



**SANTÉ ET RICHESSE :
LES VOIES DE NOTRE PROSPÉRITÉ**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU
COMITÉ PERMANENT DES FINANCES DE LA CHAMBRE DES COMMUNES
LE 15 AOÛT 2007**

QUINOUS SOMMES...

L'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) est la porte parole nationale des centres de l'enseignement et des régies régionales universitaires de la santé ainsi que de leurs instituts de recherche. ACISU est une association dont les membres représentent plus de 45 organisations qui varient d'hôpitaux individuels aux établissements régionaux multi-sites et multidimensionnels.

La caractéristique qui distingue les membres de l'ACISU est la suivante : ils ont tous la responsabilité globale des activités intégrées suivantes :

- Fournir à la population canadienne un accès en temps opportun à des services de santé spécialisés et à certains services de soins primaires de qualité.
- Ils représentent tous les principaux établissements de formation de professionnels de la santé du Canada, ce qui inclut les dix-sept facultés de médecine et d'autres facultés de disciplines de la santé.
- Ils fournissent la majeure partie de l'infrastructure nécessaire pour appuyer et effectuer la recherche sur la santé dans ses secteurs d'activité – découvertes médicales, création de savoir, traduction de savoir, innovation et commercialisation.

Dans le système de santé canadien, aucun autre organisme n'offre cette combinaison unique de services de santé, d'enseignement, de recherche et d'innovation. Nos établissements représentent une ressource nationale et constituent le pivot de notre système.

NOTRE MISSION...

L'ACISU a pour mission d'avancer et promouvoir l'excellence dans la livraison des services de santé de qualité, l'enseignement et l'expérience éducative, ainsi que la recherche de santé et l'entreprise d'innovation.

NOTRE MANDAT...

L'ACISU a pour mandat d'assurer un leadership national et une représentation stratégique efficace dans les trois domaines distincts, mais connexes, suivants:

- Assurer le financement, l'organisation, la gestion et la prestation de soins de santé tertiaires et quaternaires hautement spécialisés, ainsi que de soins de santé primaires.
- Former la prochaine génération de professionnels de la santé du Canada.
- Fournir l'infrastructure nécessaire pour appuyer et effectuer de la recherche fondamentale et appliquée.

Pour en savoir plus sur les activités d'ACISU, s'il vous plaît visitez notre site d'internet www.acisu.org

RÉSUMÉ

Pour l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, nombreux sont les domaines où le gouvernement fédéral joue légitimement un rôle considérable dans le façonnement de l'économie et de la santé du pays.

Dans un contexte mondial où le principal défi consiste à gérer le rythme rapide du changement, le Canada obtient, tant au plan national qu'au plan international, des résultats admirables dont nous pouvons être fiers. Mais il n'y a pas lieu de pavoiser : dans une économie du savoir de plus en plus marquée par la concurrence et l'innovation, par la quête de l'excellence et par l'interdépendance économique, notre situation actuelle, notre qualité de vie et notre avantage concurrentiel ne peuvent être tenus pour acquis.

En tant qu'employeurs d'une main-d'œuvre professionnelle, qualifiée ou spécialisée dont l'effectif se chiffre à plus de 200 000 personnes, les membres de l'ACISU constituent une force importante du moteur économique national. Cela dit, d'importantes modifications fiscales et des investissements sont nécessaires pour améliorer globalement notre qualité et notre niveau de vie. Les voici, par ordre de priorité :

RECOMMANDATION n° 1 :

Que le gouvernement fédéral porte à 100 % le taux de remboursement de la TPS accordé pour des achats admissibles aux établissements de santé à but non lucratif financés par des fonds publics (ce qui comprend les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les services communautaires de soins à domicile).

RECOMMANDATION n° 2 :

Que le gouvernement fédéral continue de soutenir l'innovation en adoptant un règlement fiscal durable et équilibré, échelonné sur plusieurs années, pour encadrer les investissements de l'État dans les programmes canadiens de recherche en santé, qui regroupent les organismes suivants : les Instituts de recherche en santé du Canada, Génome Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et le Programme des coûts indirects.

RECOMMANDATION n° 3 :

Que le gouvernement fédéral révise le Programme d'encouragements fiscaux de RS&DE (Recherche scientifique et développement expérimental) afin de rendre toutes les entreprises admissibles aux crédits d'impôt remboursables, d'offrir un abattement pour la R&D collaborative et d'étendre les crédits d'impôt aux phases d'obtention du brevet, de prototypage, d'essai du produit et à d'autres activités pré-commercialisation.

RECOMMANDATION n° 4 :

Que le gouvernement fédéral, en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, crée un Fonds national des ressources humaines en santé de 1 milliard de dollars, d'une durée de cinq ans, afin de renforcer les capacités en matière d'éducation et de formation des fournisseurs de soins de santé au Canada et de garantir un système de santé capable de s'adapter et d'offrir en temps opportun l'accès à des soins de qualité.

RECOMMANDATION n° 5 :

Que le gouvernement fédéral crée un fonds temporaire d'infrastructure pour les services de santé, afin d'aider les hôpitaux et centres d'enseignement à renforcer leurs capacités d'accueil, pour qu'ils puissent fournir aux Canadiens les soins dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

INTRODUCTION

Telle que formulée par le Comité permanent des finances de la Chambre des communes, la question fiscale au sujet de l'avenir de notre pays tient à la relation entre l'investissement adéquat et responsable des deniers publics en vue de maximiser notre bien-être collectif, et les outils que choisissent les gouvernements pour augmenter leurs revenus.

Malgré la simplicité apparente de l'équation revenus-dépenses, l'équilibre est fragile et rarement atteint entre l'obtention, au moyen d'une combinaison de mécanismes (imposition des particuliers et des entreprises, taxes de vente et d'accise, droits de douane, frais, taxes de péréquation, etc.) qui ne nuisent pas indûment à l'activité économique, de revenus publics et la maîtrise du flot de dépenses publiques nécessaires pour investir dans la grande variété d'activités et de programmes (sociaux) auxquels nous croyons, et qui améliorent globalement, en dernier lieu, notre qualité de vie, notre niveau de vie et notre compétitivité.

En tenant compte du fait que les capitaux, et conséquemment, à mesure que l'économie du savoir se mondialise, que les *gens* sont mobiles, nous devons être attentifs à l'établissement de taux d'imposition et d'autres mécanismes qui peuvent sembler trop contraignants ou non concurrentiels par rapport à ceux d'autres pays, et à l'effet que cela peut avoir sur la formation de capital, sur les possibilités d'emploi ainsi que sur l'effort de travail. En même temps, les recettes fiscales permettent aux sociétés – c'est chose admise – de réaliser nombre d'objectifs essentiels à l'intérêt public qui ne se réaliseraient pas autrement.

Dans un monde où le changement est désormais la règle et non l'exception, nous devons, lorsque nous envisageons l'avenir, nous assurer que nous disposons d'un régime fiscal flexible qui pose les bases d'une prospérité véritablement durable.

L'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) croit qu'il existe des domaines importants où le régime fiscal canadien pourrait être ajusté afin de réaliser un certain nombre d'objectifs relevant des politiques publiques, dont ceux-ci : l'amélioration de l'état de santé des Canadiens, le fonctionnement général du système de santé et la contribution à la prospérité économique du pays.

HARMONISER LA TAXE SUR LES PRODUITS ET SERVICES (TPS) ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

Dans les principes comme dans la pratique, l'ACISU est d'avis qu'une politique fiscale efficace devrait favoriser une politique efficace en matière de soins de santé dans l'ensemble du pays, en permettant la répartition efficace des ressources dans le système. En ce qui concerne l'application de la taxe sur les produits et services (TPS) au système de santé, ce n'est pas ce que l'on constate actuellement.

Dans la situation actuelle, les hôpitaux (le H de la formule MUSH) ont droit à un remboursement de 83 % de la TPS pour les coûts intrants admissibles. Les établissements de soins de longue durée financés par des fonds publics et les services de soins communautaires à domicile sont admissibles à un remboursement de 50 % de la TPS. Cette diversité dans les taux de remboursement nuit à l'efficacité d'ensemble de la taxe et à son administration au niveau local. Afin de simplifier ce processus et de le rendre conforme au principe d'intégration des régies régionales de la santé (RRS), l'ACISU plaide vigoureusement en faveur d'une approche uniformisée de l'administration de la TPS dans ce domaine.

Il importe également de noter que les provinces de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, étant donné le fonctionnement de leurs systèmes de santé, ne paient dans les faits aucune TPS sur leurs intrants en santé. Cela s'explique sans doute, selon nous, par le fait que les RRS [de ces provinces] sont considérées, du point de vue de la législation, comme des extensions du gouvernement provincial aux fins de l'impôt et que, constitutionnellement, un palier du gouvernement ne peut en taxer un autre.

Étant donné l'inégalité fondamentale de l'effet de la TPS sur le système de santé dans le reste du pays, le gouvernement fédéral doit voir là une occasion propice à l'établissement de règles équitables pour toutes les provinces.

L'ACISU est d'avis que le gouvernement fédéral devrait modifier la formule MUSH de manière à accorder aux hôpitaux le même traitement qu'aux municipalités (le M de MUSH), lesquelles ont droit à un remboursement de la TPS de 100 %. Le gouvernement fédéral devrait aussi porter à 100 % le remboursement de la TPS pour les « services liés aux soins de santé » qui sont financés par des fonds publics.

Une décision en ce sens permettrait au gouvernement fédéral d'éviter que la politique actuelle concernant la TPS semble rediriger les précieuses recettes de l'État destinées aux soins des patients vers les coffres du gouvernement fédéral, sous la forme d'une hausse des revenus tirés de l'impôt.

Le dépôt du budget 2008 offre au gouvernement fédéral une excellente occasion de prendre les rennes dans cette question, en harmonisant efficacement la politique fiscale à la politique en matière de santé et en investissant, du même coup, les ressources directement dans le système de santé. Une telle décision ne serait pas seulement bien vue par les membres de l'ACISU, elle serait entièrement appuyée par l'ensemble du secteur de la santé canadien.ⁱ

Si le gouvernement fédéral modifie le taux de remboursement de la TPS, il obtiendra (au moins) quatre résultats considérables en matière de politiques publiques : (1) un traitement égal pour toutes les provinces en vertu de la Loi sur l'accise; (2) une meilleure harmonisation financière entre la TPS et le système de santé; (3) la reconnaissance de l'importance de l'intégration des services et un soutien plus efficace de cette intégration, grâce à l'implantation de régies régionales de la santé dans l'ensemble du pays; (4) des investissements supplémentaires directs dans le système de santé et dans les programmes de recherche en santé, au moyen du régime fiscal.

Recommandation n° 1

Que le gouvernement fédéral porte à 100 % le taux de remboursement de la TPS accordé pour des achats admissibles aux établissements de santé à but non lucratif financés par des fonds publics (ce qui comprend les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les services communautaires de soins à domicile).

RENFORCER LA RELATION ENTRE LE RÉGIME FISCAL ET LES PROGRAMMES CANADIENS DE RECHERCHE EN SANTÉ

Le régime fiscal joue deux rôles très importants pour l'avenir des programmes canadiens de recherche en santé :

1. Les recettes de l'État tirées du régime fiscal ont un rôle clé dans le soutien de nombreux aspects de la recherche en santé (subventions de fonctionnement, personnel, coûts indirects, infrastructures, p. ex.). Au cours de la dernière décennie, l'ACISU a applaudi au soutien continu offert par le gouvernement fédéral à la recherche en santé, à la reconnaissance accordée au fait que les investissements dans les phases de découverte et de développement de la recherche sont d'importants précurseurs de décisions fondées sur des preuves dans le système de santé, ainsi qu'au développement d'une gamme de produits et de services novateurs et concurrentiels sur les marchés mondiaux.

Comme elle l'a fait précédemment auprès du gouvernement fédéral, l'ACISU continue de défendre vigoureusement une augmentation des investissements publics dans un certain nombre d'« outils » qui appuient la recherche canadienne en santé. Il s'agit des Instituts canadiens de recherche en santé, de la Fondation canadienne pour l'innovation et du Programme des coûts indirects.ⁱⁱ

Recommandation n° 2

Que le gouvernement fédéral continue de soutenir l'innovation en adoptant un règlement fiscal durable et équilibré, échelonné sur plusieurs années, pour encadrer les investissements de l'État dans les programmes canadiens de recherche en santé, qui regroupent les organismes suivants : les Instituts de recherche en santé du Canada, Génome Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation et le Programme des coûts indirects.

2. La structure du régime fiscal peut constituer un puissant attrait pour les investissements du secteur privé dans la recherche, l'innovation et la commercialisation en santé.

Le régime fiscal joue des rôles complémentaires dans le soutien de l'« écosystème » de la recherche, ou dans son parcours, depuis les découvertes médicales fondamentales jusqu'à la transformation des nouvelles connaissances en produits et services révolutionnaires qui peuvent non seulement avoir des répercussions sur la vie des Canadiens, mais aussi entraîner des bénéfices économiques considérables en termes d'emplois, d'investissements, de revenus, de richesse créée et de recettes pour l'État.

Programme d'encouragements fiscaux : Recherche scientifique et développement expérimental (RS&DE)

Du point de vue des membres de l'ACISU, on doit à la recherche en santé certaines des découvertes les plus importantes des 19^e et 20^e siècles. Des recherches fondamentales qui conduisent à l'amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités, jusqu'aux découvertes qui entraînent des bénéfices économiques, il sera dans notre intérêt de mettre en place un cadre réglementaire qui mesure l'importance de l'interrelation entre l'état de santé de la population, le système de santé canadien, la compétitivité sur le plan économique et notre avenir comme nation, et qui l'utilise au maximum.

Pour encourager la continuité dans l'innovation en santé, le programme actuel de recherche scientifique et de développement expérimental (RS&DE) doit demeurer solide et compétitif. Il s'agit de l'un des plus anciens programmes du genre au monde. Cependant, les forces de la concurrence internationale agissent sur nous et de nombreux groupes d'intervenants du secteur de la recherche en santé (BIOTECanada, Recherche Canada, Rx&D, p. ex.) sont d'accord pour affirmer que des modifications sont de mise afin de refléter la nouvelle réalité des programmes de recherche au Canada. Par exemple, BIOTECanada recommande que la limite des dépenses annuelles en R&D du programme RS&DE passe de 2 à 10 millions de dollars.ⁱⁱⁱ

L'ACISU croit que le programme RS&DE, ses critères, règlements et processus de demande doivent être révisés et améliorés, afin qu'il devienne un catalyseur de l'accroissement des investissements du secteur privé.

Recommandation n° 3

Que le gouvernement fédéral révise le Programme d'encouragements fiscaux de RS&DE (Recherche scientifique et développement expérimental) afin de rendre les crédits d'impôts remboursables pour toutes les entreprises, d'offrir un abattement pour la R&D collaborative et d'étendre les crédits d'impôt aux phases d'obtention du brevet, de prototypage, d'essai ainsi qu'à d'autres activités pré-commercialisation.

LES SERVICES DE SANTÉ FINANCÉS PAR L'IMPÔT ET LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

L'assurance-maladie est considérée comme un programme financé par la recette fiscale, étant donné l'importante contribution du gouvernement fédéral par la voie du Transfert canadien en matière de santé et d'autres fonds ponctuels et ciblés (le Fonds pour l'achat d'équipement médical, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Inforoute Santé du Canada, pour n'en nommer que quelques-uns). Considérant que les fonds publics doivent être investis sagement et qu'ils doivent offrir aux Canadiens l'accès en temps opportun à une grande variété de services de santé, l'ACISU croit qu'il revient au gouvernement fédéral d'investir dans deux domaines clés, afin de renforcer la capacité globale du système à répondre promptement.

Améliorer la productivité et la prospérité en investissant dans notre atout le plus précieux : le capital humain

Au cours de la dernière décennie, des préoccupations ont été soulevées quant à la formation d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé pour satisfaire la demande (croissante), actuelle et future, pour les services de santé. Ces préoccupations ont été entendues régulièrement par les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les techniciens, ainsi que par des groupes représentant d'autres fournisseurs et la communauté des institutions et établissements de santé.^{iv}

Cette question est d'une importance particulière, puisqu'un nombre croissant de fournisseurs de soins de santé prévoient prendre leur retraite (ou quitter complètement le système de santé) au cours des dix années à venir, alors que le nombre de nouveaux venus ne suit pas la même tendance, ceci au moment où de plus en plus de Canadiens ont recours aux soins du système de santé.

Dans la suite des nombreuses étapes constructives franchies par le gouvernement fédéral dans l'accomplissement de ses engagements récents en matière de politiques visant à traiter des aspects précis de la planification des ressources humaines en santé^v, nous sommes d'avis qu'il est opportun pour le gouvernement de renforcer ses relations de travail avec les provinces et les territoires et avec les fournisseurs de soins de santé, par la création d'un fonds temporaire ciblé lié à des enjeux stratégiques précis ayant pour but d'accélérer la capacité de formation dans le système de santé.

Considérant que la promptitude future du système de santé quant à la prestation de soins de qualité offerts en temps opportun dépend largement de la disponibilité de fournisseurs de soins, nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral, en consultation avec les provinces et territoires et avec les fournisseurs de soins, doit créer maintenant, pour une durée de cinq ans, un Fonds national pour les ressources humaines en santé de 1 milliard de dollars.^{vi}

Si le système de santé doit prospérer, et non se contenter de survivre, le Canada doit veiller à investir continuellement dans son plus précieux atout : les professionnels des soins de santé. Les économies qui sont concurrentielles à l'échelle mondiale, au 21^e siècle, reposent toutes, sans exception, sur une main-d'œuvre en bonne santé, très éduquée et entièrement investie dans son travail. De plus, il est dans l'intérêt de tous les Canadiens de disposer d'un système pouvant offrir l'accès en temps opportun à des soins de santé de qualité.

Recommandation n^o 4

Que le gouvernement fédéral, en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, crée un Fonds national pour les ressources humaines en santé de 1 milliard de dollars, d'une durée de cinq ans, afin de renforcer les capacités en matière d'éducation et de formation des fournisseurs de soins de santé au Canada et de garantir un système de santé adaptable et souple, capable d'offrir en temps opportun l'accès à des soins de qualité.

L'amélioration de la capacité du système de santé

Bien que l'importance des ressources dites opérationnelles pour le système de santé soit cruciale, il est tout aussi essentiel de tenir compte de sa capacité à offrir des soins (c'est-à-dire son infrastructure) et des exigences futures, sachant que la plupart de nos établissements de soins de courte durée datent du début du siècle dernier.^{vii}

Selon l'ACISU, l'actuel parc d'établissements est sous-financé et la dévaluation n'est pas entièrement prise en compte par les gouvernements fédéral et provinciaux au moment du financement. Par conséquent, les hôpitaux ne disposent que de ressources limitées pour améliorer leurs installations, ou pour augmenter leur capacité d'accueil si cela est nécessaire (par exemple, en Ontario seulement, on estime au bas mot que les investissements nécessaires à la modernisation et à l'expansion des hôpitaux se situent entre 7 et 9 milliards de dollars).^{viii}

L'ACISU encourage fortement l'attribution de ressources fédérales visant à aider les hôpitaux et les centres d'enseignement, à titre de ressources nationales au sein du système, à renouveler leurs infrastructures et à améliorer leur capacité à réaliser leur mission et leur mandat.

En 1948, le gouvernement fédéral a créé le Programme de subventions à la construction d'hôpitaux, qui visait à offrir aux provinces et territoires des subventions qui couvriraient les coûts de construction de nouveaux hôpitaux. Le projet, conçu pour la construction d'infrastructures permettant d'offrir des soins en temps opportun, devait constituer une étape fondamentale dans le développement, au moyen de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, de l'assurance au premier dollar pour les services hospitaliers, et de ce que nous connaissons maintenant sous le nom d'assurance-maladie.

De nombreuses décisions d'investissement semblent viser la satisfaction de besoins immédiats plutôt que la mise en œuvre d'une planification à longue échéance. Dans certains cas, des ajouts ou des rénovations sont effectués sur des structures désuètes, alors qu'une reconstruction complète se serait avérée plus pertinente.^{ix}

Un fonds temporaire s'ajouterait aux actuels Programmes des infrastructures du gouvernement fédéral (pour les routes, les autoroutes, les ponts, etc.) et au financement par celui-ci de l'infrastructure de recherche en santé (par l'intermédiaire de la Fondation canadienne pour l'innovation) pour les compléter. Comme de nombreux établissements ont largement dépassé leur durée de vie espérée, nous croyons que le moment est bien choisi pour que le gouvernement fédéral mette en place un mécanisme qui aiderait le secteur de la santé à reconstituer et à augmenter la capacité physique du système (et qui contribuerait à la reconstruction des établissements financés à l'origine par le Programme de subventions à la construction d'hôpitaux), et veille à ce que les Canadiens aient accès à des installations de classe mondiale lorsqu'ils ont besoin de soins.

Recommandation n^o 5

Que le gouvernement fédéral crée un fonds temporaire d'infrastructure pour les services de santé, afin d'aider les hôpitaux et les centres d'enseignement à renforcer leur capacité d'accueil, pour qu'ils puissent fournir aux Canadiens les soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin

ANNEXE A: MEMBRES DE L'ACISU

Terre-Neuve

Ms. Louise Jones
Eastern Regional Integrated
Health Authority
www.easternhealth.ca

Nouvelle Écosse

Ms. Anne McGuire
IWK Health Centre
www.iwk.nshealth.ca

Ms. Christine Power
Capital District Health Authority
www.cdha.nshealth.ca

New Brunswick

Ms. Dora Nicinski
Atlantic Health Sciences Corporation
www.reg2.health.nb.ca

Dr. Donn Peters
South-East Regional Health Authority
www.serha.ca

Québec

Monsieur Robert Busilacchi
Institut de cardiologie de Montréal
www.icm-mhi.org

Monsieur Khiem Dao
Hôpital Sainte-Justine
www.chu-sainte-justine.org

Monsieur Michel Delamarre
Hopital Laval, Institut universitaire
de cardiologie et de pneumologie
www.ulaval.ca/crhl

Madame Lise Denis
Association québécoise
d'établissements de santé et
de services sociaux
www.aqesss.qc.ca

Madame Carole Deschambault
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
www.maisonneuve-rosemont.org

Mr. Henri Elbaz
Jewish General Hospital
www.@adm.jgh.mcgill.ca

Madame Patricia Gauthier
Centre Hospitalier Universitaire
de Sherbrooke
www.crc.chus.qc.ca

Monsieur Denis Lalumière
Institut Universitaire de Gériatrie
de Sherbrooke
www.iugs.ca

Monsieur Michel Larrivière
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
www.crhsc.umontreal.ca

Dr. Arthur Porter
McGill University Health Centre
www.muhc.mcgill.ca

Monsieur René Rouleau
Centre Hospitalier Universitaire
de Québec
www.chuq.qc.ca

Dr. Denis-Richard Roy
Centre hospitalier de L'Université
de Montréal
www.chumontreal.qc.ca

Mme. Marie-France Simard
Institut universitaire de gériatrie
de Montréal
www.iugm.qc.ca

Ontario

Monsieur Jean Bartkowiak
SCO Health Services
www.scohs.on.ca

Dr. Robert Bell
University Health Network
www.uhn.on.ca

Monsieur Michel Bilodeau
Children's Hospital of Eastern Ontario
www.cheo.on.ca

Mr. Joe de Mora
Kingston General Hospital
www.kgh.kari.net

Dr. Paul Garfinkel
Centre for Addiction and Mental Health
www.camh.net

Mr. Hugh Graham
Hotel Dieu Hospital
www.hdh.kari.net

Ms. Mary Jo Haddad
The Hospital for Sick Children
www.sickkids.ca

Dr. William Reichman
Baycrest Centre for Geriatric Care
www.baycrest.org

Ms. Sheila Jarvis
Bloorview MacMillan
www.bloorview.ca

Dr. Jack Kitts
The Ottawa Hospital
www.ottawahospital.on.ca

Mr. Jeffrey Lozon
St. Michael's Hospital
www.smh.toronto.on.ca

Mr. Joseph Mapa
Mount Sinai Hospital
www.mtsinai.on.ca

Mr. Murray Martin
Hamilton Health Sciences Corporation
www.hhsc.ca

Mr. Cliff Nordal
London Health Sciences Centre
www.lhsc.on.ca

Mr. Cliff Nordal
St. Joseph's Health Care
www.sjhc.london.on.ca

Mr. Mark Rochon
Toronto Rehabilitation Institute
www.torontorehab.on.ca

Dr. Kevin Smith
St. Joseph's Healthcare
www.stjosham.on.ca

Mr. Leo Steven
Sunnybrook Health Sciences Corp.
www.sw.ca

Mr. Bruce Swan
Royal Ottawa Hospital Group
www.rohcg.on.ca

Manitoba

Dr. Brian Postl
Winnipeg Regional Health Authority
www.wrha.mb.ca

Dr. Michel Tétreault
St. Boniface General Hospital
www.gwmail.sbgm.mb.ca

Dr. Brock Wright
Health Sciences Centre
www.hsc.mb.ca

Saskatchewan

Ms. Maura Davies
Saskatoon Health Region
www.sdh.sk.ca

Mr. Dwight Nelson
Regina Qu'Appelle Health Region
www.rghealth.ca

Alberta

Mr. Jack Davis
Calgary Health Authority
www.crha-health.ab.ca

Mr. Patrick Dumelie
The Caritas Health Group
www.cha.ab.ca

Dr. Jean-Michel Turc
Alberta Cancer Board
www.cancerboard.ab.ca

Ms. Sheila Weatherill, C.M.
Capital Health
www.cha.ab.ca

Colombie Britannique

Ms. Lynda Cranston
Provincial Health Services Authority
www.phsa.ca

Ms. Ida Goudreau
Vancouver Coastal Health Authority
www.vrhc.bc.ca

Ms. Dianne Doyle
St. Paul's Hospital
www.providencehealth.bc.ca

Mr. Howard Waldner
Vancouver Island Health Authority
www.viha.ca

NOTES:

ⁱ D'après les informations les plus récentes rendues publiques par le ministère des Finances, la modification coûterait 82,5 millions de dollars au gouvernement fédéral (en ce qui concerne les autorités sanitaires). L'octroi du remboursement à tous les services liés aux soins de santé et financés par des fonds publics coûterait 305 millions de dollars de plus.

ⁱⁱ En 2006, l'ACISU a fait au gouvernement fédéral les recommandations suivantes : (1) *Que le gouvernement fédéral augmente le budget de base des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de 350 millions de dollars au cours des trois prochaines années, et qu'il étudie la possibilité de fonds ciblés liés à des enjeux stratégiques précis;* (2) *Que le gouvernement fédéral prenne les mesures appropriées pour investir 1,0 milliard de dollars afin d'appuyer l'établissement d'infrastructures de recherche de classe internationale par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation en 2007;* (3) *Que le gouvernement fédéral augmente le financement destiné aux coûts indirects de la recherche offert par les trois organismes subventionnaires fédéraux de 300 millions à 450 millions de dollars (40 %), à partir de l'exercice 2007-2008.*

ⁱⁱⁱ BIOTECanada, *Investing in Canada's Future – BIOTECanada's Proposed SR&ED Policy Amendments*, février 2007 [en anglais seulement].

^{iv} Par exemple, il y a consensus dans les groupes médicaux (p. ex., le Forum médical canadien) au sujet du nombre de places offertes dans les facultés de médecine, qui devrait passer de 2 250 à 2 500 par année. L'Association des facultés de médecine du Canada et l'Association médicale canadienne indiquent qu'un objectif de 3 000 places dans les facultés de médecine est raisonnable, étant donné la demande croissante pour les soins de santé et les changements au sein du personnel médical. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le nombre de places en formation infirmière doit passer à 15 600 par année; au Canada, actuellement, environ 5 000 infirmières et infirmiers obtiennent leur diplôme chaque année.

^v Ce qui inclut 75 millions de dollars pour attirer dans le système un plus grand nombre de professionnels formés à l'étranger, 5,5 millions de dollars consacrés aux projets visant à renforcer le personnel infirmier, et 153 000 \$ pour aider à accroître le nombre de médecins qui pratiquent en zones rurales.

^{vi} Il faut garder à l'esprit le précédent historique qui explique le rôle complémentaire du gouvernement fédéral dans l'accroissement des capacités des ressources humaines de la santé. En 1966, plus précisément, le gouvernement fédéral a créé une caisse d'aide à la santé dotée de 500 millions de dollars, « ... pour planifier, construire et rénover les installations nécessaires à la formation de professionnels de la santé ou à la recherche. » ^{vi} Dans les faits, il s'agissait d'une caisse temporaire, qui ciblait des enjeux stratégiques précis et qui répartissait ses fonds de trois façons : (1) le gouvernement fédéral acceptait de partager jusqu'à 50 % des coûts de chaque proposition envisagée, et pouvait offrir une contribution n'excédant pas le pourcentage de la population canadienne représentée par la province. Les 175 millions restants seraient attribués, « à l'occasion », par le gouverneur en conseil, et 25 millions seraient alloués à des propositions conjointes des provinces atlantiques. En tenant compte de l'effet de levier de certains aspects de la Caisse (c'est-à-dire le partage égal des coûts avec les provinces), sa valeur totale représentait 800 millions de dollars. Créée il y a plus de quarante ans, la Caisse avait pour fonction principale d'accroître la capacité à former « des professionnels du domaine de la santé ou des domaines connexes... ». En tenant compte du fait que le système de santé a évolué, et que les questions liées à la capacité de former des ressources humaines en santé concernent désormais un vaste éventail de groupes de fournisseurs de soins, nous croyons qu'il est temps d'étudier les moyens de transposer et d'appliquer les principes fondamentaux qui sous-tendent la Caisse d'aide à la santé au contexte qui détermine actuellement les politiques nationales.

^{vii} Les défis liés à cette question sont soulignés par les données suivantes : (a) entre 1982 et 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées à la construction de nouveaux hôpitaux ont diminué de 50 \$ à 21 \$, ou de 5,3 % annuellement, et (b) depuis 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées aux appareils et au matériel hospitaliers neufs ont diminué de 1,8 % par année. Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques. Association médicale canadienne, 2001, p. 15-16.

^{viii} Les défis liés à cette question sont soulignés par les données suivantes : (a) entre 1982 et 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées à la construction de nouveaux hôpitaux ont diminué de 50 \$ à 21 \$, ou de 5,3 % annuellement, et (b) depuis 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées aux appareils et au matériel hospitaliers neufs ont diminué de 1,8 % par année. *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*. Association médicale canadienne, 2001, p. 15-16.

^{ix} Les défis liés à cette question sont soulignés par les données suivantes : (a) entre 1982 et 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées à la construction de nouveaux hôpitaux ont diminué de 50 \$ à 21 \$, ou de 5,3 % annuellement, et (b) depuis 1998, les dépenses réelles par habitant consacrées aux appareils et au matériel hospitaliers neufs ont diminué de 1,8 % par année. *Les soins spécialisés au Canada : définition des enjeux et défis stratégiques*. Association médicale canadienne, 2001, p. 15-16.