurait pu et aurait dû aller beaucoup plus loin. Le SCFP avait recommandé que l'on double le taux de remplacement du RPC, pour le faire passer de 25 % (où il se situe depuis l'instauration du programme il y a un demi-siècle) à 50 %. L'entente de 2016 l'a certes fait passer à 33 %, ce qui représente une hausse significative, mais ce n'est pas suffisant pour que les Canadiens voient une différence marquée dans leurs perspectives de revenu de retraite. Même les données du ministère des Finances Canada le montrent : une famille canadienne sur cinq n'aura toujours pas suffisamment d'épargne-retraite *après la bonification modeste du RPC*⁴.

Le gouvernement fédéral devrait maintenir au nombre de ses priorités la bonification du régime de pensions public.

BONIFICATION DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA : DISPOSITIONS D'EXCLUSION POUR INVALIDITÉ ET POUR L'ÉDUCATION DES ENFANTS NON INCLUSES

L'une des grandes lacunes du projet de loi C-26, c'est qu'il ne comportait aucune disposition d'exclusion pour invalidité et pour l'éducation des enfants. Dans le RPC sous sa forme actuelle, les prestations versées à un travailleur sont calculées en fonction des gains qu'il a tirés tout au long de sa vie professionnelle. Par conséquent, les années où il n'a eu que de faibles gains, voire aucun, entraînent une diminution des niveaux de prestations. Ce n'est pas d'hier que les gouvernements ont reconnu les iniquités pouvant être causées par ce mécanisme chez certains Canadiens et ont ainsi ajouté des dispositions d'exclusion au RPC afin de compenser. La disposition d'exclusion pour l'éducation des enfants permet d'exclure des calculs de prestations du RPC les années où un travailleur s'est retiré du marché du travail pour élever un jeune enfant. Ainsi, le travailleur n'est pas pénalisé sur sa pension pour s'être acquitté de ce travail utile à la société. De même, la disposition d'exclusion pour invalidité permet

² Richard Shillington, *La condition économique des personnes âgées*, Institut Broadbent, février 2016.

³ Michael C. Wolfson, *Projecting the Adequacy of Canadians' Retirement Incomes*, étude de l'IRPP n° 17, avril 2011; CIBC, « Canadians' Retirement Future: Mind the Gap », *In Focus*, 20 février 2013; Université de Waterloo et Institut canadien des actuaires, *Planifier sa retraite : Les Canadiens épargnent-ils suffisamment?*, juin 2007; Michael Wolfson, *What, Me Worry? Income Risks for Retiring Canadians*, Centre canadien de politiques alternatives, 14 juillet 2015.

⁴ Ministère des Finances Canada, *Document d'information sur la bonification du Régime de pensions du Canada (RPC)*, 2016.

d'exclure des calculs de prestations du RPC les années où un travailleur était incapable de travailler en raison d'une invalidité, afin de ne pas en être pénalisé sur sa pension.

Le SCFP a été stupéfait d'apprendre que ces dispositions importantes en matière d'équité ne s'appliqueraient pas aux nouvelles prestations du RPC bonifié⁵. Les prestations actuelles du RPC ne seront pas touchées, mais les travailleurs seront dorénavant pénalisés dans le nouveau segment de prestations pour toute période où ils ont élevé des enfants ou été frappés d'une invalidité. Les dispositions pour l'éducation des enfants sont principalement utilisées par les femmes, qui, de pair avec les Canadiens ayant une invalidité, sont nos aînés les plus vulnérables. Elles n'ont pas besoin qu'on rende leur retraite encore plus difficile.

Le SCFP a très fortement insisté auprès du gouvernement fédéral pour qu'il voie avec les provinces à corriger cette lacune avant l'adoption du projet de loi C-26. Or, le gouvernement n'a apporté aucun amendement en ce sens au projet de loi et l'a adopté sans ces dispositions. La question a plutôt été ajoutée à l'ordre du jour de l'examen triennal 2016-2018 du RPC. Le SCFP demande instamment au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux de voir ensemble à corriger cette faille évidente du projet de loi, qui est par ailleurs important et nécessaire.

INDEXATION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE ET DU SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI

Les dispositions d'indexation prévues dans les programmes de Sécurité de la vieillesse (SV) et de Supplément de revenu garanti (SRG) représentent elles aussi un problème persistant à long terme qui mérite d'être corrigé. À l'heure actuelle, les prestations de SV-SRG augmentent chaque année pour suivre la hausse des prix des produits et services. Or, d'après les projections de l'actuaire en chef fédéral, les salaires au Canada augmenteront de 3,1 %, ce qui dépasse le taux projeté d'inflation des prix (2 %) ⁶. Ainsi, les prestations de SV-SRG accusent un retard d'environ 1 % sur les salaires annuellement. La différence sur quelques années n'est pas très grande. Par contre, à long terme, l'écart se creuse du fait que notre régime de pension public ne suit pas la courbe d'augmentation du niveau de vie des travailleurs canadiens. Le SCFP considère comme injustifié que les prestations de SV-SRG n'augmentent qu'aux deux tiers du rythme de croissance de l'économie. Tous les Canadiens devraient pouvoir bénéficier des hausses des niveaux de vie.

Les dispositions d'indexation pour les régimes de pension publics ne sont pas les mêmes dans tous les pays membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE)⁷. Au Royaume-Uni, par exemple, les prestations du régime public augmentent chaque année en fonction soit de l'inflation des prix, soit de la hausse des salaires, soit de 2,5 %, selon le plus élevé des trois.

L'actuaire en chef fédéral affirme que « si on augmentait les taux de prestations pour refléter en partie l'augmentation des salaires réels, le [coût relatif des dépenses du Programme au PIB] en 2060 passerait de 2,65 % à 3,60 % ». Bien entendu, toute amélioration apportée aux dispositions actuelles ne serait pas

⁵ Pour de plus amples renseignements, consulter le témoignage que le SCFP a livré le 15 novembre 2016 devant le Comité permanent des finances de la Chambre des communes et le 7 décembre 2016 devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

⁶ Bureau de l'actuaire en chef, *14^e rapport actuariel sur le Programme de la sécurité de la vieillesse au 31 décembre 2015, 2017.*

⁷ Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), *Panorama des pensions 2015*, section 2.5, 2015.

sans coût financier, mais, comme le SCFP en a fait mention ailleurs, le gouvernement peut faire des choix différents au chapitre de l'imposition pour financer ces programmes essentiels⁸.

PROJET DE LOI C-27

Le projet de loi fédéral C-27 récrierait la loi sur les pensions en permettant aux employeurs sous réglementation fédérale de faire pression auprès des travailleurs et des retraités pour qu'ils « renoncent » aux régimes de retraite à prestations déterminées qui leur avaient été promis et les « échangent » contre des régimes de retraite à prestations cibles, dont les pensions versées peuvent être réduites sans borne en toute légalité. Bref, ce projet de loi permettrait aux employeurs d'échapper légalement aux promesses qu'ils ont faites aux travailleurs et aux retraités en ce qui a trait aux pensions.

Cette mesure législative offensante ferait pencher considérablement la balance du pouvoir de négociation en faveur des employeurs. Les travailleurs devraient soudainement se battre pour conserver ce qui a été protégé depuis des décennies par les lois fédérales sur les pensions : les prestations de retraite qu'on leur a promises en contrepartie du travail qu'ils ont déjà accompli. Les travailleurs ont respecté leur part de l'entente de travail, et le gouvernement ne devrait pas offrir aux employeurs un moyen rétroactif de se défaire de leur engagement envers eux.

Le projet de loi C-27 ne ferait que contribuer à l'érosion de la protection décente en matière de pension au Canada et aggraver encore davantage les difficultés actuelles relatives aux revenus de retraite⁹.

Les Canadiens considèrent ce projet de loi comme offensant, d'autant plus qu'il contredit directement les promesses que le premier ministre Trudeau a prononcées par écrit avant l'élection de 2015¹⁰. Le gouvernement devrait retirer le projet de loi et s'asseoir avec les travailleurs et les employeurs pour discuter d'une politique sur les régimes de retraite qui conviendrait à toutes les parties.

TRAVAIL PRÉCAIRE

Les travailleurs auront beaucoup plus de mal à vivre dignement et en sécurité à leur retraite s'ils n'ont pas accès à de bons emplois sûrs tout au long de leur vie active ainsi qu'à des programmes sociaux universels. Le gouvernement fédéral doit donc prendre au sérieux l'aggravation de la précarité de l'emploi en adoptant les mesures suivantes :

- Resserrer les normes d'emploi par des lois fédérales et encourager les provinces à lui emboîter le pas.

⁸ Syndicat canadien de la fonction publique, *Mémoire présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes – Consultations prébudgétaires – Budget fédéral de 2018-2019*, août 2017.

⁹ Depuis que le Nouveau-Brunswick a adopté une loi semblable en 2012, bon nombre de régimes de retraite à prestations définies ont été réduits en régimes de retraite à prestations cibles. On compte maintenant 51 000 participants de nouveaux régimes à prestations cibles et seulement 15 000 participants bénéficiant encore de régimes à prestations définies. Le SCFP n'est au courant d'aucun cas où un employeur n'offrant aucun régime ou offrant un régime à cotisations déterminées aurait rehaussé les conditions offertes en passant à un régime à prestations cibles. Par conséquent, l'adoption du projet de loi C-27 aurait pour effet, comme au Nouveau-Brunswick, de ne produire aucune grande amélioration notable de la protection en matière de pensions, en plus de contribuer vraisemblablement à rendre les régimes actuels moins sûrs, ce qui créerait des pressions supplémentaires sur les générations actuelles et futures d'aînés canadiens.

¹⁰ Lettre, signée le 23 juillet 2015, de la part de Justin Trudeau, chef du Parti libéral du Canada, à l'intention de Gary Oberg, président, Association nationale des retraités fédéraux, revue *Sage*, automne 2015, p. 19.

- Adopter un salaire minimum fédéral de 15 \$ l'heure.
- Améliorer l'assurance-emploi, notamment en instaurant un seuil universel d'accès aux prestations de 360 heures.
- Renforcer et protéger les programmes sociaux universels existants.
- Mettre au point de nouveaux programmes sociaux universels grandement nécessaires, tels que la garde d'enfants et l'assurance-médicaments qui s'appliquent à tous les Canadiens, peu importe leur situation d'emploi.
- S'opposer à l'abaissement des normes du travail dans les accords commerciaux.
- Mettre fin à l'austérité gouvernementale.

2. PROGRAMME NATIONAL DE SOINS CONTINUS

Les services de soins continus, qui englobent les soins de longue durée, en établissement, à domicile et communautaires, sont des programmes essentiels pour les aînés canadiens.

Cependant, la disponibilité des services, la part de financement public, les critères d'admissibilité et les coûts assumés par les résidents et clients varient d'une province à l'autre. Au cours de la dernière décennie, la plupart des provinces ont réduit le nombre de lits pour les soins de longue durée dans une proportion qui ne respecte pas la part des personnes âgées dans la population, sans améliorer l'offre de soins à domicile ou communautaires ou sans augmenter convenablement le personnel pour refléter les besoins aigus des résidents restants¹¹. Il y a eu de nouveaux investissements en soins à domicile et dans la communauté, mais les progrès sont inégaux et les besoins non satisfaits sont importants¹². Dans l'ensemble, l'accès à ces services est à deux vitesses, les temps d'attente sont longs et la qualité est inégale. Les services de soins continus sont en proie à un financement et à une réglementation déficients, ils sont offerts à bien des endroits par des organismes à but lucratif et ils sortent du cadre de l'assurance-maladie (à toutes fins utiles, les soins continus sont actuellement exclus de la *Loi canadienne sur la santé*). La privatisation à tous les niveaux – financement, propriété, gestion et prestation – aggrave les problèmes de qualité et d'accès.

En conséquence, les soins sont souvent sous financés et rendus de façon précipitée, et les conditions de travail mènent à une piètre qualité de soins et de vie pour les résidents et clients. En l'absence de normes fédérales, les soins continus sont offerts par un méli-mélo de programmes qui, trop souvent, ne répondent pas aux besoins des aînés canadiens les plus vulnérables.

Le SCFP est d'avis que le gouvernement fédéral devrait réagir en créant un programme national de soins continus qui engloberait les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires et qui prévoirait des transferts particuliers financés à partir des recettes générales et rattachés aux normes de la *Loi canadienne sur la santé*¹³. Le programme devrait aussi établir des normes sur le nombre minimal d'employés et voir à l'élimination graduelle de la prestation des soins par des

¹¹ Irene Jansen, « Residential Long-Term Care: Public Solutions to Access and Quality Problems », *HealthcarePapers*, vol. 10, n° 4, 2011, p. 8 à 22; Association médicale canadienne, *Équité sociale et accroissement de la productivité – Mémoire prébudgétaire de 2018 présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes*, 21 septembre 2017.

¹² Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, *Rapport final : Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, 2009; K. Seggewiss, « Variations in home care programs across Canada demonstrate need for national standards and pan-Canadian program », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 12, 2009.

¹³ Une entente asymétrique serait conclue avec le Québec, sans quoi le programme serait visé par un transfert et une loi fédéraux.

organismes à but lucratif. Les Canadiens ont besoin d'un programme national assorti de transferts particuliers rattachés aux normes de la *Loi canadienne sur la santé*, établissant le nombre minimum d'employés et ciblant davantage la prestation par des organismes publics sans but lucratif.

Le programme fédéral de soins continus serait financé à même le revenu fiscal général. Le regroupement des risques est plus efficace et équitable que toute autre option proposée récemment, comme l'assurance sociale, les régimes d'épargne enregistrés, les comptes d'épargne santé et les congés fiscaux pour l'assurance privée.

Le programme devrait être établi au moyen d'un projet de loi distinct qui préciserait entre autres les normes pour le nombre minimum d'employés et le processus d'élimination graduelle de la prestation par des organismes à but lucratif. Le projet de loi devrait intégrer les critères et conditions prévues dans la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir : la gestion publique, l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et l'absence de surfacturation et de frais modérateurs.

Des recherches réalisées par des tiers ne cessent de confirmer ce que les fournisseurs de soins continus du SFCP nous disent : des effectifs en nombre suffisant pour garantir la sécurité et le recours à des entreprises sans but lucratif sont deux des plus importants déterminants de la qualité des soins¹⁴ et doivent être intégrés au cadre réglementaire.

Si les soins sont davantage offerts par des organismes sans but lucratif, on en accroît l'accès et la qualité tout en en réduisant les coûts. Un nombre croissant de preuves empiriques, y compris deux études systématiques, ont démontré que les établissements de soins de longue durée à but lucratif étaient associés à une moins bonne qualité des soins et de moins bons résultats quant à la santé des résidents. Les coûts sont également plus élevés, et l'accès se fait à deux vitesses. Les soins à domicile sont encore plus privatisés au Canada, et les résultats sont semblables.

Le nombre d'employés est le déterminant principal des soins de qualité, et c'est pourquoi les normes nationales doivent prévoir un seuil minimum. Les établissements ayant plus de personnel ont un meilleur rendement pour certaines mesures de qualité et de résultats, par exemple : les taux de plaies de pression, la perte de poids, la nutrition et l'hydratation, l'utilisation de mesures de contention et le non-respect des normes de soins. Comme le montre la situation aux États-Unis, le nombre d'employés et les soins ne s'amélioreront que si des lois exigent des établissements qu'ils emploient un certain nombre de travailleurs.

Dans une étude importante publiée en 2011, un comité du gouvernement fédéral appelait à la prise de mesures fédérales sur les soins continus. Le Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion a en effet recommandé que le gouvernement fédéral « instaure un droit aux soins à domicile, aux soins de longue durée et aux soins palliatifs pour tous les résidents du Canada, équivalant aux droits que prévoit actuellement la *Loi canadienne sur la santé*¹⁵ ».

Les pays européens nordiques ont depuis longtemps des programmes publics de soins continus, complets, universels et financés par les impôts. D'autres pays ont mis sur pied d'importants

¹⁴ Irene Jansen, *Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*, Syndicat canadien de la fonction publique, 2009, p. 17.

¹⁵ Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion, *On ne les oublie pas : Les soins aux Canadiens vulnérables*, recommandation n° 8, 2011.

programmes publics au cours de la dernière décennie, plus particulièrement le Royaume-Uni, l'Allemagne et le Japon.

Tous les aînés canadiens devraient avoir accès aux services médicaux nécessaires sans frais au point d'utilisation, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un établissement de soins de longue durée, de leur domicile ou d'un organisme communautaire. Les soins devraient être sûrs et de grande qualité. Pour ce faire, le gouvernement fédéral doit prôner l'instauration d'un programme de soins continus qui respecte les principes énoncés ci-dessus.

3. ACCORD SUR LA SANTÉ ET FINANCEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le système de santé du Canada joue un rôle vital dans la vie des aînés canadiens. Notre système public ne peut offrir un bon rendement auprès des Canadiens si le gouvernement fédéral ne s'investit pas ardemment à appliquer des normes nationales et à allouer un financement adéquat aux gouvernements provinciaux.

Du 31 mars 2004 jusqu'en 2014, le Canada avait un accord national sur la santé par lequel il versait aux provinces des fonds fédéraux dédiés aux soins de santé (ce que l'on appelait le Transfert canadien en matière de santé ou TCS), et il s'engageait à opérer des hausses de financement de 6 % par année. L'Accord sur la santé appuyait lui aussi les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* qui font la fierté des Canadiens, à savoir : l'universalité, l'intégralité, la transférabilité, l'accessibilité et la gestion publique.

En 2011, le gouvernement Harper a annoncé qu'il réduirait l'augmentation annuelle du TCS pour l'indexer au taux de croissance de l'économie canadienne, en prévoyant un seuil minimal de 3 %. Cette manœuvre équivalait à des compressions de 36 milliards de dollars sur dix ans dans le financement des soins de santé par rapport au mécanisme de financement prévu dans l'Accord sur la santé.

À l'élection de 2015, le Parti libéral a promis d'instaurer une politique sur les soins de santé par laquelle il « assurer[ait] le leadership collaboratif fédéral qui a manqué durant la décennie de pouvoir de M. Harper ». Dans son programme électoral, le Parti faisait la promesse de « négocier un nouvel Accord sur la santé avec les provinces et les territoires, qui inclura une entente de financement à long terme ». Les Canadiens espéraient que le manque de leadership fédéral et les coupures dans les soins de santé qui ont caractérisé le régime du gouvernement Harper étaient histoire du passé.

Le SCFP est déçu d'avoir vu le gouvernement libéral abandonner ses promesses. Au lieu de négocier « un nouvel Accord [national] sur la santé », le gouvernement a signé des accords bilatéraux sur la santé d'une durée de dix ans avec chaque province et territoire. Ces accords maintiennent l'indexation du financement à 3 % de l'époque Harper, mais offrent des fonds supplémentaires pour les soins à domicile et la santé mentale. Aucune mesure particulière n'a été mise en place pour améliorer les soins de santé pour tous les Canadiens.

BAISSE DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Selon les projections gouvernementales, le financement fédéral des soins de santé grimpera à un rythme annuel d'un peu plus de 3 %. Or, il a été montré par de multiples calculs qu'une augmentation du financement de 5,2 % par année suffirait à peine à maintenir le niveau actuel des services de santé existants¹⁶. Le gouvernement fédéral va ainsi à l'encontre de ce que veulent la majorité des Canadiens, c'est-à-dire qu'il bonifie les services de santé et qu'il augmente le financement des soins de santé¹⁷.

Ces faits soulèvent des questions préoccupantes à propos des aînés canadiens : quels services de santé les provinces et les territoires sabreront-ils s'ils ne reçoivent pas suffisamment de fonds du gouvernement fédéral? Comment parviendrons-nous à soutenir la population vieillissante dont les besoins en soins de santé se font de plus en plus grands puisqu'on repousse encore l'établissement d'une stratégie nationale sur les aînés? Les grandes coupes exercées dans le système équivaudront-elles à une réduction des soins pour les aînés? Si le système est déjà sous-financé, combien faudra-t-il investir de plus dans l'avenir pour le « remettre sur pied »?

Le gouvernement investira une somme supplémentaire de 11 milliards de dollars sur dix ans, à compter de 2017, dans les soins à domicile et la santé mentale. Cet investissement est, évidemment, le bienvenu. Cependant, les fonds sont alloués à des programmes qui ne font pas partie du système de santé public actuel, ce qui fait que les provinces et les territoires, aux prises avec une réduction des fonds du TCS, ont du mal à maintenir les services de santé actuels et peuvent encore moins bonifier les programmes existants ou en créer de nouveaux.

Ces nouveaux accords grèveront encore davantage notre système de santé pourtant déjà à court de ressources. Les soins de santé accessibles aux patients varient selon s'ils vivent ou non au Canada. Les habitants des provinces moins bien nanties seront désavantagés et leur santé pourrait s'en ressentir en raison des manques de fonds graves.

FINANCEMENT PAR HABITANT NE TENANT PAS COMPTE DU PRIX DES SOINS AUX AÎNÉS

En 2012, le gouvernement conservateur a converti unilatéralement la formule de financement du Transfert canadien en matière de santé en un modèle par habitant. Ce changement a créé un grave désavantage pour les provinces où la population est vieillissante. D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, les aînés constituent 15,7 % de la population, mais comptent pour 46 % des dépenses en soins de santé au pays¹⁸. Ainsi, les provinces aux prises avec le vieillissement de la population voient les coûts des soins de santé grimper tandis que le financement provenant du gouvernement fédéral demeure au même niveau. Le gouvernement a choisi de ne pas revoir la formule de financement en mettant de côté la création d'un nouvel accord sur la santé. Puisqu'il n'y a pas de nouvel accord de financement, il devrait donc mettre en place un montant supplémentaire pour le

¹⁶ Coalition canadienne de la santé, *Les défenseurs des soins de santé sont consternés par les tactiques « diviser pour régner » d'Ottawa : Les espoirs de conclure un accord canadien sur la santé sont anéantis par la signature d'ententes avec les provinces*, 10 mars 2017.

¹⁷ Gloria Galloway, « Canadians differ from Trump view of public health care: poll shows », *Globe and Mail*, 14 novembre 2016; Andrew Russell, « What are top priorities for Canadians ahead of the federal budget? », *Global News*, 21 mars 2016.

¹⁸ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé : Comment les dépenses de santé consacrées aux personnes âgées ont-elles varié?*, 2016, <https://www.cihi.ca/fr/bddns2016-sujet7>.

Transfert canadien en matière de santé fondé sur des facteurs démographiques, par lequel les provinces comptant davantage d'aînés obtiendraient des fonds supplémentaires.

PORTE OUVERTE AUX SERVICES À BUT LUCRATIF

Les nouveaux accords de financement bilatéraux conclus entre le gouvernement fédéral et le gouvernement de chaque province et territoire n'offrent pas une protection adéquate à notre système de santé public.

À titre d'exemple, l'accord avec la Saskatchewan permet aux cliniques d'IRM privées de poursuivre leurs activités; ainsi, les patients qui en ont les moyens peuvent payer pour s'éviter les temps d'attente. Le SCFP s'oppose fermement à la privatisation des soins de santé. Elle enfreint directement la *Loi canadienne sur la santé* et notre droit à un accès universel, ce qu'un nouvel accord sur la santé – à condition d'être correctement appliqué – aurait mieux permis au gouvernement fédéral de réprimer.

En outre, rien dans les accords bilatéraux n'oblige les gouvernements provinciaux et territoriaux à investir les montants du transfert fédéral dans les services publics, et non privés, de soins à domicile et de santé mentale. Par conséquent, les deniers publics peuvent être investis dans des services privés à but lucratif plutôt que dans les services de santé publics universels.

ABSENCE DE SUPERVISION DES NORMES DE SANTÉ NATIONALES

L'Accord sur la santé confère au gouvernement fédéral un cadre cohésif destiné à faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui lui permet d'imposer des sanctions pécuniaires en cas d'infraction. Pourtant, en concluant des accords bilatéraux, le gouvernement fédéral n'a investi aucune somme dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et n'a offert aucun cadre commun assurant des objectifs en matière de soins de santé et une vision nationale équitables pour tous les Canadiens, peu importe leur lieu de résidence. Sans l'application de normes de santé nationales, le Canada court le risque de se rapprocher d'un système de santé entièrement privatisé, de la surfacturation par les médecins et de structures à deux vitesses qui favorisent les riches au détriment de nos aînés.

RESPONSABILITÉ RÉDUITE

Malgré la promesse de transparence et de responsabilité faite par les libéraux, les accords bilatéraux ont été négociés derrière des portes closes. Il n'y a eu aucune consultation publique, et les détails des accords ne sont toujours pas connus des mois après que les provinces et territoires et le gouvernement fédéral les ont conclus. Ce mutisme de l'État menace notre capacité collective à participer au débat et à protéger notre système de santé public.

4. RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

L'une des grandes priorités auxquelles la ministre de la Santé s'est vue demander de contribuer dans sa lettre de mandat, c'est d'améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments sur ordonnance. En collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, la ministre a reçu la mission de trouver

des moyens de réduire les coûts versés par les gouvernements pour les médicaments sur ordonnance afin de les rendre plus abordables pour les Canadiens¹⁹. Il est en effet crucial d'agir en ce sens, car les Canadiens arrivent actuellement au deuxième rang mondial pour ce qui est du prix payé pour les médicaments sur ordonnance, et des millions d'entre eux n'ont absolument aucune couverture d'assurance²⁰.

D'après le mandat octroyé à la ministre, les gouvernements pourraient agir de concert pour se procurer certains médicaments en gros, ce qui contribuerait à en réduire le prix. Ce type de plan ne va toutefois pas suffisamment loin pour répondre aux besoins de tous les Canadiens. Ce qu'il faut, c'est un régime d'assurance-médicaments national public, universel et à payeur unique.

Le Canada est le seul pays développé à être doté d'un programme de soins de santé universel qui ne s'accompagne pas également d'un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance universel²¹. Il est temps de terminer ce qui a été commencé à propos de l'assurance-maladie, qui, de tout temps, était censée améliorer l'accès aux médicaments. Les soins de santé ne devraient pas désigner exclusivement l'accès aux hôpitaux et aux médecins. Ils doivent aussi englober les médicaments dont les Canadiens ont besoin pour être en santé²².

Si les médicaments coûtent aussi cher au Canada, c'est en raison de la combinaison d'assurances publiques et privées. Le meilleur moyen de réduire le coût des médicaments sur ordonnance et de garantir l'accès de tous les Canadiens aux médicaments nécessaires serait d'instaurer une manière cohérente d'établir le prix des médicaments, d'en faire la couverture et de procéder à leur achat.

Les pays pourvus d'un régime d'assurance-médicaments universel et à payeur unique « augmentent leur pouvoir de négociation en achetant pour le compte de la population entière, au moyen d'une série de négociations, et les prix ainsi inférieurs sont répartis au sein d'une plus grande population. Il en résulte des coûts bien moindres pour les payeurs²³... »

Un rapport récent du Bureau du directeur parlementaire du budget en fait d'ailleurs état et montre qu'un régime national à payeur unique coûterait moins que ce que nous dépensons actuellement et couvrirait tous les Canadiens²⁴. « Le rapport présente certes une estimation prudente de la réduction des prix des médicaments et le formulaire employé est l'un des plus complets qui soient, mais le Bureau du directeur parlementaire du budget a *tout de même* conclu qu'un régime national d'assurance-médicaments produirait des économies nettes de plus de quatre milliards de dollars pour les Canadiens²⁵. »

¹⁹ Justin Trudeau, *Lettre de mandat de la ministre de la Santé*, <https://pm.gc.ca/fr/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>.

²⁰ Danielle Martin, *Mature Medicare: A Prescription for Canada's 150th*, 2 mai 2017, <https://mowatcentre.ca/mature-medicare/>.

²¹ Pour de plus amples renseignements, consulter la campagne du Congrès du travail du Canada à l'adresse <http://www.unregimepourtous.ca/>.

²² Ashley Csanady, « Pharmacare is the 'unfinished business of Medicare' and could save Canada up to \$14 B annually: report », *National Post*, 2 juin 2015, <http://nationalpost.com/news/politics/pharmacare-is-the-unfinished-business-of-medicare-and-could-save-canada-up-to-14-billion-annually>.

²³ Danielle Martin, *Mature Medicare: A Prescription for Canada's 150th*, 2 mai 2017, <https://mowatcentre.ca/mature-medicare/> [TRADUCTION].

²⁴ Bureau du directeur parlementaire du budget, *Coût d'un programme national d'assurance-médicaments de régie fédérale*, 28 septembre 2017, http://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2017/Pharmacare/Pharmacare_FR.pdf.

²⁵ Médecins canadiens pour le régime public, « PBO: universal pharmacare costs less than current spending », <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/pbo-universal-pharmacare-costs-less-than-current-spending.html> [TRADUCTION].

Chez les aînés, l'assurance-médicaments est offerte par toute une gamme de programmes provinciaux qui subventionnent le coût des médicaments sur ordonnance. La couverture offerte est toutefois incomplète, ce qui fait qu'un trop grand nombre de nos aînés sont laissés-pour-compte et ne bénéficient pas d'une couverture décente pour leurs médicaments. La mise en place d'un régime national ferait en sorte que tous les aînés aient accès à une assurance-médicaments publique. Il importe plus que jamais d'agir de la sorte, car la population canadienne se fait de plus en plus vieillissante.

L'existence d'un régime national d'assurance-médicaments apporterait par ailleurs une certaine sécurité aux 8,4 millions de travailleurs canadiens qui n'ont pas ce type d'assurance²⁶. En général, ces travailleurs ont surtout un emploi précaire et mal rémunéré. Il n'est donc pas étonnant de voir qu'ils font face à des défis importants et sont très vulnérables, au même titre que les aînés. Si on accorde aux travailleurs d'aujourd'hui davantage de sécurité dans leur quotidien, on les aide assurément à pouvoir vivre dans la décence et la sûreté une fois à la retraite.

Le public est largement en faveur d'un régime national d'assurance-médicaments. En effet, 91 % des Canadiens veulent que notre système de santé comprenne un régime universel d'assurance-médicaments sur ordonnance²⁷. Ils comprennent que les avantages conférés par ce régime aideraient à améliorer le sort de toute la population, y compris les aînés.

5. LOGEMENT

Le SCFP compte presque 3 400 membres au Canada dont le travail concerne directement la fourniture de logements sociaux. Ce nombre comprend des membres travaillant pour des sociétés d'habitation ou des commissions du logement municipales ou provinciales ainsi que des fournisseurs de logement privés à but non lucratif. Le logement abordable représente une préoccupation importante chez les aînés.

Le SCFP croit que le gouvernement fédéral devrait établir une stratégie nationale relative au logement qui respecterait, favoriserait et comblerait le droit à un logement adéquat, comme le garantissent les traités internationaux sur les droits de la personne ratifiés par le Canada.

Cette stratégie nationale relative au logement doit comporter des objectifs clairs relativement à sa mise en œuvre et garantir un logement, sûr, sécuritaire, viable, adéquat, abordable et accessible pour tous. Elle doit aussi traiter du financement et de la création de nouveaux logements sociaux.

Elle doit présenter des stratégies précises de lutte contre l'itinérance et porter une attention spéciale aux besoins des peuples autochtones.

Par le passé, le SCFP a appuyé le projet de loi C-400 du Nouveau parti démocratique, qui demandait la création d'une stratégie nationale relative au logement en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les administrations municipales et les organismes communautaires.

²⁶ Hassan Yussuff, « Unions want pharmacare plan for all Canadians », *The Toronto Star*, 4 septembre 2017, <https://www.thestar.com/opinion/commentary/2017/09/04/unions-want-pharmacare-plan-for-all-canadians.html>.

²⁷ Brent Patterson, *New Council of Canadians poll shows 91% want Liberals to implement pharmacare*, 17 mai 2017, <https://canadians.org/blog/new-council-canadians-poll-shows-91-want-liberals-implement-pharmacare>.

Nous sommes heureux de voir le gouvernement fédéral s'engager à affecter 3,4 milliards de dollars dans l'infrastructure sociale au cours des cinq prochaines années. Plus précisément, l'engagement envers un logement abordable est une étape importante dans la lutte contre la pauvreté, et il est encourageant de voir le gouvernement fédéral appuyer les initiatives de l'approche Logement d'abord. Nous demandons au gouvernement d'enrayer les projets de logements abordables privés à but lucratif, en ce que, par définition, les appartements abordables doivent être exclus du marché concurrentiel du logement qui n'a fait qu'aggraver la crise du logement abordable. Le loyer versé par les résidents de logements abordables ne devrait pas servir à sécuriser les marges de profit des sociétés privées.