
VENTS DE
CHANGEMENT
TOUCHANT
LE SECTEUR DE LA
SANTÉ AU CANADA,
LE RÉGIME DE SOINS
DE SANTÉ
DE LA FONCTION
PUBLIQUE (RSSFP)
et le régime de
services dentaires
pour les pensionnés
(RSDP)



La vraie richesse, c'est la santé, non les pièces d'or et d'argent.

Le mahatma Gandhi

Nous nous proposons d'analyser dans ces pages les tendances économiques, commerciales et politiques qui pourraient avoir des incidences sur le système de santé canadien, le Régime de soins de santé de la fonction publique RSSFP et le Régime de services dentaires pour les pensionnés RSDP dans les années qui viennent. Celles-ci seront certainement jalonnées de difficultés, mais l'ANRF, forte du plan stratégique établi par le Conseil national d'administration, est en mesure d'y faire face.

LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA

Comme l'a fait observer le mahatma Gandhi, la vraie richesse, c'est la santé; la population canadienne semble de son avis, si l'on en juge d'après les débats passionnés qui ont eu lieu au cours de la dernière année. Avec les négociations devant mener à l'Accord sur la santé de 2014, le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie et l'étude sur les soins de santé qu'a fait paraître le Conseil de la fédération, l'action n'a pas manqué, et les vents du changement ont soufflé dans toutes les directions.

Afin de saisir les enjeux de l'Accord sur la santé de 2014, il nous faut comprendre les ententes qui ont été entérinées dans l'accord de 2004. En 2003, les premiers ministres se sont réunis et ont adopté un plan d'action réitérant leur adhésion aux principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Au Canada, les soins de santé sont administrés par les provinces et les territoires, et financés par le gouvernement fédéral au moyen de paiements de transfert; les ententes conclues entre les parties devaient donc être précisées.

L'Accord sur la santé de 2004 prévoyait de nouveaux avantages pour les Canadiens, avec la création d'un fonds de 16 milliards de dollars sur cinq ans pour la réforme de la santé; celle-ci était axée sur les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux, qui visait à intégrer les médicaments et produits pharmaceutiques dans la fourniture des soins de santé au sein des provinces.

[Feuillets de renseignements – Accord de 2003 sur la santé – Santé Canada.](#)

(Pour consulter les sources, cliquer sur les liens dans la version électronique du présent document.)

Deux organismes importants ont été chargés de surveiller la mise en œuvre de l'Accord sur la santé par les provinces, et de présenter des rapports sur la question; ils ont produit des analyses détaillées des progrès accomplis relativement aux priorités établies dans l'Accord sur la santé de 2004. Le premier des deux, le [Conseil canadien de la santé](#), est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Mis sur pied par le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et des territoires, il a vu son rôle élargi à la suite des deux ententes que l'on appelle « les accords ».

Il s'agit de l'[Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé](#) et du [Plan décennal pour consolider les soins de santé](#), adopté en 2004. Les ministres de la Santé des douze gouvernements qui ont signé l'Accord doivent suivre l'avancement du processus de transformation ainsi enclenché. Le second organisme est le [Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie](#). Celui-ci a été prié, le 31 janvier 2011, d'entreprendre le deuxième examen parlementaire du Plan décennal, conformément à l'article 25.9 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, qui exige qu'un comité parlementaire se penche sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ce plan le ou avant le 31 mars 2008 et trois ans plus tard. Dans le cadre de ce processus, l'ANRF a été invitée à soumettre un mémoire au Comité sénatorial; ce document a été présenté le 4 novembre 2011 et peut être consulté à l'adresse suivante :

[http://www.fsna.com/PDF/Advocacy/Submission Health Accord FSNA2011.pdf](http://www.fsna.com/PDF/Advocacy/Submission_Health_Accord_FSNA2011.pdf).

Le 27 mars 2012, le Comité sénatorial a fait paraître son [septième rapport](#), intitulé *Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*; sur les 46 recommandations qu'il contient, trois ont été formulées par l'ANRF dans son mémoire du 4 novembre 2011.

En décembre 2011, les ministres des provinces et des territoires se sont réunis pour négocier le renouvellement de l'Accord sur la santé avec le gouvernement fédéral. Au cours de cette rencontre, le ministre fédéral des Finances, Jim Flaherty, leur a présenté les nouvelles modalités des paiements de transfert versés par le gouvernement fédéral à chaque province pour le

financement des soins de santé. Ces transferts vont croître de 6 % par année jusqu'en 2013-2014. Par la suite, les transferts en espèces vont continuer d'augmenter de 6 % par année jusqu'en 2016-2017. À compter de 2017-2018, les transferts totaux augmenteront en fonction d'une moyenne mobile triennale de la croissance du produit intérieur brut, avec garantie d'augmentation du financement d'au moins 3 % par annéeⁱ. Le directeur parlementaire du budget du gouvernement canadien, Kevin Page, estime que cela se traduira par des réductions de dépenses de 31 milliards de dollars entre 2017 et 2024ⁱⁱ. Ces fonds manquants ne peuvent que mettre notre système de santé en péril.

Un autre danger menace le secteur de la santé au pays; pour en mesurer l'ampleur, il faut connaître les obligations qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* :

- Veiller à l'application de la *Loi*;
- Accorder une aide financière aux gouvernements provinciaux et territoriaux par des transferts fédéraux;
- Assurer la prestation directe de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits, au personnel militaire et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada ainsi qu'aux détenus des pénitenciers fédéraux;
- Offrir les programmes et se conformer aux responsabilités réglementaires dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, de la sécurité de la santé et de la prévention des maladies;
- Encourager la recherche scientifique et médicale par l'entremise de financement et d'autres moyens.

On peut soutenir que l'obligation la plus importante du gouvernement fédéral consiste à veiller à l'application de la *Loi*, qui établit une norme visant la fourniture équitable de services de santé à tous les Canadiens. Les dispositions législatives contenues dans le projet de loi budgétaire C-38, adopté récemment, déchargent pourtant le gouvernement fédéral de la responsabilité de la fourniture directe de services de santé aux réfugiés, pour la confier aux provinces. De même, en août 2012, la Gendarmerie royale du Canada a annoncé que ses membres allaient recevoir des services de santé directement de leur province de résidence. Le retrait de l'obligation du

gouvernement fédéral relative à la prestation directe de services de santé, inscrite dans la *Loi canadienne sur la santé*, est conforme à l'objectif de réduction du déficit que s'est fixé le présent gouvernement.

Les actions en justice visant à protéger la *Loi canadienne sur la santé* pourraient devenir plus fréquentes; ainsi, le gouvernement de la Colombie-Britannique a récemment sollicité une injonction contre la Cambie Surgeries Corporation et la Specialist Referral Clinic, deux établissements privés appartenant à la même entreprise; ceux-ci ont été accusés de pratiquer la surfacturation, procédé illégal en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. La Medical Services Commission de la Colombie-Britannique a demandé l'injonction après avoir ordonné en vain, à plusieurs reprises, l'arrêt de cette pratique. Le docteur Brian Day, propriétaire des deux cliniques, a riposté en intentant sa propre poursuiteⁱⁱⁱ.

André Picard, dans un article paru il y a peu dans le *Globe and Mail*, dresse la liste des causes, portées devant les tribunaux, qui vont présenter des arguments en faveur des soins de santé privés. Dans le passage ci-dessous, il examine le premier procès du genre au Canada, où la Cour suprême a invalidé l'interdiction, par le Québec, d'avoir recours à une assurance privée pour obtenir des services « médicalement nécessaires » couverts par le régime public :

[Traduction]

Nos lecteurs se rappellent peut-être la cause du docteur Jacques Chaoulli; celui-ci a fait valoir que la prohibition de l'assurance maladie privée menaçait le bien-être de personnes ayant absolument besoin d'un traitement, comme le patient George Zeliotis, qui estimait que l'attente nécessaire pour subir un remplacement de la hanche était déraisonnablement longue.

Beaucoup ont prédit que l'arrêt Chaoulli ouvrirait grand la porte à l'assurance privée au Canada. (Six provinces interdisent la vente d'assurance privée pour des services médicalement nécessaires, c'est-à-dire fournis par des médecins et des hôpitaux.)

Cela ne s'est pas produit, pour deux raisons : 1) la cause reposait sur la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, et le jugement ne s'appliquait donc qu'au Québec; 2) la Cour a précisé que la

prohibition de l'assurance privée pouvait être justifiée si la période d'attente n'était pas inacceptable.

L'affaire Chaoulli a incité les provinces à établir des points de repère pour les temps d'attente, ce qui a aidé à réduire ces derniers dans certains cas. Mais l'arrêt a surtout donné des munitions à ceux qui veulent plus de « choix », autrement dit la possibilité de s'adresser à des services de santé privés.

Fait important, le journaliste conclut en ces termes :

Quelle que soit leur opinion, les politiciens et les artisans des politiques devraient s'entendre sur un point : la politique de la santé devrait être élaborée par les élus, et non par les tribunaux^{iv}.

DANGERS MENAÇANT LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Risque de non-signature de l'accord sur la santé de 2014

En raison de l'absence du gouvernement fédéral aux réunions auxquelles participent les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de discuter des négociations devant mener à l'Accord sur la santé de 2014, il se peut que celui-ci ne soit pas signé. Or, sans le renouvellement de l'Accord sur la santé, il ne sera pas possible d'établir des normes visant la fourniture équitable de soins de santé à tous les Canadiens.

Réduction des paiements de transfert versés aux provinces par le gouvernement fédéral

La réduction des paiements de transfert versés aux provinces pour le financement des soins de santé va entraîner un manque de fonds que les provinces devront compenser soit par une hausse d'impôts, soit par une diminution du financement de la santé, laquelle se traduira, d'un bout à l'autre du pays, par une augmentation des frais assumés par les patients et par l'allongement des périodes d'attente afin d'obtenir des services indispensables. Certains médicaments qui sont actuellement remboursés pourraient être retirés des listes provinciales, à titre de mesure de compression des coûts. Un changement comme celui-ci aurait pour effet d'accroître les coûts pour le Régime de soins de santé de la fonction

publique, étant donné que le remboursement du prix des médicaments fait l'objet d'une coordination entre les listes provinciales et le Régime.

Modifications à la Loi canadienne sur la santé

Il y a lieu de trouver préoccupant l'abandon, par le gouvernement fédéral, des obligations que lui impose la *Loi canadienne sur la santé* au chapitre de la fourniture directe de services de santé. Si des changements peuvent être apportés à la fourniture de soins de santé aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, il semble raisonnable d'émettre l'hypothèse que des mesures semblables pourraient viser ensuite les Forces canadiennes.

TENDANCES DU SECTEUR DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Dans le secteur des prestations de soins de santé, on observe une tendance selon laquelle les employeurs désirent continuer d'offrir ces prestations à leurs employés, étant donné qu'elles appuient les efforts de recrutement et de fidélisation, bien qu'ils commencent à trouver difficile de faire face aux hausses de coûts. Nombre d'entre eux tâchent de trouver des moyens de limiter ces coûts en demandant à leur fournisseur d'assurances de leur proposer des solutions.

[Traduction]

« En fait, c'est rassurant d'entendre dire qu'on est davantage conscient des coûts et qu'on désire changer les façons de faire afin de permettre la stabilité future », estime Marilee Mark, vice-présidente chargée du marketing de l'assurance collective à la Financière Manuvie^v.

La Great-West a mis en place un programme de gestion de cas à l'intention de participants qui ont besoin de médicaments onéreux. Le gestionnaire de cas qui prend en charge un participant fait des suggestions relatives à des médicaments de substitution à moindre coût.

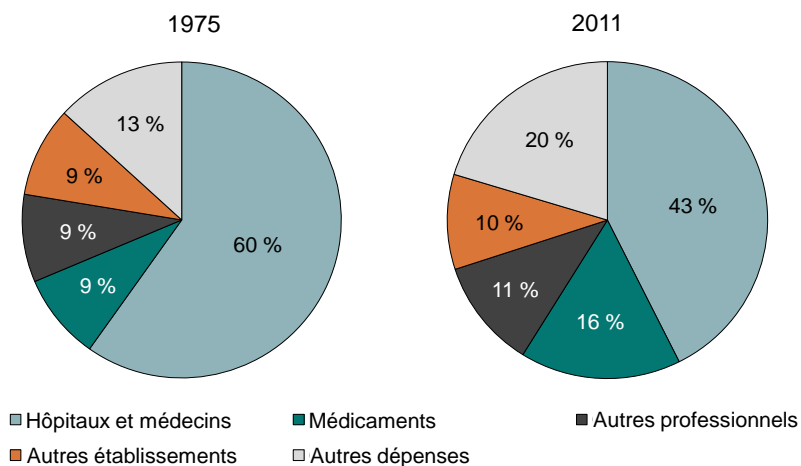
Un article publié récemment dans le *National Post* suscite des préoccupations à propos de cette nouvelle pratique, qui ressemble à ce que l'on trouve dans les régimes américains. Un organisme de

réglementation canadien a déjà fait part de ses inquiétudes à ce sujet, parce que dans certains cas le participant reçoit la directive de se procurer ses médicaments dans des pharmacies désignées par la Great-West. On peut prendre connaissance du reportage en cliquant sur le lien suivant : [Health insurer Great-West Life's U.S.-style plan seeks to 'manage' members' drug costs | Canada | News | National Post](#) .

À l'heure actuelle, la Sunlife n'est pas dotée d'un tel programme de gestion de cas en ce qui concerne le Régime de soins de santé de la fonction publique, mais les entreprises ne mettent pas longtemps à suivre les tendances, de sorte qu'il ne serait pas étonnant qu'elle adopte un programme du genre dans un proche avenir.

Le graphique ci-dessous, établi par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), illustre la hausse des coûts liés aux médicaments. Il montre que ces coûts ont doublé depuis 1975, ce qui contribue à élever le montant de la facture des tiers payants privés.

Le nouveau profil du système de santé



Source
Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

14

Une autre tendance de plus en plus souvent observée chez les principaux fournisseurs d'assurances consiste à proposer, pour les médicaments, des

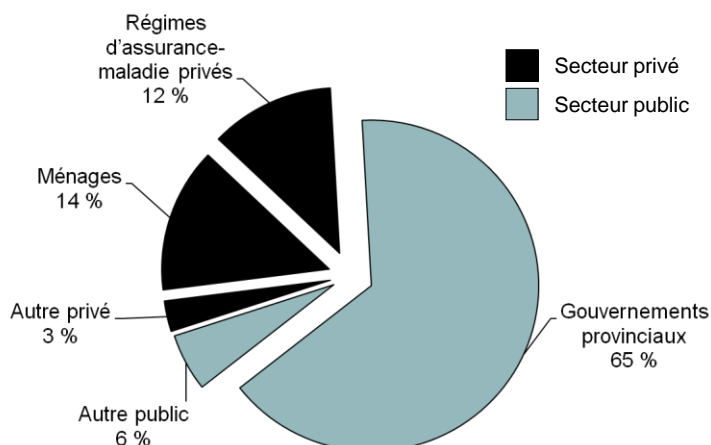
régimes reposant sur des quotes-parts progressives. Voici comment cela peut se présenter :

- Le 1^{er} palier est habituellement réservé aux médicaments génériques, pour lesquels la quote-part est la plus faible;
- Au 2^e palier se trouvent habituellement des médicaments d'origine ou des médicaments plus coûteux. La quote-part, de valeur intermédiaire, est un peu plus élevée;
- Au 3^e palier se trouvent habituellement des médicaments d'origine très coûteux, pour lesquels la quote-part est plus élevée;
- Au 4^e palier se trouvent habituellement les médicaments les plus coûteux ou les médicaments spécialisés, pour lesquels la quote-part est beaucoup plus élevée.

De nombreuses compagnies d'assurances offrent ce type de régime afin de compenser le coût important des médicaments spécialisés. D'après les données de 2009, les compagnies d'assurance maladie privées ont assumé cette année-là 12 % du coût des soins de santé au Canada.



Qui dépense quoi?



Remarque
Données réelles de 2009.
Sources
Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS; Statistique Canada.

10

Il y a toutefois de bonnes nouvelles qui vont rassurer les employés canadiens devant faire face aux augmentations de coûts. Selon le dernier sondage effectué sur les tendances en matière de soins de santé par la firme Buck Consultants, les facteurs contribuant à la hausse des coûts liés aux médicaments, aux services de santé et aux services dentaires vont connaître une croissance moindre en 2012. Bien que les coûts augmentent toujours à un taux supérieur à celui de l'inflation, il semble que les stratégies mises en œuvre par les employeurs au fil des années aident à compenser une partie des coûts liés à leurs programmes de prestations^{vi}.

Certaines économies de coûts sont attribuables à l'expiration des brevets protégeant un bon nombre de médicaments d'origine très répandus et à l'adoption d'une politique de remboursement des médicaments génériques. Une réforme du prix des médicaments génériques a été lancée en Alberta, en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique en 2010. Ces provinces ont mis en vigueur des réductions de prix échelonnées sur trois ans, à compter de 2010. En 2011, la Nouvelle-Écosse a annoncé des mesures législatives semblables, mais s'appliquant uniquement aux aînés et aux personnes couvertes par les régimes d'assurance médicaments provinciaux; les régimes d'employeur ne sont pas visés. Les médicaments génériques

représentent de 20 à 25 %, environ, des dépenses des employeurs au titre des médicaments. La tendance est influencée par l'expiration, en 2010, 2011 et 2012, des brevets protégeant un bon nombre de médicaments d'origine très coûteux.

[Traduction]

Les médicaments d'ordonnance représentent la plus grande partie des coûts liés aux soins de santé; ils sont aussi la composante la plus instable des avantages sociaux. Entre 2010 et 2011, les dépenses annuelles en médicaments sont passées de 757 \$ à 761 \$ par demandeur. Les frais d'exécution d'ordonnance ont augmenté de 0,9 % en moyenne (c'est en Ontario que les frais moyens sont les plus élevés : 11,06 \$). Alors que l'on a recours de plus en plus aux médicaments génériques, qui représentent en moyenne 48,7 % de toutes les ordonnances exécutées, ils comptent seulement pour 20 à 25 % du total des dépenses en médicaments. Pour beaucoup de promoteurs de régime, le véritable problème sera le « grisonnement » de leur main-d'œuvre, associé à l'apparition des médicaments spécialisés. Avec le vieillissement de la population et la prévalence d'affections comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires qui accompagne ce phénomène, il sera extrêmement difficile de contenir les coûts liés aux soins de santé^{vii}.

L'achat de médicaments génériques en grande quantité et l'adoption de politiques de remboursement des médicaments génériques posent le risque de contribuer à des pénuries de médicaments, comme le pays en connaît déjà. Des Canadiens, dont des membres de l'ANRF, n'ont pu obtenir leurs médicaments d'ordonnance génériques en raison de ces pénuries, au cours de la dernière année. Il faut établir un plan stratégique national pour l'achat de médicaments en grande quantité, afin de réduire les risques que cela se reproduise. Des accords d'achat avec plusieurs fournisseurs seront essentiels

pour que la mise en œuvre de cette stratégie soit couronnée de succès. L'article ci-dessous, publié dans *The Star*, illustre les conséquences que peut avoir l'achat de médicaments génériques en grande quantité auprès d'un seul fournisseur.

[Drug shortages: Single supplier for generic injectables at root of crisis in Canada – thestar.com.](http://www.thestar.com)

D'après le sondage de la firme Buck Consultants sur les tendances en matière de soins de santé, les services dentaires sont passés de 5,65 % à 5,21 %, cette baisse étant attribuable à la situation économique. Les années 2008 et 2009 ont connu une grande précarité de l'emploi; les travailleurs qui craignaient de perdre leur assurance de soins dentaires se sont empressés de faire exécuter tous les traitements dont ils avaient besoin. La confiance dans l'économie et dans l'emploi s'est cependant accrue au cours des quelques dernières années, de sorte que les prestations dentaires sont devenues plus stables^{viii}.

Le gouvernement fédéral actuel entend réduire le déficit, de manière à l'éliminer d'ici l'exercice 2015-2016, en ayant recours à des mises à pied, à la réforme des programmes et à des mesures de compression des coûts. Les différents ministères, conformément aux directives qu'ils ont reçues, s'attachent à freiner les dépenses publiques et à accroître l'efficacité. Le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, qui finance en partie le Régime de soins de santé de la fonction publique et le Régime de services dentaires pour les pensionnés, est visé par ces directives; on peut donc s'attendre à des changements et à des réformes.

Le gouvernement fédéral a déjà modifié les prestations : il a décidé en effet, en 2010, que le partage des coûts liés au Régime de services dentaires pour les pensionnés ne se ferait plus suivant une proportion de 60 % pour l'employeur et de 40 % pour les retraités, mais à égalité.

Les dangers menaçant le Régime de soins de santé de la fonction publique et le Régime de services dentaires pour les pensionnés peuvent résulter de la pression de l'opinion publique. Il ne faut pas sous-estimer les reportages qui traitent des prestations des fonctionnaires fédéraux : ils peuvent constituer une grave menace pour les régimes d'avantages sociaux, les gouvernements étant pressés par l'opinion publique de comprimer les coûts. Ainsi, en juin 2012, un reportage de CBC News a attiré l'attention sur un rapport du gouvernement canadien selon lequel les fonctionnaires fédéraux

prenaient davantage de congés de maladie que les travailleurs du secteur privé : [Public service sick days – The National – CBC Player](#)^{ix}.

DANGERS MENAÇANT LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE ET LE RÉGIME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES PENSIONNÉS

Programme de cogestion pour les médicaments

À l'heure actuelle, le Régime de soins de santé de la fonction publique laisse aux participants la liberté voulue pour qu'ils soient en mesure, après avoir consulté leur médecin traitant, de prendre une décision éclairée en ce qui concerne le meilleur traitement pour gérer leur état de santé. Les programmes de cogestion, par contre, permettent à la compagnie d'assurances de jouer un rôle actif dans le processus décisionnel. Cela soulève un problème d'éthique : le gestionnaire de cas se trouve en conflit d'intérêts lorsqu'il discute des traitements possibles avec un participant au régime, étant donné qu'il est employé par la compagnie d'assurances, qu'il n'est pas médecin en titre et qu'il risque de ne pas être objectif. Bien que le fournisseur puisse faire valoir que les décisions relatives aux traitements sont fondées sur des données probantes, il y a un conflit d'intérêts manifeste, susceptible d'amener un participant à prendre une décision qui ne serait pas dans son intérêt.

Régimes d'assurance à quotes-parts

Cette formule ne présente pas un danger pour tous les participants, mais pour certains d'entre eux. Les personnes âgées atteintes de maladie chronique et celles qui ont besoin de médicaments spécialisés vont devoir déboursier davantage.

Achat de médicaments génériques en grande quantité

L'achat de médicaments génériques en grande quantité et l'adoption, par des tiers payants privés, de politiques de remboursement des médicaments génériques posent le risque de contribuer à des pénuries de médicaments, situation qui affecte déjà des Canadiens, dont des membres de l'ANRF.

Pression de l'opinion publique

La façon négative dont les prestations des fonctionnaires fédéraux sont représentées dans les médias contribue à l'érosion de ces prestations. La pression de l'opinion publique fournit au gouvernement fédéral une justification pour en imposer éventuellement la réduction.

CONCLUSION

Comme il a été signalé dans l'introduction, l'ANRF, forte du plan stratégique établi par le Conseil national d'administration, est en mesure de faire face aux difficultés qui se présenteront, afin d'atténuer les menaces qui pèsent sur le système de santé canadien, le Régime de soins de santé de la fonction publique et le Régime de services dentaires pour les pensionnés. Le Bureau national a aussi dressé son plan d'action visant quatre objectifs prioritaires en matière d'action de persuasion.

Il apparaît clairement, au terme de notre analyse du secteur de la santé et des prestations de soins de santé, que l'ANRF doit centrer son attention sur les dangers qui concernent directement ses membres, retraités et futurs retraités de l'administration fédérale. Les recommandations qui suivent lui faciliteront la tâche :

L'ANRF doit militer pour que soit maintenue et préservée la *Loi canadienne sur la santé*. Afin d'assurer l'intégrité de la *Loi*, il faut engager le gouvernement fédéral à effectuer des recherches sur les incidences sociales, économiques et démographiques des changements qu'il envisage d'y apporter. Ces études devraient être complétées par un processus transparent de consultation publique.

L'ANRF doit inciter le gouvernement fédéral à participer, avec les gouvernements des provinces et des territoires, aux négociations devant mener à l'Accord sur la santé de 2014. La présence du gouvernement fédéral est essentielle parce qu'elle permet d'aborder les soins de santé suivant une perspective nationale, ce qui assure l'établissement de normes visant la fourniture équitable de soins de santé à tous les Canadiens.

Préconiser l'adoption de régimes d'assurance de soins dentaires et d'assurance maladie privés, étant donné qu'ils favorisent la productivité des employés et contribuent à l'amélioration de la santé.^x

S'opposer à l'égalisation du ratio de partage des coûts du Régime de soins de santé de la fonction publique. Cette mesure pourrait causer des difficultés à beaucoup de membres de l'ANRF qui ont des revenus fixes.

S'opposer à un programme de cogestion pour le Régime de soins de santé de la fonction publique ou le Régime de services dentaires pour les pensionnés; un tel programme aurait des effets préjudiciables sur les membres de l'ANRF, en raison de l'incidence relativement élevée de maladies chroniques chez les personnes âgées et de la forte consommation de médicaments au sein de cette population. Le fait que le gestionnaire de cas se trouve en conflit d'intérêts lorsqu'il propose des traitements possibles soulève un problème d'éthique, étant donné que la décision relative au choix du traitement devrait être prise par le médecin et son patient.

S'opposer à une formule de quotes-parts progressives pour le Régime de soins de santé de la fonction publique ou le Régime de services dentaires pour les pensionnés; une telle formule aurait des effets préjudiciables sur les membres de l'ANRF, étant donné qu'ils devraient déboursier davantage, et causerait des difficultés à beaucoup d'adhérents qui ont des revenus fixes.

Les recommandations ci-dessus concernent un bon nombre des menaces imminentes qui pèsent sur le secteur de la santé. Le plan stratégique de l'ANRF en matière d'action de persuasion nous permettra de fournir des efforts concertés, de façon anticipée, en vue d'atténuer ces dangers ou d'y faire face.

ⁱ Ministère des finances Canada, <http://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>.

ⁱⁱ Kevin Page, *Renouvellement du transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*, http://www.pbo-dpb.gc.ca/files/files/Publications/Renewing_CHT_FR.pdf, 12 janvier 2012.

ⁱⁱⁱ CBC News, <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/story/2012/08/22/bc-cambie-surgery- injunction.html>, 22 août 2012.

^{iv} *Globe and Mail*, <http://www.theglobeandmail.com/news/national/the-seven-year-itch-of-canadian-health-care/article4568340/>, André Picard, 26 septembre 2012.

^v Leigh Doyle, *BENEFITS CANADA's 35th anniversary research*, <http://www.benefitscanada.com/benefits/health-benefits/costs-in-context-30566>, 23 juillet 2012.

^{vi} *Canadian Health Care Trend Survey Results 2012*, <https://www.buckconsultants.com/Portals/0/canada/surveys/health-care-trend-survey-2012.pdf>, 2012.

^{vii} ESI Canada, <http://www.express-scripts.ca/fr>.

^{viii} *Canadian Health Care Trend Survey Results 2012*, <https://www.buckconsultants.com/Portals/0/canada/surveys/health-care-trend-survey-2012.pdf>, 2012.

^{ix} CBC News, <http://www.cbc.ca/player/Shows/Shows/The+National/Canada/ID/2248408058/?page=14>.

^x Eisenberg J, Power EJ. Transforming insurance coverage in quality health care. Voltage drops from potential to delivered quality. *JAMA* 2000; 284:2100-7