



Santé
Canada Health
Canada



Le système de soins de santé au Canada

Notre mission est
d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

On peut obtenir des renseignements auprès de la:

Division des politiques et du système de santé
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada
Immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Localisateur postal 0910A
Ottawa (Ontario)
Canada
K1A0K9

Cette brochure est disponible sur le site Internet de Santé Canada à l'adresse:

<http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/F-sys.htm>

No. de catalogue: H39-502/1999
ISBN: 0-662-64433-6
Le système de soins de santé au Canada.

Le système de soins de santé au Canada

Le système de soins de santé au Canada est principalement financé par l'État et les services sont fournis par le secteur privé. C'est une mosaïque de régimes d'assurance-maladie de dix provinces et de trois territoires, s'imbriquant les uns dans les autres. Connu sous le nom d'assurance-maladie, le système de santé canadien offre un accès universel et complet aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, tant pour les malades hospitalisés que pour les malades externes.

Cette structure est issue de l'autorité que la Constitution canadienne confère aux provinces pour la plupart des aspects des soins de santé. Il s'agit d'un système d'assurance-maladie « national » en ce sens que tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont liés par le respect des principes nationaux établis au niveau fédéral.

La gestion et la prestation des services de santé incombent individuellement aux provinces et territoires, qui planifient, financent et évaluent la prestation des soins hospitaliers, des services médicaux et paramédicaux, de certains aspects des soins prescrits par ordonnance et des services de santé publique.

Quant au gouvernement fédéral, son rôle dans le secteur de la santé consiste à établir et à administrer des principes ou des normes à l'échelle nationale pour le système de soins de santé (c'est-à-dire la *Loi canadienne sur la santé*), à aider au financement des services de santé provinciaux sous forme de transferts fiscaux, et à s'acquitter des certaines fonctions en vertu de la Constitution. Parmi ces fonctions, il y a la prestation directe de services de santé à quelques groupes, dont les anciens combattants, les Autochtones vivant dans des réserves, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la Gendarmerie royale du Canada. Le gouvernement fédéral voit aussi à la protection et à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies.

PRINCIPES DE L'ASSURANCE-SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* stipule les conditions que doit respecter un régime provincial d'assurance-maladie pour que la province ait droit à la totalité de ses paiements de transfert fédéraux. Les cinq conditions suivantes constituent les « principes » de base du système de soins de santé au Canada :

Gestion publique

Le régime provincial d'assurance-maladie doit être géré sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial.

Intégralité

Le régime doit assurer tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins. Les services hospitaliers assurés comprennent les soins aux malades hospitalisés en salle commune (ou, si médicalement nécessaires, en chambre privée ou semi-privée) et tous les médicaments, matériels et services de diagnostic requis, ainsi qu'une vaste gamme de services aux malades externes. Les soins aux malades chroniques sont également assurés, bien que certains frais d'hébergement puissent être perçus.

Universalité

Le régime doit offrir à la totalité des assurés de la province (soit les résidents admissibles) l'accès aux services de santé assurés selon des modalités uniformes.

Accessibilité

Le régime doit offrir, selon des modalités uniformes, un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés sans qu'il n'y ait d'obstacles. Il est interdit d'imposer des frais supplémentaires aux malades assurés pour des services couverts. Personne ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

Transférabilité

Les résidents ont le droit à une protection lorsqu'ils déménagent dans une autre province au Canada ou lorsqu'ils voyagent au Canada ou à l'étranger. Toutes les provinces peuvent imposer certaines limites à la protection des services assurés à l'extérieur du pays et peuvent exiger une approbation préalable pour les services non urgents fournis à l'extérieur de la province.

Les rouages du système

Les médecins de premier recours (p. ex. les omnipraticiens) sont le moteur du système de soins de santé canadien, constituant environ 51 % de l'ensemble des médecins exerçant au Canada. Ils sont habituellement le premier point de contact avec le système officiel des soins de santé et la clé qui donne accès à la plupart des spécialistes, à de nombreux services paramédicaux à l'hospitalisation, aux tests diagnostiques et à la thérapie par des médicaments prescrits.

Le Canada n'a pas un système de «*médecine socialisée*», au sein duquel l'État emploie des médecins. La plupart des médecins sont des praticiens d'exercice privé qui travaillent dans des cabinets indépendants ou collectifs et jouissent d'une grande autonomie. Certains médecins travaillent dans des centres de santé communautaire, dans des cabinets collectifs à l'intérieur d'hôpitaux ou en affiliation avec les services hospitaliers de consultations externes. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et présentent leurs honoraires directement au régime d'assurance-maladie provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement, ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement.

Lorsque les Canadiens ont besoin de services médicaux, ils vont, dans la plupart des cas, chez le médecin ou à la clinique de leur choix et présentent la carte d'assurance-maladie qui est remise à tous les résidents admissibles d'une province. Les Canadiens ne paient pas directement les services hospitaliers et médicaux assurés et ils n'ont pas à remplir des formulaires pour les services assurés. Il n'y a pas de franchise ni de quote-part à verser et aucun plafond n'est imposé pour les services assurés.

Le personnel paramédical participe également aux soins de santé primaires dans une certaine mesure. Les dentistes travaillent indépendamment du système de soins de santé, sauf dans le cas des chirurgies dentaires nécessitant une hospitalisation. Bien que les infirmiers et infirmières soient

généralement à l'emploi du secteur hospitalier, on en retrouve aussi dans les services primaires, normalement en conjonction avec les cabinets privés. Les pharmaciens fournissent des préparations pharmaceutiques et des médicaments prescrits. Ils constituent une source de renseignements indépendante, puisqu'ils informent le public sur les médicaments prescrits et donnent des conseils pour l'achat de médicaments en vente libre.

Plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils communautaires d'administration, des organismes bénévoles ou des municipalités. Les hôpitaux gèrent eux-mêmes l'affectation courante des ressources pourvu qu'ils respectent les budgets de fonctionnement établis par les autorités régionales ou provinciales de la santé. Ils rendent compte principalement aux collectivités qu'ils servent, et non à l'administration provinciale. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée ou les services spécialisés tels que les centres de désintoxication.

Outre les services hospitaliers et médicaux assurés, les provinces et les territoires paient d'autres services de santé qui n'entrent pas dans le cadre national d'assurance-maladie pour certains groupes de la population (p. ex. les aînés, les enfants et les assistés sociaux). Ces services complémentaires comprennent souvent les médicaments prescrits, les soins dentaires, les soins de la vue, les appareils et accessoires fonctionnels (prothèses, fauteuils roulants, etc.) favorisant l'autonomie, ainsi que les services de professionnels paramédicaux tels que les podiatres et les chiropraticiens.

Bien que les provinces et les territoires offrent certains services complémentaires, ceux-ci sont en grande partie financés par des sources privées, et les Canadiens doivent payer eux-mêmes ces services de santé non assurés. Les dépenses qu'un particulier assume peuvent dépendre du revenu ou de la capacité de payer de ce dernier. Les particuliers et les familles peuvent acheter une assurance privée ou profiter d'un régime d'assurance collective de l'employeur pour absorber une partie des coûts. En vertu de la plupart des lois provinciales, les

assureurs privés ne peuvent offrir la même protection que celle des régimes gouvernementaux, mais ils peuvent rivaliser sur le marché des services complémentaires.

Les grandes étapes de l'évolution de l'assurance-maladie universelle

Il a fallu cinq décennies pour en arriver au système d'assurance-maladie actuel au Canada.

Avant la fin des années 1940, les soins de santé au Canada reposaient surtout sur la médecine en cabinet privé, et leur accès dépendait du pouvoir de payer du malade. La tendance vers un système d'assurance-maladie universel, financé par l'État, a commencé à se dessiner en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a instauré un régime public d'assurance-hospitalisation. En 1956, le gouvernement fédéral, qui cherchait à favoriser l'implantation de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces, a offert de partager à peu près moitié-moitié les coûts des services hospitaliers et diagnostiques. En 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient signé des accords établissant des régimes publics d'assurance qui offraient une protection universelle au moins pour les soins aux malades hospitalisés dont les coûts pouvaient être partagés avec le gouvernement fédéral.

L'assurance-maladie publique a également pris son envol dans la province de la Saskatchewan, lorsque celle-ci a décidé de payer les consultations et les services dans des cabinets de médecin en dehors des hôpitaux. En 1968, le gouvernement fédéral a adopté une loi sur l'assurance-maladie afin de partager les frais des services médicaux avec les provinces, encore une fois à peu près moitié-moitié. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux couvraient les services médicaux. Cette année-là, l'objectif d'avoir un régime d'assurance-maladie national pour les soins hospitaliers et médicaux au Canada était enfin réalisé.

Pendant les vingt premières années, la contribution financière du gouvernement fédéral à l'assurance-maladie a consisté en un pourcentage - environ la moitié - des dépenses provinciales consacrées à des

services de santé assurés précis. En 1977, cette forme de partage des frais a été remplacée par des transferts par habitant aux provinces et territoires, soit le financement global. Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale a été fondée sur un montant uniforme par habitant et versée sous la forme d'un transfert fiscal (pouvoir d'imposition)¹ et de paiements en espèces.

Les modalités du financement global, entrées en vigueur en 1977, prévoyaient que la contribution fédérale serait accordée aux provinces uniquement si celles-ci respectaient les critères énoncés dans la loi fédérale sur les services hospitaliers et médicaux. Comme les transferts ne sont plus liés aux dépenses provinciales en matière de services hospitaliers et médicaux, les provinces peuvent investir dans d'autres mécanismes de prestation de soins de santé, comme des soins de longue durée et des centres de soins communautaires, ou étendre la protection à des services complémentaires tels que les médicaments prescrits pour les aînés et les soins dentaires pour les enfants.

Un examen des services de santé mené en 1979 par la Commission Hall a révélé que les soins de santé au Canada figuraient parmi les meilleurs au monde, mais que la surfacturation par les médecins - demandant à leurs clients de compléter le montant remboursé par le régime provincial - et les frais d'utilisation perçus par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité aux soins.

En réponse à ces préoccupations, le gouvernement fédéral a réaffirmé l'importance qu'il attachait à un système d'assurance-maladie universel, accessible, intégral, transférable et administré par l'État lorsque le Parlement du Canada a adopté la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Pour dissuader les provinces de tolérer les frais d'utilisation et la surfacturation, la *Loi* prévoit une sanction obligatoire d'un montant équivalent, retenu sur les paiements de transfert fédéraux, pour les provinces qui autorisent les frais d'utilisation ou la surfacturation pour des services de santé assurés.

Le gouvernement fédéral continue de tenir fermement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le financement

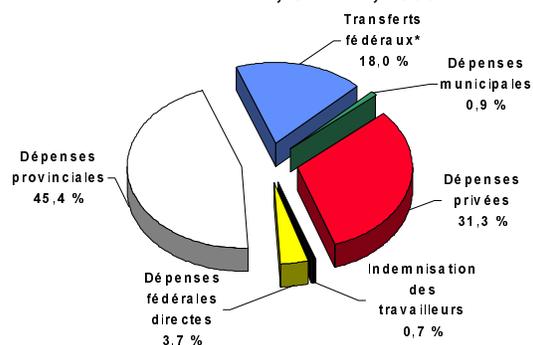
Les soins de santé au Canada sont essentiellement financés par les impôts que les provinces et le gouvernement fédéral perçoivent sur le revenu des particuliers et des sociétés. Certaines provinces ont recours à des méthodes de financement accessoires qui visent surtout les soins de santé, comme les taxes de vente, les retenues sur la paye et les recettes de loterie. Ces fonds ne sont cependant pas réservés précisément à la santé et s'ajoutent à l'ensemble des recettes de la province. Ils sont relativement peu utilisés pour le financement des soins de santé.

Deux provinces (l'Alberta et la Colombie-Britannique) perçoivent des primes d'assurance-maladie. Aucune des deux provinces ne fixe les primes en fonction du risque, et le traitement n'est pas conditionnel au versement préalable d'une prime, en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour la période de 1977 à 1996, la contribution fédérale pour les services de santé assurés a été combinée à celle pour l'enseignement postsecondaire et versée sous forme d'un transfert de financement global. Elle était fondée sur un montant égal par habitant, qui était ajusté annuellement en fonction des changements au produit national brut et calculé indépendamment des coûts provinciaux.

Au début de l'année financière 1996-1997, les contributions fédérales consenties aux provinces pour la santé et les programmes sociaux ont été fusionnées en un nouveau transfert global unique, soit le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Ce transfert consiste en une combinaison de contributions pécuniaires et de points fiscaux. Tout comme dans le cas des transferts antérieurs, les régimes provinciaux d'assurance-maladie doivent respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* pour avoir droit à l'intégralité des paiements de transfert fédéraux.

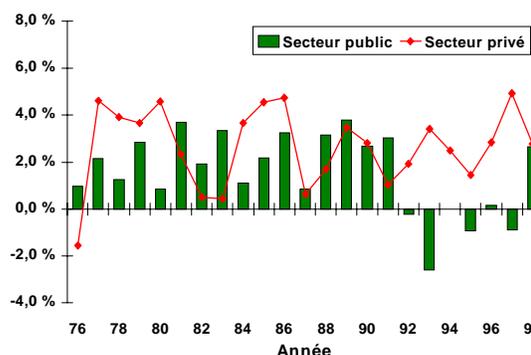
Figure A
Total des dépenses de santé par secteur de financement, Canada, 1998



* Les transferts fédéraux constituent la partie des dépenses de santé du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, calculée d'après la répartition de 1995-1996 du Financement des programmes établis (FPE) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Source : Santé Canada

Figure B
Pourcentage des modifications apportées aux dépenses publiques et privées réelles de santé par habitant Canada, 1976 à 1998



Source : Santé Canada

Pour améliorer le système de santé, le gouvernement fédéral a annoncé dans le Budget de 1999 que les provinces et les territoires recevraient 11,5 milliards de dollars de plus, au cours de la période de 1999-2000 à 2003-2004, particulièrement en matière de soins de santé en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Le diagramme de la structure de financement du système de santé au Canada (qu'on retrouve à la fin de cette brochure) indique que le mouvement des

fonds des particuliers (à gauche), qui versent des impôts et des primes aux gouvernements, aux employeurs et aux assureurs privés, finance le système de prestation des soins de santé et les fournisseurs (à droite).

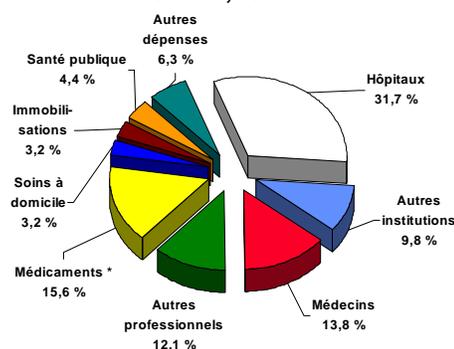
Les dépenses de santé

En 1998, les dépenses totales de santé au Canada (en dollars courants) se sont élevées à 82,5 milliards de dollars (CAN), soit 2 694 \$ (CAN) par habitant (environ 1 785 \$ US par habitant). Les dépenses de santé ont constitué 9,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1998, une baisse par rapport au niveau record de 10,1 % atteint en 1992. Les provinces consacrent jusqu'à un tiers de leurs budgets aux dépenses de soins de santé.

Le secteur public finance environ 68,7 % du total des dépenses de santé. Le reste, soit 31,3 %, est financé par des sources privées telles que les assurances privées, les avantages payés par les employeurs ou les déboursés directs des individus (Figures A et D). Les contrôles inhérents à un système de santé fondé sur le principe du payeur unique sont reconnus et ont contribué grandement aux récents succès du Canada en matière de contrôle des coûts de la santé.

Ainsi, les provinces et territoires ont été en mesure de freiner la croissance des dépenses de santé dans le secteur public plus efficacement que dans le secteur privé (Figure B). Les provinces et territoires disposent de pouvoirs importants leur permettant de gérer les dépenses de santé. Par exemple, les frais de fonctionnement des hôpitaux sont financés grâce à des budgets globaux annuels négociés avec le ministère provincial de la Santé, ou avec les autorités régionales responsables en raison de la délégation aux régions de nombreuses fonctions de planification et de prestation de soins de santé, depuis le début des années 1990. Dans la plupart des cas, les propositions pour les projets d'expansion, les services et les établissements de soins doivent être approuvés par les instances régionales et provinciales. Leurs projets d'expansion doivent être approuvés par les instances régionales ou provinciales. L'acquisition d'équipement de haute technologie et le mode de répartition de ces équipements entre les hôpitaux

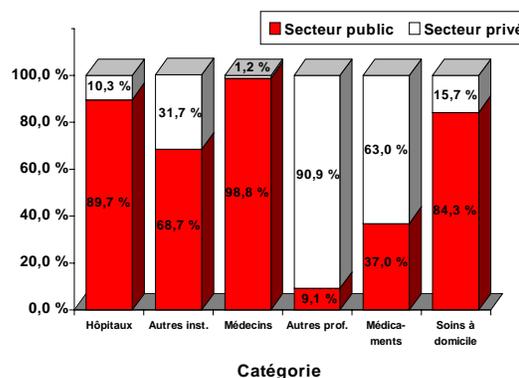
Figure C
Total des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998



* Comprend les médicaments donnés dans les hôpitaux

Source : Santé Canada

Figure D
Parts du secteur public et privé des dépenses de santé par catégorie, Canada, 1998



Source : Santé Canada

d'une région doivent également être approuvés par les autorités provinciales afin d'éviter le doublement inutile des services ou leur sous-utilisation.

La rémunération des médecins fait également l'objet de négociations entre les provinces et les associations médicales provinciales. Ces négociations visent à établir le niveau des honoraires et les règles d'utilisation des services, sous réserve de diverses formes de plafonds individuels ou globaux. Quant à la rémunération du personnel infirmier, il est généralement le résultat de négociations collectives entre les unités syndicales désignées et les employeurs.

Les avantages de l'assurance-maladie

État de santé

L'un des indicateurs les plus importants du succès du système de santé canadien tient à l'état de santé de la population canadienne. L'espérance de vie des enfants canadiens nés en 1997 est de 78,6 ans (81,4 ans pour les femmes et 75,8 ans pour les hommes), l'une des plus élevées dans les pays industrialisés. Le taux de décès chez les nourrissons se situait à 5,6 pour 1 000 naissances vivantes en 1996, l'un des plus bas taux au monde. De plus, le système de soins de santé au Canada est considéré comme un des éléments importants qui font que le Canada est au premier rang mondial de l'indice du développement humain des Nations Unies².

Avantages économiques

L'existence d'un système public et universel d'assurance-maladie procure également des avantages économiques importants sur le plan du contrôle des coûts de la santé et sur celui de l'efficacité. Il procure également des avantages concurrentiels indéniables pour les entreprises canadiennes. Le financement public permet également de répartir les coûts associés à la prestation des services de santé de façon plus équitable au niveau de la société. En plus des avantages liés à l'utilisation d'une approche à payeur unique, le financement de l'assurance-maladie par le biais du régime fiscal est en soi une approche qui favorise l'efficacité, car elle n'exige pas la mise sur pied de mécanismes de perception supplémentaires.

Le système de santé canadien est l'un des principaux facteurs de notre situation favorable face à la concurrence industrielle et de notre qualité de vie (Conference Board du Canada, 1998)³.

Une étude de 1999 effectuée par KPMG, conseillers en activités commerciales internationales, qui compare les prix de revient de l'entreprise en Amérique du Nord, en Europe et au Japon, a conclu que le Canada avait les prix de revient les moins élevés pour l'entreprise. Un avantage important tenait au fait que le Canada avait les coûts de main-d'oeuvre les plus faibles du fait de la contribution salariale à des prestations, comme l'assurance-maladie⁴.

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ⁵

Le Forum national sur la santé a été lancé en 1994 afin de faire participer le public et les intervenants de la santé dans un dialogue en vue de définir l'avenir de la santé et des soins de santé au Canada. Le Forum a soumis son rapport final, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, le 4 février 1997. Pour assurer la viabilité du système de santé canadien, le Forum a prescrit un équilibre entre les mesures visant les déterminants non médicaux et les mesures au sein du système de soins de santé lui-même.

Du point de vue économique, les membres du Forum affirment que le modèle du régime public d'assurance-maladie à payeur unique constitue le meilleur moyen de contrôler les dépenses globales dans le secteur de la santé. Le rapport conclut à la nécessité de prendre une gamme de mesures concertées, fondées sur des décisions éclairées, pour rendre le système plus efficace et efficient et pour qu'il reflète mieux les méthodes contemporaines de prestation des soins de santé. Les recommandations comprennent :

- la restructuration de l'organisation, du financement et de la prestation des services de soins primaires; le financement des soins plutôt que du fournisseur ou du lieu; les mesures de transfert des soins à domicile et la diffusion des médicaments médicalement nécessaires dans le cadre du système de santé publique;
- une vaste stratégie intégrée pour les enfants et la famille qui comprenne tant le soutien des programmes que du revenu; la création d'une fondation nationale pour améliorer l'action communautaire; un Institut de santé pour les Autochtones; de l'aide aux personnes qui souhaitent entrer sur le marché du travail;
- l'adoption d'un système fondé sur les résultats au niveau clinique, de la direction et des politiques, ainsi qu'au niveau de l'information publique - le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file dans ce domaine en vue de l'élaboration d'un système d'information sur la santé de la population à l'échelon national.

Dans le Budget annoncé en février 1997, le gouvernement du Canada a fourni quelques réponses anticipées à plusieurs recommandations du Forum en annonçant qu'il investirait 300 millions de dollars sur trois ans dans : un nouveau Fonds pour l'adaptation des services de santé (axé sur des innovations fondées sur les résultats dans le domaine des soins à domicile, l'assurance-médicaments, la prestation des soins primaires et des services intégrés); une stratégie nationale pour un système intégré canadien d'information sur la santé et un financement accru pour les initiatives communautaires d'enfants et de nutrition prénatale.

Les entreprises canadiennes appuient le système public d'assurance-maladie, non seulement en raison

de son efficacité, mais également parce qu'il leur procure des avantages concurrentiels importants, tels que des coûts plus bas pour les avantages sociaux des employés et l'accès à une main-d'oeuvre en bonne santé et très mobile. Alors que l'accès universel à des services de soins de santé de qualité favorise une population en meilleure santé et, par conséquent, une main-d'oeuvre en bonne santé et productive, le caractère national du système d'assurance-maladie canadien facilite la mobilité de la main-d'oeuvre, ce qui permet de répondre aux besoins du monde des affaires.

En effet, le seul critère d'admissibilité à l'assurance-maladie publique au Canada est celui de la résidence. Le principe de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* fait en sorte que les personnes ne perdent pas leur couverture d'assurance-maladie publique lors de déménagements ou lorsqu'elles s'absentent temporairement de leur province. Par conséquent, les travailleurs peuvent plus facilement changer d'emploi ou chercher du travail dans une autre province.

Le renouvellement du système de soins de santé du Canada

Au début des années 1980, les budgets des provinces consacrés à la santé ont commencé à accaparer des portions plus importantes du total des ressources disponibles, au point où ils constituent de nos jours entre 28 % et 36 % des dépenses de programmes des provinces. L'importance des sommes consacrées à la santé a fait en sorte que les efforts de redressement des finances publiques a obligé l'ensemble des provinces à comprimer leurs dépenses de santé et à être plus rentables. Les provinces ont pu commencer à maîtriser ces coûts grâce surtout au pouvoir que leur assure la structure du payeur unique.

On comprend de mieux en mieux la nature des besoins futurs de la population en matière de santé, et l'on est conscient de l'impact des soins de santé sur l'état de santé général de la population. Le

CANADA : Faits saillants

Données démographiques	#	Année
Population	30.9M	1999*
% de la pop. âgée de 0 - 24	33,2	1998*
" " " " 25 - 44	32,3	1998*
" " " " 45 - 64	22,2	1998*
" " " " 65 +	12,3	1998*
Indicateurs de santé		
Espérance de vie à la naissance (années)	78,6	1997*
Âge moyen des femmes	36,1	1996*
Âge moyen des hommes	34,5	1996*
Taux de mortalité infantile sur 1 000 naissances d'enfants vivants	5,6	1996*
Années potentielles de perte de vie sur 100 000 habitants	3483	1996*
Causes importantes de décès (% des causes totales)		
Cancer	27,2	1997*
Maladie du cœur	26,6	1997*
Maladies cérébrovasculaires (Principalement les maladies du cœur)	7,4	1997*
Hôpitaux et autres institutions		
Nombre de jours d'hospitalisation du malade sur 1 000 habitants	1132	1996-97*
Durée moyenne du séjour (jours de malades hospitalisés)	10,7	1996*
Lits d'hôpitaux par 1 000 habitants	5,6	1993-94*
Lits de soins en établissement par 1 000 habitants	8,1	1993-94*
Frais hospitaliers moyens par jour	623 \$	1995-96*
Personnel infirmier par lit	3	1995-96*
Fournisseurs de soins de santé		
Nombre total de médecins	55243	1997*
Médecins actifs par 100 000 habitants	183	1997*
# d'omnipraticiens	28108	1997*
% de médecins omnipraticiens	50,9	1997*
# de spécialistes	27135	1997*
% de médecins spécialistes	49,1	1997*
Spécialistes par 100 000 habitants	90	1997*
Infirmières	229813	1997*
Infirmières par 100 000 habitants	763	1997*

* Statistique Canada * Institut canadien d'information sur la santé

changement général de perspective en témoigne : les débats se détournent du système de soins de santé pour porter plutôt sur le *système de santé*, un concept qui implique que la santé va au-delà des soins de santé. La nouvelle orientation générale que prennent les provinces est la suite de ce virage; elles se concentrent maintenant sur une perception de la santé plus globale et intégrée, et non uniquement sur les soins de santé.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont répondu à la nécessité d'adapter le système de santé aux réalités d'aujourd'hui de plusieurs façons. Notamment, ils ont adopté un cadre des déterminants de la santé qui reconnaît que même si les soins de santé contribuent grandement à la santé, il faut les considérer comme un seul élément d'un ensemble beaucoup plus vaste de déterminants de la santé. Ils ont changé l'orientation du système de soins de santé, celui-ci reposant moins sur des modèles de prestation de soins en établissement (c'est-à-dire par les médecins et dans les hôpitaux) et plus sur des modèles communautaires intégrés s'attardant davantage à la promotion de la santé et à la prévention. Enfin, ils ont formulé des stratégies pour la gestion coordonnée des effectifs des soins de santé, y compris la rémunération, la répartition géographique et l'utilisation appropriée des divers fournisseurs de services de santé.

Les gouvernements, les dispensateurs de soins et les Canadiens s'entendent pour reconnaître que tous les efforts déployés pour préserver et améliorer le système de santé canadien doivent reposer sur les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* qui guident la conception et le fonctionnement de notre système national d'assurance-maladie. Les Canadiens considèrent les services de santé comme un droit fondamental et valorisent au plus haut point leur système de santé. Ils s'y associent étroitement parce que celui-ci illustre bien plusieurs des valeurs communes de notre société, telles que l'équité, la justice, la compassion et le respect de la dignité fondamentale de tous. Le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* demeurera une caractéristique importante du système de santé canadien alors qu'il continue à évoluer de façon à répondre aux besoins des Canadiens.

En conclusion

Le Canada a réussi à freiner la croissance des dépenses de santé. Depuis le milieu des années 1990, les dépenses publiques de santé se sont tout d'abord stabilisées et, par la suite, ont commencé à chuter légèrement. La compression des coûts dans des secteurs précis demeure une priorité pour permettre la réaffectation des ressources, mais les préoccupations d'ordre pratique concernant la réduction des coûts ont été largement abordées. Le Canada peut maintenant tourner son attention vers des considérations à plus long terme relatives à l'avenir du système de santé. Ces questions à plus long terme portent sur l'importance de faire en sorte que le système de santé continue de répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé et reste approprié pour obtenir de bons résultats en matière de santé et améliorer la santé de la population. Il est généralement reconnu que pour rendre le système de santé mieux adapté et plus responsable à l'égard du public, il est nécessaire d'évoluer vers un système de santé intégré de qualité supérieure qui fournisse les soins nécessaires de façon efficace et abordable. Les Canadiens s'attendent à être informés sur la performance du système de santé et à être engagés dans la transition vers un système qui répond à leurs besoins au vingt et unième siècle et après.

Dans le Budget 1999, le gouvernement du Canada a annoncé des mesures essentielles pour renforcer le régime de soins de santé au Canada, améliorer l'état de santé des Canadiens et accroître la recherche en santé. Les transferts vers les provinces et les territoires pour les services de santé augmenteront de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, à partir de 1999-2000 jusqu'à 2003-2004. Outre la hausse des transferts, le Budget 1999 prévoit l'injection de 1,4 milliard de dollars sur trois ans dans des initiatives essentielles, comme la recherche, l'information et la technologie, les services de santé et les programmes offerts aux Premières nations et aux Inuits, ainsi qu'aux améliorations des programmes de promotion et de protection de la santé. Cet investissement dans la santé des Canadiens et dans leur système de santé représente le plus grand et le seul nouveau investissement jamais fait par le gouvernement.

Il est prévu que le système de soins de santé au

Canada continuera de progresser alors qu'il est renouvelé pour refléter la nouvelle vision d'un système de santé. Bien que les soins de santé, qui se concentrent sur les soins hospitaliers et médicaux, continuent d'occuper une place prédominante et vitale, ils sont de plus en plus reconnus comme étant un élément d'un vaste système de santé comportant un large éventail de services, de fournisseurs et de lieux de prestation des services. Grâce à l'appui et au respect des principes nationaux de la *Loi canadienne sur la santé* par toute la population canadienne, les éléments essentiels et le caractère du système canadien de soins de santé demeureront la base sur laquelle évoluera le système de santé.

NOTES

¹ On entend par «transfert fiscal» un nombre donné de points d'impôt sur les particuliers et les sociétés que le gouvernement fédéral transfère aux provinces : en d'autres mots, le gouvernement fédéral accepte de réduire ses impôts sur les particuliers et les sociétés pour que les provinces puissent occuper ce champ d'impôts et augmenter leurs propres points d'impôts par un nombre de points équivalent à la réduction fédérale.

² L'indice de développement humain des Nations Unies classe les pays en fonction du niveau de scolarité des citoyens, de l'accès aux soins de santé et du revenu moyen. Le Canada arrive premier au classement pour la sixième fois consécutive (1994-1999). Programme des Nations Unies pour le développement (années données), *Rapport mondial sur le développement humain*, New York, Oxford University Press.

³ Le Conference Board du Canada, *Performance and Potential 1998*, Ottawa.

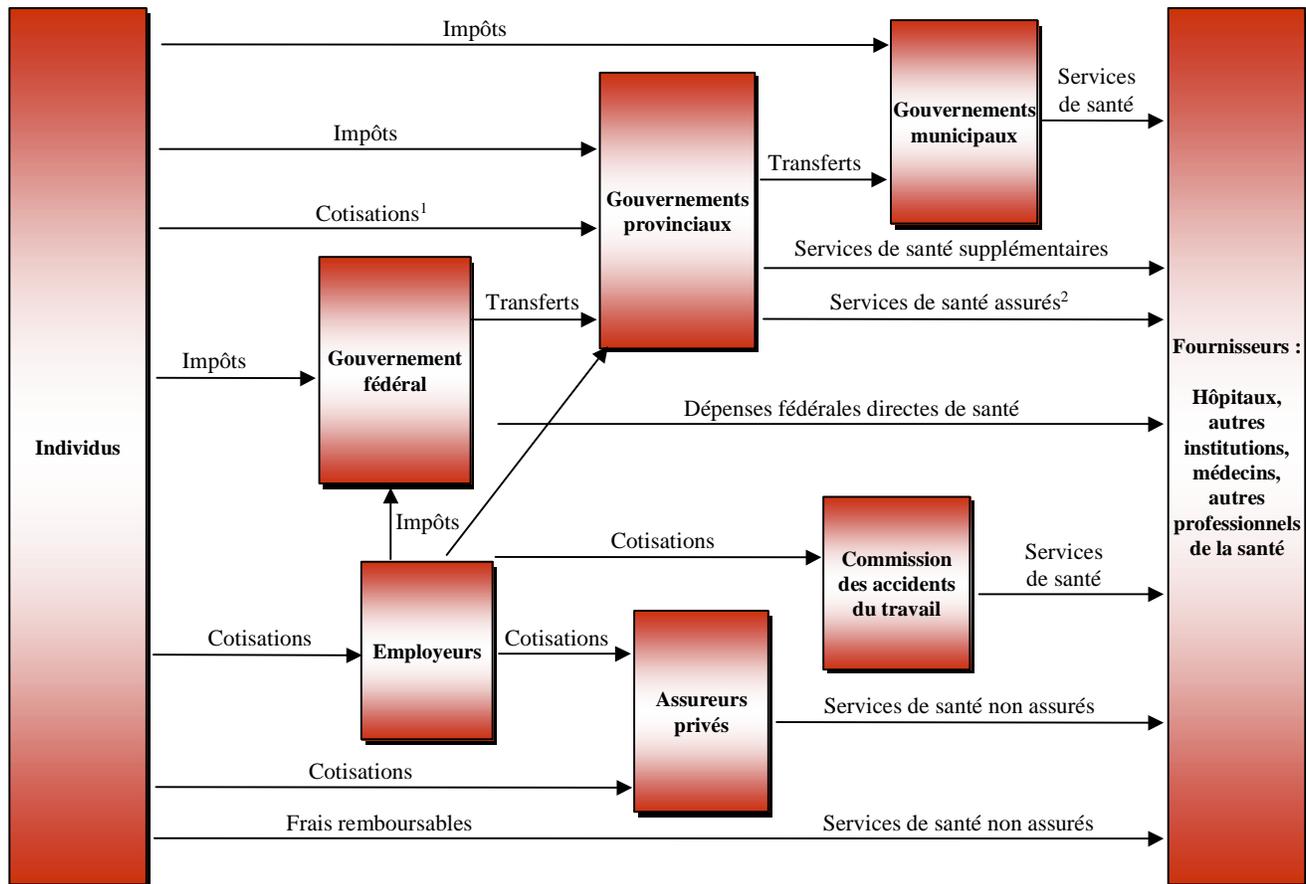
⁴ KPMG (1999), *The Competitive Alternative: A comparison of business costs in North America, Europe and Japan*: KPMG Canada et prospectus Inc.

⁵ Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*; Rapport final du Forum sur la santé, Ottawa.

Division des politiques et du système de santé
Direction de l'information et de la politique de la santé
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada
Immeuble Brooke Claxton
LP 0910A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
<http://www.hc-sc.gc.ca/>

juillet 1999

La structure de financement du système de santé au Canada



- 1 Deux provinces, la Colombie-Britannique et l'Alberta perçoivent des cotisations en matière de santé.
2. Services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

