

Systemes de santé en transition

Vol. 15 no 1 2013

Canada

Examen du systeme de santé

Gregory P. Marchildon

European

Observatory



on Health Systems and Policies

a partnership hosted by WHO

Systemes de santé en transition

Gregory P. Marchildon, *University of Regina, Canada*

Canada:

Examen du système de santé 2013



L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est un partenariat entre le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements belge, finlandais, irlandais, néerlandais, norvégien, slovène, espagnol, suédois et de la région de Vénétie en Italie, la Commission européenne, la Banque européenne d'investissement, la Banque mondiale, l'Union nationale française des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la London School of Economics and Political Sciences et la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Mots clés :

PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

ÉTUDES D'ÉVALUATION

FINANCEMENT, SANTÉ

RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ

PLANS DU SYSTÈME DE SANTÉ – organisation et administration

CANADA

© **Organisation mondiale de la santé 2013 (agit à titre d'organisme hôte et de secrétariat de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé).**

Tous droits réservés. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé accueillera favorablement les requêtes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en tout ou en partie.

Veillez adresser vos requêtes concernant cette publication à l'adresse suivante :

**Service des publications,
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe,
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø, Danemark.**

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande en ligne pour obtenir de la documentation, des renseignements sur la santé ou la permission de citer ou de traduire ce document sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication-request-forms>).

Les points de vue exprimés par les auteurs ou les éditeurs ne représentent pas nécessairement les décisions ou les politiques de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou de ses partenaires.

Les désignations employées et la présentation du contenu de cette publication ne sont en aucune manière l'expression de toute opinion de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou de l'un des partenaires quant au statut juridique de tout pays, territoire, ville ou zone de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes et correctes, et ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé et relié au Royaume-Uni.

Suggestion de citation :

MARCHILDON, Gregory P. « Canada : examen du système de santé », dans *Systèmes de santé en transition*, vol. 15, no 1, 2013, p. 1–183.

Tableau des matières

Préface	v
Remerciements	vii
Liste des abréviations	ix
Liste des tableaux et des figures	xi
Résumé	xv
Sommaire exécutif	xvii
1. Introduction	1
1.1 Géographie et sociodémographie	2
1.2 Contexte économique	8
1.3 Contexte politique	9
1.4 État de santé	14
2. Organisation et gouvernance	21
2.1 Aperçu du système de santé	23
2.2 Contexte historique	25
2.3 Organisation	33
2.4 Décentralisation et centralisation	43
2.5 Planification	44
2.6 Intersectorialité	46
2.7 Gestion de l'information de santé	47
2.8 Réglementation	52
2.9 Autonomisation du patient	61
3. Financement	67
3.1 Dépenses de santé	68
3.2 Sources de revenu et flux financiers	74
3.3 Aperçu du système de financement législatif	76
3.4 Paiements déboursés par les patients	84
3.5 Régime d'assurance-maladie privé	84
3.6 Assurance sociale	85

3.7 Autre financement	86
3.8 Mécanismes de paiement	87
4. Ressources humaines et physiques	89
4.1 Ressources physiques	90
4.2 Ressources humaines	98
5. Prestation de services	109
5.1 Santé publique	111
5.2 Cheminement du patient	115
5.3 Soins primaires/ambulatoires	116
5.4 Soins en milieu hospitalier/soins ambulatoires spécialisés	118
5.5 Soins d'urgence	119
5.6 Soins pharmaceutiques	120
5.7 Soins intermédiaires/de réadaptation	122
5.8 Soins de longue durée	123
5.9 Services offerts aux aidants naturels	125
5.10 Soins palliatifs	126
5.11 Soins de santé mentale	127
5.12 Soins dentaires	129
5.13 Médecines complémentaires et parallèles	130
5.14 Services de santé offerts aux Canadiens autochtones	131
6. Principales réformes de la santé	133
6.1 Analyse des réformes récentes	134
6.2 Développements à venir	139
7. Évaluation du système de santé	141
7.1 Objectifs énoncés du système de santé	142
7.2 Protection financière et équité sur le plan du financement	143
7.3 Expérience du patient et équité d'accès aux soins de santé	147
7.4 Résultats de santé, résultats des services de santé et qualité des soins	150
7.5 Efficacité du système de santé	156
7.6 Transparence et responsabilité	158
8. Conclusions	161
9. Appendices	149
9.1 Références	149
9.2 Sites Web utiles	169
9.3 Lois choisies sur la santé et les soins de santé au Canada	177
9.4 Méthodologie et production des rapports sur les systèmes de santé en transition	180
9.5 Processus d'examen	183
9.6 À propos des auteurs	183

Préface

La série de rapports sur les systèmes de santé en transition (SeT) présente, par pays, un examen détaillé du système de santé et des projets en cours portant sur la réforme et la politique dans un pays donné. Chaque examen est conduit par les experts du pays en collaboration avec le personnel de l'Observatoire. Dans le but de faciliter la comparaison entre les pays, les examens sont basés sur un modèle qui est révisé de façon périodique. Le modèle comporte des lignes directrices détaillées, de même que des questions, des définitions et des exemples précis servant à produire un rapport.

La série de rapports SeT a pour but de fournir aux décideurs et aux analystes l'information pertinente qui les appuiera dans l'évolution des systèmes de santé en Europe. Les rapports SeT forment les fondements qui peuvent servir à :

- développer une compréhension détaillée des différentes approches utilisées dans l'organisation, le financement et la prestation de services de santé et le rôle des principaux acteurs dans les systèmes de santé;
- décrire le cadre institutionnel, le processus, le contenu et la mise en œuvre des programmes de réforme des soins de santé;
- souligner les défis et les domaines qui nécessitent une analyse approfondie;
- fournir un outil pour la diffusion de l'information concernant les systèmes de santé et pour l'échange d'expériences des stratégies de réforme entre les décideurs et les analystes de différents pays;
- appuyer les autres chercheurs dans leur travail d'analyse comparative en profondeur des politiques de santé.

La compilation des examens pose un certain nombre de problèmes d'ordre méthodologique. Dans plusieurs pays, il existe relativement peu d'information sur le système de santé et les répercussions des réformes. En raison de l'absence

d'une source uniforme de données, les données quantitatives relatives aux services de santé sont basées sur une variété de sources, comprenant la base de données européenne de la Santé pour tous du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, les données des bureaux de statistique nationaux, EUROSTAT, la Base de données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la santé, les données du Fonds monétaire international (FMI), les Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, ainsi que toute autre source de données pertinente qui est jugée utile par les auteurs. Les méthodes de collecte de données et les définitions peuvent parfois varier, mais elles sont généralement cohérentes à l'intérieur d'un même examen.

Un examen normalisé présente certains désavantages puisque le financement et la prestation des soins de santé varient d'un pays à l'autre. Cependant, il offre aussi des avantages, car il fait ressortir les enjeux et les questions similaires. Les rapports SeT peuvent servir à renseigner les décideurs sur les expériences vécues dans d'autres pays, qui peuvent s'appliquer à leur propre situation nationale. Ils peuvent également être utilisés pour orienter l'analyse comparative des systèmes de santé. Cette série est une initiative permanente dont le matériel est mis à jour à intervalle régulier.

Tous commentaires et suggestions pouvant aider à élaborer et à améliorer la série de rapports SeT sont très appréciés et peuvent être envoyés à info@obs.euro.who.int.

Les rapports et les sommaires de la série SeT sont disponibles sur le site Web de l'Observatoire au <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/partners>.

Remerciements

Le rapport sur les systèmes de santé en transition du Canada est une production de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

La présente édition a été écrite [*en anglais*] par Gregory P. Marchildon (University of Regina). Le rapport a été édité par Anna Sagan, et la directrice de la recherche pour les rapports SeT était Sarah Thomson; toutes deux font partie de l'équipe de l'Observatoire à la London School of Economics and Political Science, et ont bénéficié de l'appui de Sara Allin (Université de Toronto et l'Institut canadien d'information sur la santé) dans leur travail. Cette édition est basée sur le rapport SeT précédent pour le Canada, publié en 2005, écrit par Gregory Marchildon et édité par Sara Allin.

L'Observatoire et les auteurs remercient Geoffrey Ballinger (Institut canadien d'information sur la santé), Jeremiah Hurley (McMaster University), Arthur Sweetman (McMaster University) et Carolyn Tuohy (Université de Toronto) d'avoir examiné ce rapport.

Des remerciements particuliers sont adressés aux divers employés (anonymes) de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada pour avoir aidé à obtenir les renseignements nécessaires, pour leurs précieux commentaires sur les ébauches précédentes du manuscrit ainsi que leurs suggestions à propos des plans et des options de politiques en cours dans le système de santé canadien. De plus, l'auteur a profité de l'aide à la recherche de la part de ses étudiants gradués, dont Adam Mills, Michael Sherar, Kim Hill, Cassandra Opikokew et Colleen Walsh.

Les auteurs tiennent également à remercier le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour la base de données européenne de la Santé pour tous, d'où sont extraites les données sur les services de santé, l'OCDE pour les données sur les services de santé de l'Europe de l'Ouest et la Banque mondiale pour les données

relatives aux dépenses de santé dans les pays d'Europe centrale et orientale. Des remerciements sont aussi offerts aux institutions nationales qui ont fourni les données statistiques, en particulier l'Institut canadien d'information sur la santé (CIHI), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Statistique Canada. Ce rapport SeT est fondé sur les données disponibles en janvier 2012, à moins d'indication contraire.

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est un partenariat entre le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements belge, finlandais, irlandais, néerlandais, norvégien, slovène, espagnol, suédois et de la région de Vénétie en Italie, la Commission européenne, la Banque européenne d'investissement, la Banque mondiale, l'Union nationale française des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la London School of Economics and Political Sciences et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. L'équipe de l'Observatoire affectée aux profils des rapports SeT est dirigée par le directeur Josep Figueras et le codirecteur Elias Mossialos, ainsi que par les directeurs de recherche, Martin McKee, Reinhard Busse et Richard Saltman. Le processus de production et d'édition [*en anglais*] a été coordonné par Jonathan North, avec l'appui de Pat Hinsley. Le soutien administratif et à la production était assuré par Caroline White. Un soutien supplémentaire a été fourni par Mary Allen (édition), Steve Still (conception et mise en page) et Jane Ward (révision).

L'édition française de ce rapport a été réalisé par l'entremise et le soutien financier de Santé Canada. L'Observatoire et les auteurs tiennent à remercier de façon particulière Hélène Gélinas et Marcel Saulnier pour avoir supervisé et vérifié la traduction.

Liste des abréviations

Abréviations	
AB	Alberta (province)
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
ACSP	Association canadienne de santé publique
AGCS	<i>Accord général sur le commerce des services</i>
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
AIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
AMC	Association médicale canadienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASR	Autorité de santé régionale
BC	Colombie-Britannique (province)
CAT	Commission des accidents du travail
CCPSSRH	Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (FPT)
CCRPS	Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé
CCS	Conseil canadien de la santé
CEPMB	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
DIM	Diplômés internationaux en médecine
DMS	Durée moyenne du séjour
DPP	Déboursés par les patients
DSE	Dossier de santé électronique
DST	Dépenses de santé totales
ECMS	Enquête canadienne sur les mesures de la santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETS	Évaluation des technologies de la santé
FCSI	<i>Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers</i>
FPE	Financement des programmes établis
FPT	Fédéral-provincial-territorial
GRC	Gendarmerie royale du Canada

Abréviations	
IA	Infirmière autorisée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IDH	Indice du développement humain
IDUIT	Indice de développement de l'Union internationale des télécommunications
IPÉ	Île-du-Prince-Édouard (province)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada;
LCS	<i>Loi canadienne sur la santé</i>
MB	Manitoba (province)
MCHP	Manitoba Centre for Health Policy
MCP	Médecines complémentaires et parallèles
NB	Nouveau-Brunswick (province)
NÉ	Nouvelle-Écosse (province)
NU	Nunavut (territoire)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ON	Ontario (province)
PAA	Païement à l'acte
PCEM	Programme commun d'évaluation des médicaments (géré par l'ACMTS)
PDAC	Publicité directe auprès des consommateurs
PIB	Produit intérieur brut
PT	Provincial et territorial
QC	Québec (province)
RAMP	Régime d'assurance-maladie privé
RHS	Ressources humaines en santé
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SCS	Société canadienne du sang
SK	Saskatchewan (province)
SU	Service d'urgence
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
TI	Technologie de l'information
TIC	Technologie de l'information et des communications
TNL	Terre-Neuve-et-Labrador (province)
TNO	Territoires du Nord-Ouest (territoires)
TO	Tomographie par ordinateur
YK	Yukon (territoire)

Liste des tableaux et des figures

Tableaux		page
Tableau 1.1	Population en nombre d'habitants et en pourcentage pour toutes les provinces et tous les territoires du Canada (nom de la capitale entre parenthèses), 2011	4
Tableau 1.2	Indicateurs du développement humain sélectionnés pour le Canada et les pays de comparaison, 2011	5
Tableau 1.3	Indicateurs de population, 1980–2010 (années sélectionnées)	6
Tableau 1.4	Origines ethniques de la population canadienne selon la déclaration volontaire, en population totale et pourcentage, 2006	7
Tableau 1.5	Indicateurs macroéconomiques, 1980–2009 (années sélectionnées)	9
Tableau 1.6	Résultats des élections fédérales du 14 octobre 2008 et du 2 mai 2011	11
Tableau 1.7	Résultats d'indicateurs de gouvernance mondiaux pour le Canada et les pays de comparaison (rang centile pour tous les pays), 2010	13
Tableau 1.8	Indicateurs de mortalité et de santé, 1980–2009 (années sélectionnées)	14
Tableau 1.9	État de santé pour le Canada et les pays sélectionnés, dernière année disponible	14
Tableau 1.10	Causes principales de décès et nombre de décès par 100 000 habitants, 1980–2004 (années sélectionnées)	15
Tableau 1.11	Causes principales de décès pour le Canada et les pays sélectionnés selon le sexe, pour les dernières années de données disponibles	16
Tableau 1.12	Facteurs ayant une influence sur l'état de santé, 1990–2009 (années sélectionnées)	17
Tableau 1.13	Pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus qui souffre d'obésité ou qui est obèse, pour le Canada et les pays sélectionnés, 2008	18
Tableau 1.14	Obésité autodéclarée par province, personnes de 18 ans et plus, 2003, 2005 et 2007–2008	18
Tableau 2.1	Chronologie de l'évolution des soins de santé publique au Canada, 1946–1984	30
Tableau 2.2	Cinq critères de financement de la Loi canadienne sur la santé (1984)	32
Tableau 2.3	Régionalisation dans les provinces et les territoires	34
Tableau 2.4	La classification des dispositifs médicaux de Santé Canada en vertu de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i>	60
Tableau 2.5	Enquête auprès des adultes plus malades sur l'accès, la coordination et l'expérience axée sur le patient, 2011 (% des patients)	65
Tableau 3.1	Tendances dans les dépenses de santé au Canada, 1995–2010 (années sélectionnées)	68
Tableau 3.2	Sources de revenus en pourcentage des dépenses totales en santé, 1995–2010 (années sélectionnées)	76
Tableau 4.1	Taux d'hospitalisation en soins actifs (par 100 000 habitants) au Canada, normalisé selon l'âge, 1995–1996 et 2009–2010	92

Tableaux

		page
Tableau 4.2	Indicateurs d'exploitation pour les hospitalisations en soins actifs au Canada et dans les pays sélectionnés, 2008	92
Tableau 4.3	Nombre de technologies d'imagerie diagnostique sélectionnées, par million d'habitants, au Canada et dans les pays sélectionnés, 2010	94
Tableau 4.4	Nombre d'appareils de technologies d'imagerie sélectionnées par million d'habitants par province, 2011	95
Tableau 4.5	Indice de développement des TIC (IDUIT) basé sur 11 indicateurs, rang et niveau, au Canada et dans les pays sélectionnés, 2008 et 2010	96
Tableau 4.6	Utilisation des TI de la santé par les médecins de soins primaires (% des médecins), 2009	97
Tableau 4.7	Professionnels praticiens de la santé au Canada par 1 000 habitants, années sélectionnées, 1990–2009	98
Tableau 4.8	Densité des travailleurs en santé par province et territoire, taux par 100 000 habitants, 2009	100
Tableau 4.9	Migration internationale nette de médecins, Canada, par décennie, 1980–2009	104
Tableau 4.10	Exigences en éducation et en formation de 22 professions du secteur de la santé, 2009	106
Tableau 5.1	Tests effectués pour le cancer colorectal, auto-déclaré (% de la population provinciale ou territoriale), 2008	114
Tableau 5.2	Caractéristiques des bénéficiaires de soins à domiciles subventionnés par le gouvernement au Canada, 1994–1995 et 2003	124
Tableau 5.3	Services de soins palliatifs à domicile selon chaque instance au Canada, 2008	127
Tableau 7.1	Dépenses déboursées par rapport à la couverture de l'assurance maladie privée pour les services hors du régime d'assurance maladie, montant (milliards de dollars canadiens) et pourcentage de dépenses totales en soins de santé au Canada, 2008	144
Tableau 7.2	Opinion des patients sur les délais d'attente, l'accès et les systèmes de santé, Canada et certains pays de l'OCDE, 2010 (% de répondants dans l'enquête du Fonds du Commonwealth)	147
Tableau 7.3	Taux et classement de la mortalité évitable au Canada et dans certains pays de l'OCDE pendant la dernière année disponible	150
Tableau 7.4	Pourcentage de patients recevant des soins respectant les points de repère pancanadien, par province, 2011	154

Figures

		page
Fig. 1.1	Carte du Canada	2
Fig. 2.1	Organisation du système de soins de santé au Canada	24
Fig. 3.1	Tendances des dépenses totales de santé en proportion du PIB au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010	70
Fig. 3.2	Tendances des dépenses totales de santé par habitant (PPA en \$US) au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010	70
Fig. 3.3	Tendances des dépenses de santé publique en proportion du PIB au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010	72
Fig. 3.4	Tendances des dépenses de santé publique par habitant (PPA en \$US) au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010	72
Fig. 3.5	Croissance moyenne des dépenses de santé gouvernementales par habitant et PIB par habitant, 1998–2008	73
Fig. 3.6	Pourcentage des dépenses totales en santé par source de revenu, 2010	75

Figures

		page
Fig. 3.7	Composition des flux financiers dans le système de santé canadien	77
Fig. 4.1	Lits de soins actifs par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990-2009	91
Fig. 4.2	Nombre de médecins par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990-2010	101
Fig. 4.3	Nombre d'infirmiers par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990-2010	102
Fig. 4.4	Nombre de dentistes par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990-2010	103
Fig. 4.5	Nombre de pharmaciens par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990-2010	103
Fig. 7.1	Indice et tendance des huit indicateurs de qualité, 1999-2009	152

Résumé

Ce profil du Système de santé en transition (SeT) du Canada a été élaboré en conformité avec le modèle pour les études de pays de 2010 de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé afin d'assurer une certaine comparabilité aux lecteurs de rapports SeT. Cependant, l'adaptation de ce modèle à la situation canadienne a posé quelques défis, principalement en raison de l'incapacité à exploiter les données européennes de l'OMS et de la difficulté d'utiliser une terminologie fondée sur l'histoire européenne et les réformes de la santé dans un contexte canadien. En anglais, pour éviter la confusion avec un programme fédéral du même nom aux États-Unis, « medicare » (assurance maladie) prend la minuscule.

Étant donné que les données du Canada ne sont pas incluses dans les sources européennes de l'OMS, il a été nécessaire de comparer le Canada à d'autres pays au moyen des données de l'OCDE et d'autres sources. Pour la plupart de ces comparaisons, le Canada a été comparé à un ensemble plus réduit de pays que ce qui est habituel pour les études de pays SeT. Cinq pays ont été choisis pour une comparaison quantitative avec le Canada selon des critères basés sur l'histoire, la politique, l'économie et la politique de santé : l'Australie, la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis.

L'Australie a été sélectionnée du fait de son histoire commune avec le Canada en tant que colonie britannique, de ses institutions parlementaires et fédérales, et des défis que présente la prestation de soins de santé à des populations rurales éparses. En plus de partager avec le Canada l'une des langues officielles de ce dernier, la France présente un cas intéressant en raison de la haute qualité de son système de soins de santé publique qu'on y suppose. Même si la Suède est souvent comparée au Canada à cause de la perception de son engagement de longue date au principe de l'État providence, il se trouve que les débats récents de ce pays au sujet du rôle de l'état dans le financement et l'administration des soins de santé sont semblables (jusqu'à un certain point)

à ceux qui ont lieu au Canada. Avec les efforts récents visant à améliorer les soins de santé primaires, à réduire les délais d'attente et à rendre le système plus efficace, le Royaume-Uni et le Service national de santé (National Health Service – NHS) constituent d'importants points de comparaison avec le Canada. Pour des raisons de proximité géographique, sociale et culturelle, de même que leur influence politique et économique, les États-Unis offrent une comparaison importante pour le Canada. Bien que les deux pays diffèrent considérablement sur le plan du système de soins de santé publique, leurs secteurs privé et mixte de la santé sont remarquablement similaires.

Sommaire exécutif

Introduction

Deuxième pays au monde en terme de superficie, le Canada jouit d'une économie industrielle avancée où les revenus sont élevés. Depuis 2006, le rendement économique du Canada a été relativement solide malgré la récession qui a débuté en 2008. Bien qu'une hausse des recettes demeure vigoureuse, le gouvernement fédéral, de même qu'un certain nombre de gouvernements provinciaux ont aussi réduit les taux d'imposition au cours des dernières années. En même temps, le coût des soins de santé continue de croître jusqu'à des taux qui surpassent le taux de croissance des revenus du gouvernement et de l'économie, ce qui soulève des préoccupations quant à la viabilité budgétaire des dépenses de santé financées par le secteur public.

Le Canada est une monarchie constitutionnelle basée sur un système parlementaire de type britannique. Il est aussi une fédération comportant deux ordres de gouvernement reconnus dans la Constitution. Le premier est un gouvernement central, ou « fédéral », responsable de certains aspects de la réglementation et de la sécurité des produits de santé et des produits pharmaceutiques, ainsi que du financement et de l'administration des indemnités de maladie et des services de santé de populations données. Le second, de même importance du point de vue constitutionnel, comprend les dix gouvernements des provinces, qui portent la responsabilité principale d'un large éventail de programmes et de services stratégiques sociaux, y compris la majeure partie des services de santé financés et administrés par les l'État.

L'espérance de vie n'a pas cessé de croître depuis 1980, particulièrement pour les hommes, et est relativement élevée par rapport à celle des pays membres de l'OCDE, même si les taux de mortalité infantile et maternelle ont tendance à être pires que ceux de l'Australie, de la France et (en particulier) de la Suède. Les deux principales causes de décès au Canada sont le cancer (ou néoplasme malin) et la maladie cardiovasculaire, qui occupent les premières places depuis l'an 2000.

Organisation et gouvernance

Le Canada est doté d'un système de santé financé essentiellement par l'État, avec environ 70 % des dépenses de santé financées par des recettes fiscales générales des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires (FPT). En même temps, la gouvernance, l'organisation et la prestation des services de santé sont fortement décentralisées pour au moins trois raisons : (1) la responsabilité des provinces et des territoires concernant le financement et la prestation de la plupart des services de soins de santé; (2) le statut des médecins en tant qu'entrepreneurs indépendants; (3) la présence de multiples organismes tels que les autorités de santé régionales (ASR) et les hôpitaux privés qui fonctionnent de façon indépendante des gouvernements provinciaux.

La Saskatchewan a été la première province à instaurer un régime universel d'assurance-hospitalisation en 1947. Dix ans plus tard, le gouvernement fédéral adoptait la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, qui énonçait les grandes lignes des conditions communes auxquelles les gouvernements provinciaux devaient satisfaire afin de recevoir du financement à frais partagés au moyen de transferts fédéraux. En 1962, la Saskatchewan élargissait sa couverture afin d'inclure les services de médecin, et en 1966, le gouvernement fédéral mettait sur pied la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le partage des coûts avec les gouvernements provinciaux d'une assurance à payeur unique couvrant les frais médicaux. En 1971, toutes les provinces offraient la couverture universelle pour les services hospitaliers et médicaux. Le gouvernement fédéral a remplacé les deux lois précédentes par la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, se dotant ainsi d'une loi établissant des normes pancanadiennes concernant les services de soins de santé diagnostiques, hospitaliers et médicaux.

La majorité de la planification du système de santé est effectuée à l'échelle provinciale et territoriale, quoique dans certaines provinces ou certains territoires, les ASR s'engagent davantage dans la planification détaillée des services pour leurs populations définies. Certains ministères de la Santé des provinces et ASR se font assister dans leur planification par des conseils de la qualité provinciaux et des agences d'évaluation des technologies de la santé (ETS). Au cours des dernières années, on note une tendance à la centralisation avec la réduction ou l'élimination des ASR. La plupart des professions de la santé effectuent l'autorégulation, à l'intérieur de cadres législatifs établis par les gouvernements des provinces et des territoires.

Les activités du gouvernement fédéral vont du financement et du soutien de la collecte de données et de la recherche, à la réglementation des médicaments sur ordonnance et de la santé publique, tout en appuyant toujours le volet national de l'assurance maladie au moyen de transferts de fonds importants aux provinces et aux territoires. Les gouvernements FPT collaborent par l'entremise de conférences, de conseils et de groupes de travail formés de ministres de sous-ministres de la Santé. Au cours des dernières années, ces moyens ont été augmentés par l'établissement d'organismes intergouvernementaux spécialisés responsables de la collecte et la diffusion de données, l'ETS, la sécurité des patients, la technologie de l'information et des communications (TIC) et la gestion des produits du sang. Les organisations non gouvernementales à la fois à l'échelle fédérale et provinciale exercent une influence sur l'orientation stratégique et la gestion des soins de santé publique au Canada.

Financement

Le secteur public est responsable d'environ 70 % des dépenses de santé totales au Canada. Après une période de restriction des dépenses allant du début jusqu'au milieu des années 1990, les dépenses du gouvernement ont augmenté rapidement, affichant un taux de croissance qui n'a été surpassé que par celui des dépenses privées de santé. Le fait que les dépenses de santé ont pris de l'ampleur plus rapidement que la croissance de l'économie ou des recettes publiques a soulevé des préoccupations quant à la viabilité budgétaire des soins de santé publique. Contrairement à la croyance populaire, le vieillissement démographique n'est pas encore un facteur majeur dans les coûts du système de santé canadien. Au cours des deux dernières décennies, ce sont les médicaments sur ordonnance qui ont été un générateur de coûts majeur, mais depuis cinq ans, cette croissance est maintenant égalée par les dépenses pour les hôpitaux et surpassée par celles liées aux médecins. Dans le cas des médecins, l'augmentation de la rémunération est un générateur de coûts principal, et dans le cas des hôpitaux, la cause est une combinaison de l'accroissement de l'embauche et de hausses salariales du personnel existant.

La presque totalité des fonds pour les dépenses de santé publique provient des recettes fiscales générales des gouvernements FPT, dont une partie considérable est destinée à l'assurance-maladie universelle – les services hospitaliers et médicaux jugés nécessaires du point de vue médical qui sont gratuits au point de service pour les résidents de toutes les provinces et de tous les territoires. Le montant restant est utilisé pour subventionner d'autres types de soins de santé,

y compris les soins de longue durée et les médicaments sur ordonnance. Alors que les provinces perçoivent la majorité de leurs fonds à partir de leurs propres sources de revenus, elles reçoivent également moins d'un quart du financement de leur système de santé par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, un transfert de fonds annuel provenant du gouvernement fédéral. Les provinces et les territoires sont responsables de l'administration de leurs propres régimes universels d'assurance-maladie et hospitaliers, financés par leurs impôts. Les services hospitaliers, diagnostiques et médicaux considérés comme médicalement nécessaires sont offerts sans déboursement de frais pour les résidents de toutes les provinces et de tous les territoires. Historiquement, le gouvernement fédéral a eu une influence importante sur la mise en œuvre de ces régimes, le maintien de la transférabilité de l'assurance entre les provinces et les territoires et le refus d'avoir recours à des frais modérateurs, en liant l'application continue de ces conditions au paiement des transferts. Au-delà du panier universel de services hospitaliers et médicaux, les gouvernements provinciaux et territoriaux financent ou procurent d'autres biens et services de santé tels que l'assurance pour les médicaments sur ordonnance et les soins de longue durée (y compris les soins à domicile). Contrairement aux services hospitaliers et médicaux, ces programmes provinciaux visent généralement des sous-populations selon l'âge ou le revenu et peuvent occasionner des frais modérateurs. Du côté du secteur privé, ces frais modérateurs et les souscriptions à un régime d'assurance-maladie privé (RAMP) forment la grande partie des revenus pour la santé. La vaste majorité des RAMP consistent d'une assurance liée à l'emploi pour les biens et les services non couverts par l'assurance maladie gouvernementale tels que les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue. Les RAMP n'entrent pas en compétition avec les systèmes d'assurance maladie « à payeur unique » des provinces et des territoires.

Ressources humaines et physiques

Les éléments non financiers qui composent le système de santé canadien comprennent les édifices, l'équipement, la technologie de l'information (TI) et la main-d'œuvre de la santé. La capacité de tout système de santé à procurer un accès rapide à des soins de qualité dépend non seulement d'une quantité suffisante de ressources physiques et humaines, mais aussi de l'équilibre entre ces ressources. Le volume de ressources et l'équilibre entre celles-ci doivent être continuellement ajustés par les gouvernements FPT, en réponse à l'évolution constante de la technologie, des pratiques en soins de santé et des besoins des Canadiens en santé.

Entre le milieu des années 1970 et l'année 2000, on a vu un déclin dans l'investissement de capitaux dans les hôpitaux. Les petits hôpitaux fermaient dans plusieurs régions du Canada et les services de soins actifs étaient consolidés. Malgré des investissements récents dans la fourniture d'hôpital par les gouvernements provinciaux et territoriaux, particulièrement dans l'équipement médical, les technologies d'imagerie et les TIC, le nombre de lits actifs par personne n'a pas cessé de diminuer, une situation attribuable en partie à l'augmentation de chirurgies ambulatoires. Alors que l'approvisionnement en technologies avancées de diagnostic de la majorité du Canada est à peu près comparable au niveau des autres pays membres de l'OCDE, le pays se classe plutôt mal concernant l'utilisation efficace des TIC par rapport aux autres pays à revenu élevé. Cependant, on a constaté un certain progrès dans ce domaine ces dernières années.

Après une longue période dans les années 1990 où le nombre de médecins, du personnel infirmier et d'autres travailleurs des soins de santé a diminué en raison des compressions budgétaires gouvernementales, la main-d'œuvre de la santé a augmenté depuis 2000. Les professionnels de la santé du secteur privé ont connu une croissance encore plus importante durant cette période. Les facultés de médecine et des sciences infirmières ont pris de l'expansion pour être en mesure de produire davantage de diplômés. En même temps, on assistait à une immigration accrue de médecins et du personnel infirmier formés à l'étranger et à une diminution de l'émigration vers d'autres pays comme les États-Unis.

Prestation de services

Bien qu'il soit difficile de faire des généralisations étant donné la nature décentralisée de l'administration et de la prestation de services de santé au Canada, le cheminement typique d'un patient commence par une visite à un médecin de famille, qui déterminera le traitement de base à suivre, le cas échéant. Dans la plupart des provinces, les médecins de famille font figure de contrôleurs : ce sont eux qui décident si leurs patients devraient subir des tests diagnostiques, obtenir des médicaments sur ordonnance, ou être renvoyés à des spécialistes médicaux. Cependant, les ministères de la Santé des provinces ont renouvelé les efforts en vue de réformer les soins primaires au cours de la dernière décennie. Plusieurs de ces efforts de réforme mettent l'accent sur la transition entre le bureau de médecin traditionnel où on ne retrouve que des médecins et une pratique fondée sur des équipes de soins de santé primaires

interdisciplinaires, pouvant fournir un plus vaste éventail de services de soins de santé primaires, et ce, tous les jours 24 heures sur 24, sept jours par semaine (bien que le progrès soit lent). Dans les cas où le patient n'a pas de médecin de famille attiré ou a besoin d'aide après les heures de bureau, le premier point de contact peut être une clinique médicale sans rendez-vous ou le service d'urgence d'un hôpital.

Les services de prévention de maladie, comme le dépistage des maladies, peuvent être dispensés par un médecin de famille, un bureau local de santé publique ou un programme de dépistage ciblé. Tous les gouvernements des provinces et des territoires ont des initiatives de santé publique et de promotion de la santé. Ils effectuent également la surveillance de la santé et gèrent la réponse aux épidémies. Alors que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) élabore et gère des programmes qui appuient la santé publique dans l'ensemble du Canada, la responsabilité des activités de santé publique sur une base quotidienne et de l'infrastructure de soutien demeure avec les gouvernements des provinces et des territoires.

La presque totalité des soins actifs est prise en charge par les hôpitaux du secteur public ou privé sans but lucratif, même si on retrouve des services ambulatoires et des services de diagnostic spécialisés dans les cliniques privées à but lucratif. La plupart des hôpitaux ont un service d'urgence alimenté par des unités de service médical d'urgence indépendantes qui procurent aux patients les soins de première intervention durant leur transport aux services d'urgence.

Concernant les médicaments sur ordonnance, chaque gouvernement provincial ou territorial possède un programme de remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance qui couvre les médicaments sur ordonnance destinés aux patients externes pour les populations désignées (p. ex. les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide sociale), tandis que le gouvernement fédéral couvre les médicaments des utilisateurs admissibles des Premières nations et des Inuits. Ces assureurs publics dépendent fortement des ETS, y compris le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) mené par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), pour décider quels médicaments devraient être inclus dans leur liste des médicaments assurés respective. Malgré la création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques issue du Plan décennal adopté par les premiers ministres en 2004, on constate peu de progrès quant au programme pancanadien de couverture des médicaments onéreux.

Les services et les politiques de réadaptation et de soins de longue durée, y compris les soins à domicile et communautaires, les soins palliatifs et le soutien aux aidants naturels, varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre. Jusqu'aux années 1960, la plupart des soins de santé mentale étaient dispensés dans de grands hôpitaux psychiatriques gérés par la province. Depuis la désinstitutionnalisation, les personnes atteintes de troubles mentaux sont diagnostiquées et traitées par les psychiatres en consultation externe, même s'ils peuvent être hospitalisés pendant un certain temps à l'unité de psychiatrie d'un hôpital. Les médecins de famille fournissent la majorité des soins de santé mentale primaires.

À la différence des soins de santé mentale et des soins de longue durée, presque tous les soins dentaires sont financés par le secteur privé au Canada. Comme l'accès est largement déterminé par le revenu, les résultats sont fortement inéquitables. Les médecines complémentaires et parallèles (MCP) sont également financées et dispensées au privé, à quelques exceptions près (p. ex. les chiropraticiens dans certaines provinces).

Étant donné la disparité des résultats en santé chez les Autochtones, ainsi que les enjeux historiques liés à la prestation de services à des communautés qui comptent parmi les plus éloignées au Canada, les gouvernements FPT ont mis sur pied un certain nombre de programmes et de services ciblés. Alors que l'état de santé des Autochtones s'est amélioré durant la période d'après-guerre, il continue à y avoir un écart significatif entre l'état de santé des populations autochtones et celui de la plupart de la population canadienne.

Principales réformes de la santé

Depuis 2005, année où la première édition de cette étude a été publiée, il n'y a pas eu d'initiatives de réforme de la santé pancanadiennes majeures. Cependant, les ministères de la Santé individuels des provinces et des territoires ont concentré leurs efforts sur deux catégories de réformes, l'une ayant trait à la réorganisation ou à la mise au point de leurs systèmes de santé régionaux, et l'autre portant sur l'amélioration de la qualité, la ponctualité et l'expérience du patient reliée aux soins primaires, actifs et chroniques.

Le but principal de la régionalisation (c.-à-d. la mise sur pied d'ASR pour gérer les services à titre d'acquéreurs ou d'acquéreurs-fournisseurs) était de tirer profit de l'intégration verticale en gérant des installations et des fournisseurs englobant un vaste éventail de services de santé, en particulier pour améliorer

la coordination entre les services curatifs « en aval » et les interventions et les services liés à la santé publique et à la prévention des maladies qui sont davantage « en amont ». Au cours des dix dernières années, dans un effort de tirer avantage des économies d'échelle et d'envergure dans la prestation de service ainsi que de réduire les coûts d'infrastructure, il s'est développé une tendance à la centralisation, ce qui fait que les ministères de la Santé des provinces réduisent le nombre d'ASR. Deux provinces, l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, possèdent maintenant un seul ASR responsable de la coordination de tous les services de soins actifs et de longue durée (mais non les soins primaires) dans leurs régions respectives.

Influencés principalement par les initiatives d'amélioration de la qualité aux États-Unis et au Royaume-Uni, les ministères de la Santé des provinces ont mis sur pied des institutions et des mécanismes afin d'améliorer la qualité, la sécurité, la ponctualité et la sensibilité des services de santé. Six provinces ont créé des conseils de qualité des soins de santé pour accélérer les initiatives d'amélioration de la qualité. Deux gouvernements provinciaux ont également lancé des initiatives axées sur le patient qui visent à améliorer à la fois l'expérience du patient et celle du soignant. De plus, la plupart des ministères et des ASR ont instauré certains aspects de mesure du rendement dans le but de faire progresser leurs processus et leurs résultats. Le mécontentement des patients qui doivent composer avec de longs délais d'attente dans les services d'urgences des hôpitaux et pour certains types d'opérations chirurgicales non urgentes telles que les arthroplasties est à l'origine d'efforts dans toutes les provinces pour mieux gérer et réduire les délais d'attente.

En revanche, le progrès a été plus limité du côté intergouvernemental depuis le plan décennal pour consolider les soins de santé mis de l'avant par les premiers ministres en 2004. À la suite de cette rencontre, les gouvernements des provinces et des territoires ont employé les transferts de fonds fédéraux supplémentaires à des investissements visant à réduire les délais d'attente dans les domaines prioritaires, redynamiser la réforme de soins primaire et fournir une couverture supplémentaire pour les services à domicile susceptibles de remplacer les soins en milieu hospitalier. Alors que quelques gouvernements des provinces et des territoires ont introduit une couverture des médicaments onéreux sous quelque forme pour certains groupes de résidents, ils n'ont pas réussi à élaborer une approche pancanadienne concernant l'administration et la couverture des médicaments sur ordonnance.

Évaluation des accords sur la santé

Lorsqu'on examine son rendement, on constate que le système d'assurance maladie a su protéger financièrement les Canadiens contre les coûts élevés des hôpitaux et des soins de santé. En même temps, l'étroitesse de la portée des services universels couverts par l'assurance maladie a causé d'importantes lacunes relativement à la couverture. Dans le cas des médicaments sur ordonnance et des soins dentaires, par exemple, et dépendant de la situation d'emploi et de la province ou du territoire de résidence, ces lacunes sont comblées par les RAMP et, au moins en ce qui concerne la pharmacothérapie, par les régimes provinciaux destinés aux personnes âgées et aux personnes démunies. Lorsque la couverture publique ne réussit pas à pallier les failles laissées par les RAMP, l'accès équitable est un défi majeur. Puisque la majorité du financement des soins de santé provient des recettes fiscales générales des gouvernements FPT et que les sources de revenus vont de progressives à proportionnelles, il y a équité en matière de financement. Cependant, dans la mesure où le financement est un déboursé ou un bénéfice lié aux emplois qui sont généralement mieux rémunérés, l'équité globale en matière de financement s'en trouve diminuée.

On remarque des disparités à l'égard de l'accès aux soins de santé, mais en dehors de quelques secteurs comme les soins dentaires et les soins de santé mentale, elles ne semblent pas être importantes. À titre d'exemple, il paraît y avoir un biais en faveur des pauvres pour ce qui est des soins primaires et un biais en faveur des riches pour l'utilisation des services de médecins spécialistes, mais l'écart dans les deux cas n'est pas grand. Il existe un gradient économique allant d'est en ouest, c'est-à-dire des différences entre les provinces moins fortunées de l'Est du Canada et les provinces mieux nanties de l'Ouest du Canada. Cette situation est corrigée de façon systématique au moyen de paiements de péréquation provenant des sources de revenus fédérales et destinés aux provinces pauvres afin d'assurer qu'ils ont les fonds nécessaires pour fournir des services publics de niveau comparable, y compris les soins de santé, sans devoir recourir à des taux d'imposition exorbitants.

Alors que les Canadiens sont généralement satisfaits de la protection financière offerte par l'assurance maladie, ils sont moins satisfaits de l'accès aux soins de santé. En particulier, depuis les années 1990, leur mécontentement a grandi face à l'accès aux médecins et à des services d'urgence bondés dans les hôpitaux, ainsi qu'aux délais d'attente grandissants pour les chirurgies non urgentes. Selon les résultats d'une enquête menée en 2010 auprès des patients du Fonds du Commonwealth, par exemple, le Canada se classe derrière l'Australie,

la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis pour l'expérience du patient au point de vue des soins de médecins et des chirurgies non urgentes. Si l'on regarde plutôt des indicateurs du rendement du système de santé plus objectifs tels que la mortalité évitable, l'évaluation du rendement du système de santé canadien est plus positive, avec des résultats bien meilleurs que ceux que l'on observe au Royaume-Uni et aux États-Unis, bien qu'ils ne soient pas aussi bons que ceux de l'Australie, de la Suède et de la France. Le rendement du Canada mesuré selon un indice d'indicateurs de la qualité des soins de santé s'est également amélioré au cours de la dernière décennie, au fur et à mesure que les gouvernements provinciaux, appuyés par des conseils de qualité des soins de santé et d'autres organismes, ont appliqué plus systématiquement des mesures d'amélioration de la qualité. Enfin, les gouvernements, les organismes de soins de santé et les fournisseurs de soins consacrent davantage d'efforts à améliorer l'expérience globale du patient.

1. Introduction

Deuxième pays au monde en terme de superficie, le Canada jouit d'une économie industrielle avancée où les revenus sont élevés. Depuis 2006, le rendement économique du Canada a été relativement solide malgré la récession qui a débuté en 2008. Bien qu'une hausse des recettes demeure vigoureuse, les gouvernements fédéral et des provinces ont aussi réduit les taux d'imposition au cours des dernières années. En même temps, le coût des soins de santé continue de croître jusqu'à des taux qui surpassent le taux de croissance des revenus du gouvernement et de l'économie, ce qui soulève des préoccupations quant à la viabilité budgétaire des dépenses de santé financées par le secteur public.

Sur le plan de la forme du gouvernement, le Canada est une monarchie constitutionnelle basée sur un système parlementaire de type britannique. Il s'agit aussi d'une fédération comportant deux ordres de gouvernement reconnus dans la Constitution. Le premier est un gouvernement central, ou « fédéral ». Le second, de même importance du point de vue constitutionnel, comprend les dix gouvernements des provinces, qui portent la responsabilité principale d'un grand nombre de programmes et de services stratégiques sociaux, y compris la majeure partie des services de santé financés et administrés par l'État.

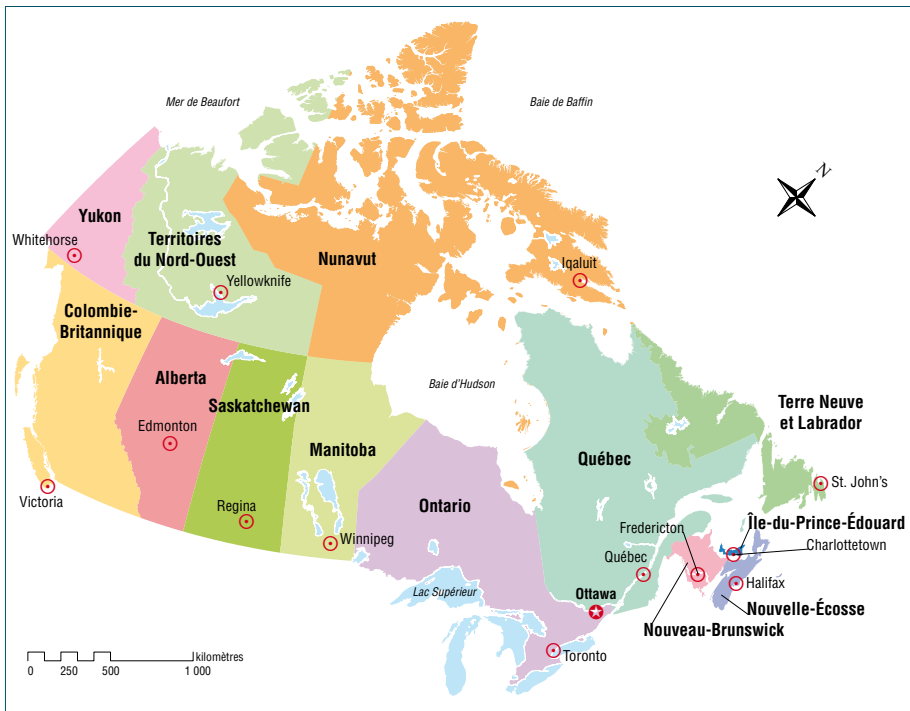
L'espérance de vie n'a pas cessé de croître depuis 1980, particulièrement pour les hommes, et est relativement élevée par rapport à celle des pays membres de l'OCDE, même si les taux de mortalité infantile et maternelle ont tendance à être pires que ceux de l'Australie, de la France et (en particulier) de la Suède. Les deux principales causes de décès au Canada sont le cancer (ou néoplasme malin) et la maladie cardiovasculaire, qui occupent les premières places depuis l'an 2000.

1.1 Géographie et sociodémographie

Le Canada est un vaste pays avec une masse terrestre de 9 093 507 km² (ou 9 984 670 km² en tenant compte des eaux intérieures). La partie continentale fait 5 514 km de l'est à l'ouest, et 4 634 km du nord au sud. Le pays est borné au sud et au nord-ouest (Alaska) par les États-Unis, à l'ouest par l'océan Pacifique, à l'est par l'océan Atlantique et par l'océan Arctique dans le Grand Nord. La topologie du terrain comprend des chaînes de montagnes imposantes, de larges plaines continentales, d'immenses lacs intérieurs et forêts boréales et la vaste toundra de l'Arctique. On y trouve un climat de type nordique caractérisé par une saison hivernale longue et froide dans presque toutes les régions du pays (fig. 1.1).

Fig. 1.1

Carte du Canada



Source : Compilation personnelle de l'auteur.

Les États-Unis, un pays qui comprend presque dix fois la population du Canada et un revenu supérieur par habitant, exerce une influence culturelle et économique considérable sur la vie quotidienne des Canadiens. Bien qu'il existe des différences majeures, et même fondamentales entre les deux pays, concernant le financement et l'administration des soins de santé publique, les débats nationaux sur l'accès, la qualité ainsi que la réforme du système de santé sont fortement influencés par la perception qu'ont les Canadiens de la situation sur les soins de santé aux États-Unis.

Bien que le pays possède une grande superficie, la population du Canada comptait moins de 34 millions de personnes en 2011. Les deux plus grandes villes sont Toronto et Montréal, avec respectivement 5,7 millions et 3,9 millions d'habitants qui vivent dans ces villes et les régions avoisinantes, et forment des régions métropolitaines de recensement.¹ À l'inverse, la capitale du pays, Ottawa, a une population de 1,2 million de personnes dans sa région métropolitaine de recensement. Bien que le Canada présente l'une des plus faibles densités de population humaine au monde (3,4 habitants par km²), la majorité de la population est concentrée dans les centres urbains du sud qui sont près de la frontière américaine. Un nombre relativement faible de Canadiens vivent dans les immenses régions rurales plus au nord du pays. La plupart des nouveaux immigrants résident dans les plus grandes villes canadiennes, tandis que la majorité des citoyens autochtones du Canada (les Premières nations, les Inuits et les Métis) vivent dans les réserves rurales, dans les régions visées par des revendications territoriales de l'Arctique ou dans les quartiers les plus pauvres des villes.

¹ D'après Statistique Canada, une région métropolitaine de recensement comporte une ou plusieurs municipalités avoisinantes situées dans la périphérie d'un grand centre urbain. À titre d'exemple, alors que la région métropolitaine de recensement de Toronto compte 5,7 millions d'habitants, la population qui réside dans le centre urbain de Toronto était estimée à 2,5 millions de personnes en 2006, la dernière année de recensement.

Tableau 1.1

Population en nombre d'habitants et en pourcentage pour toutes les provinces et tous les territoires du Canada (nom de la capitale entre parenthèses), 2011

Province/Territoire	Population	% du total
Colombie-Britannique (Victoria)	4 400 057	13,14
Alberta (Edmonton)	3 645 257	10,89
Saskatchewan (Regina)	1 033 381	3,09
Manitoba (Winnipeg)	1 208 268	3,61
Ontario (Toronto)	12 851 821	38,39
Québec (Québec)	7 903 001	23,61
Nouveau-Brunswick (Fredericton)	751 171	2,24
Nouvelle-Écosse (Halifax)	921 727	2,75
Île-du-Prince-Édouard (Charlottetown)	140 204	0,42
Terre-Neuve-et-Labrador (St. John's)	514 536	1,54
Yukon (Whitehorse)	33 897	0,10
Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife)	41 462	0,12
Nunavut (Iqaluit)	31 906	0,10
Canada (Ottawa)	33 476 688	100,00

Source : Statistique Canada (2011).

Du point de vue d'un système de santé qui dessert les populations du Canada, il faut considérer quatre facteurs : (1) le vieillissement démographique; (2) les populations et les communautés rurales et éloignées; (3) la diversité culturelle causée par le taux élevé d'immigration; (4) les droits et les revendications uniques des peuples autochtones, ainsi que le déplacement historique de leurs populations et la marginalisation dont ils ont été l'objet relativement à la majorité des Canadiens. Chacun de ces points est résumé ci-dessous.

Malgré le vieillissement démographique de sa population depuis 1970, la proportion de personnes âgées est plus faible au Canada que dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. De plus, le ratio de la population inactive à la population active, définie comme le ratio d'enfants (de 1 à 14 ans) et de personnes âgées (≥ 65 ans) à la population en âge de travailler, est également plus bas que celui des cinq pays de comparaison (tableau 1.2).

Tableau 1.2

Indicateurs du développement humain sélectionnés pour le Canada et les pays de comparaison, 2011

Indicateurs sélectionnés	Canada	Australie	France	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
Rang mondial à l'indice du développement humain (valeur réelle de l'indice)	6 (0,908)	2 (0,929)	20 (0,884)	10 (0,904)	28 (0,863)	4 (0,910)
Revenu national brut par habitant (PPA \$US)	35 166	34 431	30 462	35 837	33 296	43 017
Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$US), 2007	3 900	3 357	3 709	3 323	2 991	7 286
Ratio de la population inactive (0 à 14 ans et 65 ans et plus) à la population active (15 à 64 ans), par 100 habitants	44,5	50,7	54,9	54,2	50,1	52,0
Coefficient Gini des revenus, 2000–2010 ^a	32,6	35,2	32,7	25,0	36,0	40,8
Années de scolarité moyennes	12,1	12,0	10,6	11,7	9,3	12,4
Voix politique (% de la population ayant exprimé une opinion à un agent public) ^a	20	23	23	29	24	32
Rang mondial pour l'inégalité de genre	20	18	10	1	47	34
Taux de fécondité des adolescentes, 2011*, par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	14,0	16,5	7,2	6,0	29,6	41,2
Espérance de vie à la naissance, en années	81,0	81,9	81,5	81,4	80,2	78,5
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé, en années	73	74	73	74	72	70
Satisfaction de vivre globale, 2006–2009, échelle de 0 (minimum) à 10 (maximum)	7,7	7,5	6,8	7,5	7,0	7,2

Sources : PNUB (2011) pour le coefficient Gini des revenus, la voix politique et les taux de mortalité; ^aPNUB (2010).

Note : * Moyenne annuelle de 2010 à 2015 (PNUB, 2011).

Les personnes âgées formaient 14 % de la population en 2009, en comparaison avec 9 % en 1980, mais selon les projections, ils devraient constituer 23 % de la population en 2030 (Statistique Canada, 2009). La réduction de la taille de la famille avec le temps a aidé à atténuer les effets du ratio de la population inactive à la population active, alors que le taux de naissance passait de 15 par 1 000 habitants en 1980 à 11 par 1 000 habitants en 2005 (tableau 1.3).

Tableau 1.3

Indicateurs de population, 1980–2010 (années sélectionnées)

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Population totale (millions)	24,6	27,8	29,4	30,8	32,3	34,1
Population féminine (% du total)	50	50	51	50	50	50,4
Population âgée de 0 à 14 ans (% du total)	23	21	20	19	18	16,4
Population âgée de 65 ans et plus (% du total)	9	11	12	13	13	14,1
Population masculine âgée de 80 ans et plus (% du total)	1	2	2	2	2	3,0
Population féminine âgée de 80 ans et plus (% du total)	2	3	3	4	4	4,0
Croissance de la population (taux de croissance annuel moyen)	1,3	1,5	0,8	0,9	1,0	1,1
Densité de population (habitants par km ²)	3	3	3	3	4	3,8
Taux de fertilité total (naissances par femme)	2	2	2	1	2	1,7 ^a
Taux de naissances brut (par 1 000 habitants)	15	15	13	11	11	11,2 ^a
Taux de mortalité brut (par 1 000 habitants)	7	7	7	7	7	7,4 ^a
Ratio de la population inactive (0 à 14 ans et 65 ans et plus) à la population active (15 à 64 ans), par 100 habitants	47	47	48	46	44	44,0
Population rurale en % de la population totale	24	23	22	21	20	19,4

Sources : Statistique Canada (2011); Banque mondiale (2011).

Note : ^a données de 2009.

Bien que la proportion de la population définie comme rurale soit en baisse constante depuis 1980, les populations rurales sont réparties très inégalement dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Plus de la moitié des résidents de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador et des trois territoires vivent dans des régions rurales éloignées des centres métropolitains.²

Concernant la composition de la population, presque 20 % des résidents canadiens sont nés à l'extérieur du pays. Le recensement de 2006 révèle plus de deux cents origines ethniques différentes et la proportion de la population qui rapporte des origines ancestrales multiples est estimée à 41 % (Statistique Canada, 2008). Le tableau 1.4 donne le nombre et le pourcentage de répondants au recensement qui a indiqué une origine ethnique unique ou multiple. Même si la majorité des Canadiens ont des origines britanniques, françaises ou d'ailleurs en Europe, la plupart des immigrants récents viennent de l'extérieur de l'Europe et n'ont ni l'anglais ni le français comme langue maternelle. Ils sont regroupés dans les plus grandes villes canadiennes, ce qui exerce une pression sur les

² Ces régions sont classifiées comme « régions rurales non voisines de RM » et « régions rurales du Nord et éloignées » par Statistique Canada.

établissements de soins de santé dans les grands centres urbains, qui doivent trouver moyen de procurer leurs services tout en surmontant les barrières culturelles et linguistiques à l'accès.

Tableau 1.4

Origines ethniques de la population canadienne selon la déclaration volontaire, en population totale et pourcentage, 2006

Origin	Population totale	Pourcentage (%)
Britannique	11 098 610	35,5
Canadienne	10 066 290	32,2
Européenne	9 919 790	31,8
Française	5 000 350	16,0
Asiatique d'Est et du Sud-Est	2 212 340	7,1
Autochtone	1 678 235	5,4
Asiatique du Sud	1 316 770	4,2
Autre ^a	2 191 750	7,0

Source: Statistique Canada (2006).

Notes: Les pourcentages sont calculés comme proportion du nombre total de répondants au recensement de 2006. La somme est supérieure à 100 % en raison des réponses rapportant des origines ethniques. ^a Les autres origines sont africaine, arabe, asiatique occidentale, latine, américaine du sud ou centrale, et de l'Océanie.

Le Canada comprend aussi une population autochtone composée de trois groupements distincts : les Premières nations (les Indiens d'Amérique du Nord), les Inuits et les Métis. Le terme « Indiens inscrits » est un terme légal utilisé par le gouvernement du Canada pour désigner les Premières nations qui sont officiellement inscrites au terme de la *Loi sur les Indiens* et qui, de ce fait, bénéficient de certains droits et avantages, y compris des « services de santé non assurés » financés et administrés par le gouvernement fédéral. Les Indiens inscrits ont le choix de vivre ou non dans des réserves, dont un grand nombre sont situées dans des régions rurales et reculées du Canada. La plupart des Inuits vivent dans les régions arctiques du Canada, principalement dans des établissements situés sur les côtes de l'océan Arctique. Les Métis, qui sont majoritairement les descendants des commerçants de fourrures eurocanadiens et autochtones, se retrouvent surtout dans l'Ouest du Canada.

Les Premières nations et les Métis présentent davantage de maladies et de troubles chroniques tels que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques, la tuberculose, le VIH et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, à des taux disproportionnés par rapport au reste de la population. Les membres des Premières nations vivant dans des réserves présentent aussi des taux de blessures corporelles qui sont grandement supérieurs à ceux de la moyenne canadienne. À titre d'exemple, Martens et coll. (2002) ont constaté que les taux

d'hospitalisation liés aux blessures chez les membres des Premières nations vivant au Manitoba étaient 3,7 fois supérieurs à ceux de tous les autres résidents de la province. Bien que les populations des Inuits soient moins affectées par certains troubles et maladies comme le diabète, les maladies cardiaques ou l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, en partie à cause d'un mode de vie plus traditionnel et moins sédentaire, les tendances actuelles quant à la diète et au style de vie sont susceptibles de produire des résultats similaires d'un état de santé pauvre pour l'avenir. (Sharma et coll., 2010). L'état de santé plus médiocre des Canadiens autochtones entraîne des taux moyens d'utilisation des services de soins de santé ainsi que des coûts moyens plus élevés que ceux des autres Canadiens.

1.2 Contexte économique

Le Canada possède une économie industrielle avancée et une base de ressources naturelles substantielle. En termes de richesse par habitant, le pays se classe parmi les nations les plus riches du monde. En ce qui a trait à l'inégalité des revenus telle que mesurée par le coefficient de Gini, les revenus disponibles au Canada sont davantage égaux qu'aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, mais moins égaux qu'en Suède et que ses voisins nordiques, et les mêmes qu'en France (PNUD, 2010). Sur l'Indice de développement humain global calculé dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 2011), le Canada arrivait légèrement derrière l'Australie (deuxième rang) et les États-Unis (quatrième rang), mais devant la Suède, la France et le Royaume-Uni en 2010 (voir le tableau 1.2).

Depuis les cinq dernières années, le rendement économique du Canada compte parmi les plus forts au sein de l'OCDE. Tout comme l'Australie, le Canada a moins souffert de la récession mondiale qui a débuté en 2008 que les États-Unis et les autres nations de l'Europe de l'Ouest. Qui plus est, en tant que grand exportateur de ressources, y compris le pétrole et le gaz ainsi que les produits alimentaires, le pays a bénéficié de la hausse récente du prix des produits de base à l'échelle mondiale. Par conséquent, le dollar canadien (comme le dollar australien) s'est apprécié par rapport au dollar américain et à l'euro depuis le début de la récession en 2008. Dans les années qui ont suivi, le taux de chômage du pays était également inférieur à celui des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de la Suède (tableau 1.5).

En dépit de ce rendement économique positif, les coûts associés aux soins de santé ont continué de croître à des taux surpassant la croissance des revenus du gouvernement, ce qui soulève des préoccupations quant à la viabilité budgétaire future des soins de santé publique (OCDE, 2010b). Cependant, cela est dû en partie aux réductions systématiques des impôts par les gouvernements fédéral et provinciaux. Par conséquent, le ratio des revenus d'impôt fédéraux au produit intérieur brut (PIB), par exemple, a diminué, passant de 14,6 % en 1997–1998 à 13,7 % en 2006–2007 (Ruggeri et Watson, 2008).

Tableau 1.5

Indicateurs macroéconomiques, 1980–2009 (années sélectionnées)

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
PIB, PPA (\$US internationaux courants, milliards)	271,3	541,9	666,2	874,1	1 132,0	1 329,9
PIB par habitant, PPA (\$US internationaux courants, milliers)	11,0	19,5	22,7	28,4	35,0	39,0
Taux de croissance annuel moyen du PIB pour les dix dernières années (%), PPA (\$US internationaux courants)	2,2	0,2	2,8	5,2	3,0	3,2
Dépenses publiques (% du PIB)	21,3	22,3	21,3	18,6	18,9	21,8
Excédent ou déficit de trésorerie (% du PIB)	–	–4,9 ^a	–4,0	2,2	1,3	–1,8 ^c
Fardeau fiscal (% du PIB)	–	15,3 ^a	13,7	15,3	13,8	11,8 ^c
Dette du gouvernement central (% du PIB)	–	–	–	–	44,0 ^b	53,1 ^c
Valeur ajoutée dans l'industrie (% du PIB)	36,9	31,3	30,7	33,2	32,4	31,5 ^d
Valeur ajoutée dans l'agriculture (% du PIB)	4,3	2,9	2,9	2,3	1,8	1,7 ^d
Valeur ajoutée dans les services (% du PIB)	58,8	65,8	66,4	64,5	65,8	66,8 ^d
Main-d'œuvre (totale en millions)	12,1	14,7	15,1	16,3	17,8	19,1 ^c
Taux de chômage (% de la main-d'œuvre)	7,5	8,1	9,5	6,8	6,8	8,3 ^c
Inégalité des revenus (coefficient de Gini après impôt)	35,3	35,7	36,3	39,2	39,3	39,4 ^c
Taux d'intérêt réel	3,8	10,6	6,2	3,0	1,1	–0,3
Taux de change officiel (\$US)	1,2	1,2	1,4	1,5	1,2	1,0

Sources : Banque mondiale (2011); Statistique Canada (2012).

Notes : ^a données de 1991; ^b données de 2006; ^c données de 2009; ^d données de 2007.

1.3 Contexte politique

Le Canada comporte deux ordres de gouvernement reconnus dans la Constitution : un gouvernement central ou « fédéral » et dix provinces. Alors qu'ils ne possèdent pas le statut constitutionnel des provinces, les trois territoires du Nord assument plusieurs des mêmes responsabilités quant aux politiques et aux programmes, y compris celles des soins de santé.

Lorsqu'on mesure d'après un certain nombre de critères, dont le contrôle des dépenses et des revenus à l'échelle provinciale par rapport au gouvernement central, on remarque que le pays est devenu une fédération plus décentralisée depuis le début des années 1960 (Watts, 2008). Cette tendance découle en partie de la lutte menée par les gouvernements successifs du Québec pour obtenir une plus grande autonomie pour leur province du gouvernement fédéral (Requejo, 2010). Ces dernières années, d'autres gouvernements provinciaux ont ajouté leur voix à celle du Québec pour exiger une certaine compensation vis-à-vis de ce qu'ils perçoivent comme un déséquilibre fiscal entre les responsabilités de dépenses toujours croissantes des provinces, en particulier pour les soins de santé, et la capacité beaucoup plus importante du gouvernement central de générer des revenus. Certains gouvernements provinciaux (p. ex. l'Alberta) ont parfois réclamé moins de conditionnalité du côté fédéral et une plus grande flexibilité sur le plan de la *Loi canadienne sur la santé*.

À la différence des provinces et des territoires, les gouvernements locaux ou municipaux ne sont pas reconnus dans la Constitution. Ce sont plutôt des unités politiques créées en vertu de la loi gouvernementale provinciale. Les provinces délèguent le pouvoir et la responsabilité des infrastructures et de la prestation des services publics locaux aux gouvernements municipaux et de comté. Historiquement, les gouvernements locaux jouent un rôle, quoique modeste, dans l'administration et la prestation de services de santé. Cependant, le modèle de la Saskatchewan, soit des services hospitaliers et des soins médicaux à payeur unique avec un système de paiements centralisé administré par les gouvernements provinciaux, a finalement été adopté par les autres provinces et territoires (Taylor, 1987; Tuohy 2009).

Des élections ont lieu en moyenne tous les quatre ans pour la Chambre des communes fédérale ainsi que pour les législatures provinciales et territoriales selon un système³ électoral basé sur le scrutin majoritaire uninominal à un tour dans les circonscriptions FPT. La compétition politique se déroule surtout dans le contexte de partis politiques compétitifs et de débats contradictoires.⁴ Sauf pour le Nouveau Parti démocratique (NPD), un parti socio-démocrate, les partis provinciaux ont une organisation distincte des partis politiques de l'échelle fédérale. Le premier ministre est le chef du parti du parti majoritaire à la Chambre des Communes et il choisit les ministres du Cabinet parmi les

³ Chaque électeur sélectionne un candidat. Tous les votes sont comptés et le candidat qui obtient le plus de votes dans une circonscription géographique définie est déclaré gagnant, sans égard au nombre de votes recueillis par le parti politique du candidat au niveau national, provincial ou territorial.

⁴ Il existe deux exceptions à cette règle : les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest sont formés par les élus individuels sans appartenance politique, et les membres du Cabinet sont choisis par les membres de l'Assemblée législative au moyen d'un vote.

membres élus, un système qu'on retrouve aussi dans les provinces et un territoire, le Yukon. Présentement, il y a quatre partis politiques nationaux qui s'efforcent de présenter des candidats dans toutes les circonscriptions du Canada : le Parti conservateur du Canada, le NPD, le Parti libéral du Canada et le Parti vert du Canada. Il y a également un parti régional, le Bloc Québécois, mais son influence a été grandement réduite depuis les élections fédérales de 2011. Établi au début des années 1990 pour faire avancer la cause de l'indépendance du Québec par rapport à la fédération canadienne, le Bloc défend régulièrement ce qu'il définit comme les intérêts du Québec au Parlement du Canada, et appuie une décentralisation progressive du pouvoir et de l'autorité du gouvernement central vers les provinces. Lors des élections fédérales de 2006, le Parti conservateur du Canada, sous la direction de Stephen Harper, a vaincu le gouvernement libéral qui était au pouvoir depuis 1993. Les conservateurs de Harper ont été défaits à la suite d'une motion de censure, mais ont gagné les élections de 2008 et de 2011, où ils ont formé un gouvernement minoritaire, puis majoritaire (tableau 1.6).

Tableau 1.6

Résultats des élections fédérales du 14 octobre 2008 et du 2 mai 2011

Parti politique	2008		2011	
	Sièges	Vote populaire (%)	Sièges	Vote populaire (%)
Parti conservateur	143	37,6	166	39,6
Nouveau Parti démocratique	37	18,2	103	30,6
Parti libéral	77	26,2	34	18,9
Bloc Québécois	49	10,0	4	6,0
Parti vert	0	6,8	1	3,9
Parti indépendant	2	0,7	0	0,4
Autres	0	0,5	0	0,6

Sources : Élections Canada (2008, 2011).

À l'échelle internationale, le Canada est un membre fondateur des Nations Unies et, en vertu de sa longue histoire en tant que colonie autonome au sein de l'Empire Britannique, un membre influent du Commonwealth britannique des nations. Étant donné son statut de pays francophone ainsi que de pays anglophone, le Canada est aussi membre de l'Organisation internationale de la Francophonie, comme le sont les provinces de Québec et du Nouveau Brunswick.

La santé mondiale fait partie de la politique étrangère et de l'Aide au développement international du Canada. Le Canada est le signataire de plusieurs conventions internationales qui reconnaissent le droit à la santé, dont les plus importants sont la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)

et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976). Le gouvernement du Canada a joué un rôle clé dans la création de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986, une déclaration fortement influencée par le rapport Lalonde de 1974, qui exerce son influence à l'échelle mondiale et souligne les effets des déterminants sociaux de la santé (Kickbusch, 2003). En 1991, le Canada a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et ses dispositions concernant la santé des enfants et leur droit aux soins de santé. En 1997, le Canada est devenu membre du Traité de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle sur le droit d'auteur, qui a d'importantes conséquences sur le brevetage des médicaments sur ordonnance de même que sur la recherche et le développement dans le secteur médical en général.

Le Canada est également un participant actif au sein de l'OMS et de son bureau régional en Amérique, l'Organisation panaméricaine de la santé. Sous l'égide de l'OMS, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (OMS, 2003) s'efforce d'élargir et de renforcer les mesures de santé publique visant à réduire la consommation de tabac et de ce fait réduire ses effets nocifs sur la santé partout dans le monde. En tant que pays ayant réussi à diminuer son taux d'utilisation du tabac de façon dramatique au cours des dernières décennies, le Canada a joué un rôle constructif dans la négociation de cette convention historique, facilitant par le même temps un effort global pour réduire la consommation de tabac (Kapur, 2003; Roemer, Taylor et Lariviere, 2005). Le Canada a également servi de catalyseur pour l'établissement en 2001 de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale (ISSM) dirigé par les ministres ou les secrétaires de la santé de huit pays (le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, le Mexique, le Royaume-Uni et les États-Unis), et de la Commission européenne où l'OMS agissait à titre de conseiller technique. En plus de ses efforts visant à renforcer la préparation mondiale et la réaction aux menaces de terrorisme chimique, biologique ou radionucléaire et de son travail portant sur l'endigement des maladies infectieuses, l'ISSM a mis au point un protocole d'approvisionnement en vaccins. Le Canada a joué un rôle de premier plan en conjonction avec l'OMS dans la suppression et la prévention des maladies chroniques, et a aidé à établir un Cadre de coopération sur l'entente concernant les maladies chroniques en 2005.

En outre, le Canada est membre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et, avec les États-Unis et le Mexique, un membre de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). L'ALENA et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), dans le cadre de l'OMC, ont une très large portée, mais ils contiennent tous deux des dispositions qui empêchent

en principe les services de soins de santé du secteur public de tomber sous ces règles commerciales. L'ALENA, par exemple, soustrait tous les « services sociaux établis ou maintenus à des fins d'intérêt public » de ses dispositions concernant la libéralisation du commerce et des investissements. En contrepartie, l'AGCS s'applique seulement aux services et aux secteurs qui sont assujettis à l'accord de façon explicite, et certains pays comme le Canada ont choisi de ne pas inclure leurs services de soins de santé du secteur public dans l'AGCS (Romanow, 2002; Ouellet, 2004). Néanmoins, il continue d'y avoir une certaine nervosité relativement aux soins de santé du secteur public et à leur soumission aux lois du commerce, particulièrement concernant les hôpitaux et les services médicaux, alimentée par une appréhension que les sociétés étrangères exigent éventuellement qu'on leur accorde le « traitement national » pour les secteurs privés (ou qui pourraient le devenir) du système de soins de santé publique du Canada (Grishaber-Otto & Sinclair, 2004; Johnson, 2004a). Les syndicats, en particulier, ont exprimé avec force leurs préoccupations face à la privatisation des établissements de santé et les répercussions potentielles des accords commerciaux dans les secteurs où la privatisation a eu lieu, ou pourrait avoir lieu dans le futur.

D'après l'évaluation de la Banque mondiale sur la gouvernance démocratique, le Canada est l'un des pays les mieux gouvernés au monde. Sur la base de nombreux indicateurs dans six catégories générales, y compris le contrôle de la corruption, l'efficacité, la responsabilité et la stabilité politique, seule la Suède surpasse le Canada dans la comparaison des pays rapportée dans le tableau 1.7.

Tableau 1.7

Résultats d'indicateurs de gouvernance mondiaux pour le Canada et les pays de comparaison (rang centile pour tous les pays), 2010

Catégories	Canada	Australie	France	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
Expression et responsabilité	93,8	95,3	89,1	99,1	91,9	87,2
Stabilité politique	81,1	74,5	70,8	88,2	58,0	56,6
Efficacité du gouvernement	96,7	96,2	89,5	98,6	92,3	90,0
Qualité de la réglementation	96,2	95,2	87,1	96,7	97,1	90,4
Primauté du droit	96,2	95,3	90,5	99,5	94,8	91,5
Contrôle de la corruption	96,7	96,2	89,0	99,0	90,0	85,6
Rang-centile total	560,7	552,6	515,9	581,0	524,2	501,3
Rang-centile global moyen	93,4	92,1	86,0	96,8	87,4	83,6

Source : Banque mondiale (2011).

1.4 État de santé

Comme l'indique le tableau 1.8, l'espérance de vie s'est améliorée et les taux de mortalité ont diminué depuis 1980. En particulier, le taux de mortalité des hommes adultes a régressé de presque 43 % entre 1980 et 2005, une amélioration majeure sur une période de 25 ans.

Tableau 1.8

Indicateurs de mortalité et de santé, 1980–2009 (années sélectionnées)

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Espérance de vie à la naissance, total (années)	75,1	77,4	78,0	79,2	80,3	80,7
Espérance de vie à la naissance, hommes (années)	71,6	74,3	75,1	76,7	78,0	78,4
Espérance de vie à la naissance, femmes (années)	78,7	80,7	81,0	81,9	82,7	83,0
Taux de mortalité total, hommes adultes (par 1 000)	164,0	127,3	118,5	101,0	94,4	91,8 ^a
Taux de mortalité total, femmes adultes (par 1 000)	86,3	69,7	66,9	61,1	57,1	55,4 ^a

Source : Banque mondiale (2011).

Note : ^a données de 2007.

Par rapport aux comparateurs de l'OCDE, l'espérance de vie des Canadiens se situe au plus haut niveau de l'échelle, même si les taux de mortalité infantile et maternelle tendent à être plus élevés que ceux de l'Australie, de la France et (surtout) de la Suède. Lorsqu'on le compare sur la base de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, le taux du Canada se trouve au milieu de l'échelle par rapport aux pays de comparaison de l'OCDE (tableau 1.9).

Tableau 1.9

État de santé pour le Canada et les pays sélectionnés, dernière année disponible

	Canada	Australie	France	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
Espérance de vie à la naissance, 2009 (années)	81	82	81	81	80	79
Taux de mortalité infantile par 100 naissances, 2010	5	4	3	2	5	7
Taux de mortalité périnatale par 1 000 naissances, 2004 ^a	6	5	7	5	8	7
Taux de mortalité maternelle par 100 000 naissances vivantes, 2008	12	8	8	5	12	24
EVAS (espérance de vie ajustée en fonction de la santé) à la naissance, 2007	73	74	73	74	72	70

Sources : ^a OMS (2011a); OMS (2007); OMS (2010) pour l'EVAS.

Comme on peut le voir dans le tableau 1.10, les maladies cardiaques et le cancer (ou néoplasme malin) sont à tour de rôle la principale cause de décès. Parmi les cancers, c'est le cancer du poumon qui est le plus meurtrier au Canada. La cardiopathie ischémique (CI) demeure le plus important contributeur au décès parmi les maladies cardiovasculaires, qui comprennent les maladies cérébrovasculaires, une autre source majeure de décès dans cette catégorie (Hu et coll., 2006).

Tableau 1.10

Causes principales de décès et nombre de décès par 100 000 habitants, 1980–2004 (années sélectionnées)

<i>Cause de décès (selon la classification CIM-10)</i>	1980^a	1990^a	1995^a	2000	2004
Maladies transmissibles	75,1	77,4	78,0	79,2	80,3
Toutes les maladies infectieuses et parasitaires (A00–B99)	6,6	9,6	11,7	20,2	24,9
Tuberculose (A15–A19)	1,2	0,9	0,8	0,6	0,3
Infections transmissibles sexuellement (A50–A64)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
VIH/sida (B20–B24)	–	7,5	12,0	3,3	2,7
Maladies non transmissibles					
Maladies de l'appareil circulatoire (I00–I99)	674,9	565,5	534,6	496,5	454,8
Néoplasmes malins (C00–C97)	331,0	395,1	390,9	407,4	418,8
Cancer du côlon (C18)	31,5	33,3	32,3	34,1	35,3
Cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (C32–C34)	79,8	142,5	105,6	108,3	113,4
Cancer du sein (C50)	28,8	34,9	32,9	31,2	30,7
Cancer du col de l'utérus (C53)	3,6	3,3	2,7	2,6	2,4
Diabète (E10–E14)	24,0	31,2	37,1	43,6	49,0
Troubles mentaux et du comportement (F00–F99)	5,0	21,8	34,3	38,8	42,7
Cardiopathies ischémiques (I20–I25)	411,6	330,4	298,0	275,9	246,1
Maladies cérébrovasculaires (I60–I69)	124,7	105,3	104,8	101,0	91,3
Maladies respiratoires chroniques (J00–J99)	93,7	122,8	127,6	115,3	122,7
Maladies de l'appareil digestif (K00–K93)	58,6	52,8	51,4	52,9	54,1
Causes externes					
Accidents de transport (V01–V99)	145,5	98,2	83,4	77,4	80,8
Suicide (X60–X84)	28,1	25,6	26,9	23,6	22,7
Symptômes, signes et autres états pathologiques mal définis (R00–R53; R55–R99)	14,2	35,3	20,2	15,7	14,7

Source : OMS (2011b).

Notes : ^a Causes de décès selon la classification CIM–9; CIM : Classification internationale des maladies de l'OMS.

La mortalité globale pour cause de cancer chez les hommes canadiens est plus élevée que les taux qu'on retrouve en Suède, en Australie et aux États-Unis, mais inférieure à ceux de France et du Royaume-Uni (tableau 1.11). Le taux de mortalité lié au cancer chez les femmes au Canada est le deuxième taux le plus élevé parmi les pays de comparaison de l'OCDE, ne plaçant le Canada que légèrement derrière le Royaume-Uni dans ce domaine. En particulier, le taux de

mortalité lié au cancer du poumon au Canada pour les hommes et les femmes (en parallèle avec les États-Unis) compte parmi les plus élevés de ce groupe de pays. Bien que la majorité des décès liés au cancer soient le fait du cancer du poumon, les autres cancers, particulièrement les cancers du sein, de la prostate et colorectaux, sont les principaux contributeurs à la morbidité globale pour cause de cancer (Boswell-Purdy et coll., 2007).

Tableau 1.11

Causes principales de décès pour le Canada et les pays sélectionnés selon le sexe, pour les dernières années de données disponibles

Cause de décès, taux normalisés selon l'âge par 100 000 habitants	Canada	Australie	France	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
	2004	2006	2008	2008	2009	2007
Cardiopathie ischémique, hommes	123	99	50	118	110	129
Cardiopathie ischémique, femmes	61	52	19	58	50	68
Accident vasculaire cérébral, hommes	34	36	31	45	42	32
Accident vasculaire cérébral, femmes	29	34	22	36	39	29
Tous les cancers, hommes	205	184	221	165	199	185
Tous les cancers, femmes	143	115	111	125	141	130
Cancer du poumon, hommes	60	40	57	29	48	57
Cancer du poumon, femmes	36	20	14	22	30	36
Cancer du sein	22,4	18,5	22,3	19,1	23,2	19,8
Cancer de la prostate	21,2	24,3	20,0	32,7	23,3	17,5
Accidents de la route, hommes	12,8	10,9	10,8	6,3	6,2	21,1
Accidents de la route, femmes	4,9	3,4	2,9	2,0	1,7	8,3
Suicide, hommes	15,7	11,9	21,6	16,1	9,8	17,1
Suicide, femmes	4,9	3,3	6,8	6,0	2,6	4,3

Source : OCDE (2011).

Alors que la santé buccodentaire s'est constamment améliorée au cours du dernier demi-siècle, il est largement démontré que le manque de programmes et de financement publics a ralenti le progrès potentiel traitant la santé dentaire (Grignon et coll., 2010). L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007 à 2009 révèle que 58,8 % des adolescents canadiens ont au moins une dent affectée par la carie dentaire (Santé Canada, 2010).

D'après les données de 2006 (tableau 1.11), les hommes comme les femmes ont des taux de mortalité liée à la cardiopathie ischémique (CI) inférieurs à ceux de la Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis. Les femmes ont un taux de mortalité lié aux maladies cardiaques égal à celui de l'Australie, mais en contrepartie, le même taux chez les hommes est considérablement plus élevé que celui des Australiens. Dans tous les cas, la France possède le plus bas taux de mortalité par CI. Selon une étude basée sur une enquête longitudinale nationale

de la population, les augmentations du nombre de cas de maladies cardiaques sont fortement dépendantes du revenu, au Canada. Entre 1994 et 2005, le taux de CI a augmenté respectivement de 27 % et 37 % pour les catégories de revenu faible et moyen inférieur, alors qu'il a augmenté respectivement de 12 % et 6 % pour les catégories de revenu moyen supérieur et élevé (Lee et coll., 2009).

Tableau 1.12

Facteurs ayant une influence sur l'état de santé, 1990–2009 (années sélectionnées)

	1990	1995	2000	2005	2009
Consommation d'alcool (litres d'alcool pur par habitant et par année chez les 15 ans et plus)	8,77	7,30	7,60	7,80	8,20
Fumeurs quotidiens (% de la population)	28,2	24,5 ^a	22,3 ^b	17,3	17,5 ^c
Obésité (% de la population âgée de 18 ans et plus ayant un IMC > 30 kg/m ²)	–	12,7	14,5	15,5	16 ^d
Immunsation contre la rougeole (% de couverture auprès des enfants de 1 an)	89	96	96	94	93
Immunsation contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) (% de couverture auprès des enfants de 1 an)	88	87	92	94	80

Sources : Statistique Canada (2008); OCDE (2011b); OMS (2011b).

Notes : ^a 1996; ^b 2001; ^c 2008; ^d 2007; IMC : Indice de masse corporelle.

Un grand nombre de facteurs exercent une influence sur la santé des Canadiens, y compris la consommation d'alcool et de tabac. La consommation de cigarettes a chuté au Canada dans les deux dernières décennies, même si les effets de la consommation antérieure continuent de se refléter dans les taux de mortalité élevés attribués au tabagisme (Makemaski et Kaiseman, 2004). On a assisté à un déclin majeur de la consommation d'alcool au début des années 1990, bien que la consommation ait augmenté sensiblement depuis 1995. La couverture s'est accrue depuis 1990 concernant les vaccins de rougeole, mais celle de l'immunsation contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) a diminué depuis 2005 malgré une amélioration dans les années précédentes.

Les taux d'obésité ont augmenté rapidement au Canada, une situation qui a des effets négatifs sur l'état de santé global et qui fait augmenter le coût des soins de santé (Katzmarzyk et Janssen, 2004; Katzmarzyk et Mason, 2006; ASPC et ICIS, 2011). L'obésité infantile est également associée à un risque élevé de maladies cardiovasculaires et de diabète (Ball et McCargar, 2003). Alors que le taux d'obésité du pays est semblable à celui de l'Australie et du Royaume-Uni et substantiellement inférieur à celui des États-Unis, il est quand même considérablement plus haut que les taux de la France et de la Suède (tableau 1.13).

Tableau 1.13

Pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus qui souffre d'embonpoint ou qui est obèse, pour le Canada et les pays sélectionnés, 2008

	Canada	Australie	France	Suède	Royaume-Uni	États-Unis
Obésité dans la population (% de la population âgée de 20 ans et plus avec un IMC > 30 kg/m ²)	24,3	25,1	15,6	16,6	24,9	31,8
Obésité et embonpoint dans la population (% de la population âgée de 20 ans et plus avec un IMC > 25 kg/m ²)	60,5	61,3	45,9	50,0	61,5	69,4

Source : OMS (2011a).

Tableau 1.14

Obésité autodéclarée par province, personnes de 18 ans et plus, 2003, 2005 et 2007–2008

	2003	2005	2007–2008
Colombie-Britannique	12,0	13,4	12,8
Alberta	15,9	16,2	19,0
Saskatchewan	20,5	21,2	23,9
Manitoba	18,8	18,5	19,6
Ontario	15,4	15,5	17,2
Québec	14,2	14,5	15,6
Nouveau-Brunswick	20,7	23,1	22,2
Nouvelle-Écosse	20,6	21,3	23,2
Île-du-Prince-Édouard	21,6	23,0	23,7
Terre-Neuve-et-Labrador	20,6	24,6	25,4
Canada	15,4	15,8	17,1

Source : ASPC & ICIS (2011).

Le tableau 1.14 illustre les fortes variations dans les taux d'obésité autodéclarée selon les provinces. Les provinces moins rurales et plus urbanisées telles que la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec tendent à rapporter des taux d'obésité inférieurs à ceux des provinces plus rurales à faible densité de population. En même temps, cependant, on note que l'obésité est à la hausse dans toutes les provinces.

De multiples indicateurs démontrent que l'état de santé des Autochtones canadiens est grandement inférieur à la moyenne canadienne. Alors que l'état de santé des Autochtones s'est amélioré dans la période d'après-guerre par rapport à l'état de santé global des Canadiens, l'écart persiste toujours (Frohlick, Ross et Richmond, 2006). En comparaison avec la moyenne canadienne, les peuples autochtones présentent des taux considérablement plus élevés de

maladies chroniques, de maladies infectieuses, de blessures et de suicide. À l'instar des populations autochtones des autres pays membres de l'OCDE tels que l'Australie et les États-Unis, ces disparités en santé ont pour cause des facteurs historiques liés à la colonisation, au confinement et aux politiques d'éducation (Waldrum, Herring et Young, 2006).

2. Organisation et gouvernance

Le Canada est doté d'un système de santé financé principalement par l'État. En effet, le financement d'environ 70 % des dépenses de santé provient des recettes fiscales générales des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires (FPT). En même temps, la gouvernance, l'organisation et la prestation des services de santé est fortement décentralisée pour au moins trois raisons : (1) la responsabilité provinciale (et territoriale) concernant le financement et la prestation de la plupart des services de soins de santé; (2) le statut des médecins en tant que contractuels indépendants; et (3) la présence de multiples organismes tels que les autorités de santé régionales (ASR) et les hôpitaux privés qui fonctionnent de façon indépendante des gouvernements provinciaux (Axelsson, Marchildon et Repullo-Labrador, 2007).

Les provinces et les territoires du Canada sont responsables de l'administration de leurs propres régimes universels d'assurance maladie et hospitaliers, financés par leurs impôts. Les services hospitaliers, diagnostiques et médicaux considérés comme médicalement nécessaires sont dispensés sans déboursement de frais pour les résidents de toutes les provinces et de tous les territoires. Historiquement, le gouvernement fédéral a joué un rôle important dans la mise en œuvre de ces régimes, le maintien de la transférabilité de l'assurance entre les provinces et les territoires et le refus d'avoir recours à des frais modérateurs, en liant l'application continue de ces conditions au paiement des transferts. Au-delà du panier universel de services hospitaliers et médicaux, les gouvernements provinciaux et territoriaux financent ou procurent d'autres biens et services de santé tels que l'assurance pour les médicaments sur ordonnance, les soins de longue durée et les soins à domicile. Contrairement aux services hospitaliers et médicaux, ces programmes provinciaux visent généralement des sous-populations en fonction de l'âge ou du revenu, et peuvent comporter des frais modérateurs.

La Saskatchewan a été la première province à instaurer des services hospitaliers universels en 1947, suivie de près par la Colombie-Britannique et l'Alberta. Le gouvernement fédéral a passé sa *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* au Parlement en 1957, qui énonçait les grandes lignes des conditions communes que les provinces devaient respecter afin de recevoir du financement à frais partagés au moyen des transferts fédéraux.

En 1962, la Saskatchewan élargissait sa couverture afin d'inclure les services de médecin, tandis qu'en 1966, le gouvernement fédéral mettait sur pied la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le partage des coûts avec les gouvernements provinciaux d'une assurance à payeur unique couvrant les frais médicaux. En 1971, toutes les provinces offraient la couverture universelle pour les services hospitaliers et médicaux. Le gouvernement fédéral a remplacé les deux lois précédentes par la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, se dotant ainsi d'une loi établissant des normes pancanadiennes concernant les services de soins de santé diagnostiques, hospitaliers et médicaux.

La majorité de la planification du système de santé est effectuée aux plans provincial et territorial, quoique dans certaines provinces, les ASR s'engagent davantage dans la planification détaillée des services pour leurs populations définies. Certains ministères de la Santé des provinces et ASR sont assistés dans leur planification par des conseils de la qualité provinciaux et des agences d'ETS. Au cours des dernières années, on note une tendance à la centralisation avec la réduction ou l'élimination des ASR. La plupart des professionnels de la santé effectuent l'autorégulation, à l'intérieur de cadres législatifs établis par les lois provinciales et territoriales.

Les activités du gouvernement fédéral vont du financement et du soutien de la collecte de données et de la recherche, à la réglementation des médicaments sur ordonnance et de la santé publique, tout en appuyant toujours le volet national de l'assurance maladie au moyen de transferts de fonds importants aux provinces et aux territoires. Les gouvernements fédéral, des provinces et des territoires collaborent par l'entremise de conférences, de conseils et de groupes de travail formés de ministres de sous-ministres de la Santé. Ces dernières années, cette collaboration a été augmentée par des organismes intergouvernementaux spécialisés, responsables de la collecte et la diffusion de données, l'ETS, la sécurité du patient, la TIC et la gestion des produits sanguins. Les organisations non gouvernementales à l'échelle fédérale et provinciale ont une influence sur l'orientation stratégique et la gestion des soins de santé publique au Canada.

2.1 Aperçu du système de santé

Le gouvernement fédéral a compétence sur des aspects particuliers des soins de santé, y compris la réglementation et l'innocuité des médicaments sur ordonnance, le financement et l'administration d'un éventail de services et de bénéfices liés à la santé des Premières nations et des Inuits admissibles, ainsi qu'un régime d'assurance maladie public pour les membres des Forces armées canadiennes, les vétérans, les détenus des pénitenciers fédéraux et les demandeurs du statut de réfugiés admissibles. De plus, le gouvernement fédéral assume d'importantes responsabilités dans les domaines de la santé publique, de la recherche et de la collecte de données liées à la santé (voir section 2.3.2).

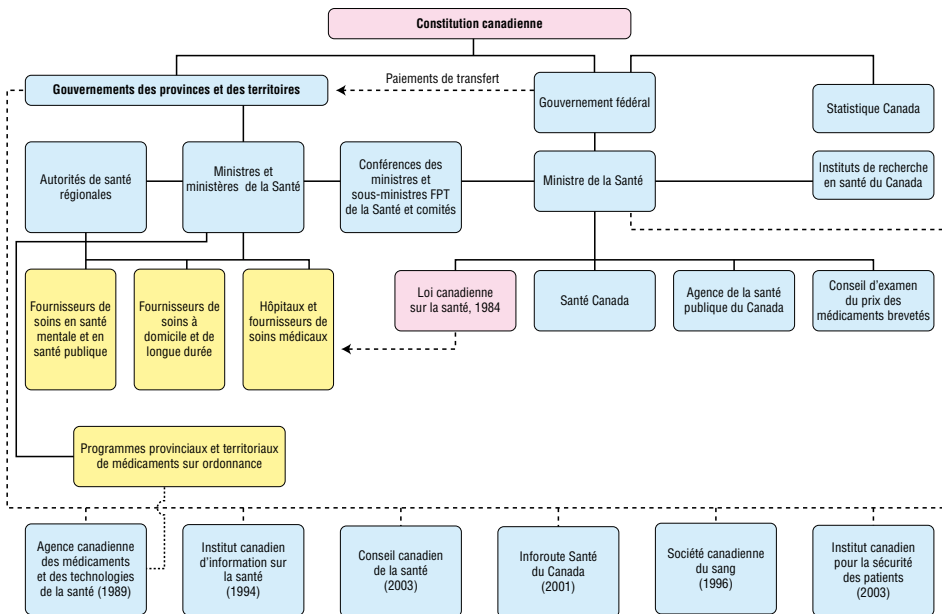
Les provinces exercent la responsabilité principale de la politique de financement et d'administration en soins de santé. Dans la plupart des provinces, les services de santé sont organisés et dispensés par des ASR disposés sur une base géographique, même s'il existe de strictes restrictions sur la portée des activités entreprises par les ASR (p. ex. en Ontario, les ASR n'ont aucune responsabilité concernant les soins de santé). Les ASR ont reçu des ministères de la Santé des provinces la charge d'administrer les soins hospitaliers, institutionnels et communautaires à l'intérieur de régions géographiques définies, dont elles s'acquittent soit en offrant les services directement ou en établissant des contrats avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé. Cependant, les ASR ne sont pas responsables de la couverture pharmaceutique ou de la rémunération des médecins. La gestion des régimes de médicaments sur ordonnance relève plutôt des ministères de la Santé des provinces. Ces régimes subventionnent les traitements avec médicaments sur ordonnance pour les résidents, particulièrement pour les personnes démunies ou à la retraite qui n'ont pas accès à un RAMP. La plupart des médecins exercent en pratique privée, mais les services qu'ils fournissent sont financés et payés par les ministères provinciaux. Les médecins reçoivent leur rémunération sur la base de formules de paiement à l'acte ou de différents contrats de paiement qui sont renégociés périodiquement avec les ministères de la Santé des provinces (voir section 2.3.1).

Puisque les soins de santé sont principalement une responsabilité provinciale, les dix provinces et les trois territoires du Canada ont la responsabilité de fournir aux Canadiens un régime d'assurance qui couvre les services hospitaliers et médicaux considérés comme nécessaires, ainsi que l'accès aux autres soins et produits de santé. La prestation est effectuée par l'entremise d'organismes privés à but lucratif, privés sans but lucratif et publics, de même que par les médecins qui reçoivent une rémunération des ministères de la Santé des provinces, 74 % d'entre eux sont payés à l'acte tandis que 26 % reçoivent

leur rémunération sous d'autres formes. Le gouvernement fédéral porte la responsabilité de l'innocuité de la nourriture et des médicaments, des brevets pharmaceutiques et de la réglementation des prix pour les médicaments de marque, de même que l'exécution de la *Loi canadienne sur la santé* au moyen des transferts de fonds aux provinces. Le gouvernement du Canada se charge aussi de la surveillance de la santé publique, ainsi que du financement et de l'infrastructure concernant les données sur la santé et la recherche liée à la santé. Avec le Transfert canadien en matière de santé aux provinces et aux territoires, le gouvernement fédéral a le pouvoir de faire respecter certaines conditions nationales s'appliquant aux services assurés tels que définis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

La figure 2.1 offre un aperçu très simplifié de la gouvernance au Canada des soins de santé financés par l'État.

Fig. 2.1
Organisation du système de soins de santé au Canada



Note : Une ligne continue représente une relation directe de responsabilité, tandis qu'un pointillé indique une relation plus indirecte, sans lien de dépendance.

Le Canada est une fédération constitutionnelle dotée de la souveraineté, d'autorités et de responsabilités partagées entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces. À l'exception de la compétence sur les hôpitaux

et les institutions psychiatriques, que la constitution attribue exclusivement aux provinces, l'autorité relative aux soins de santé ou médicaux n'a jamais été abordée de façon explicite dans le document original qui, dans les années 1860, distribuait les pouvoirs aux gouvernements central et provinciaux. Par conséquent, ce n'est qu'à partir de plusieurs autres dispositions de la constitution qu'on peut déduire cette autorité. Les décisions judiciaires subséquentes ont appuyé l'opinion selon laquelle les soins de santé relèvent principalement, mais non exclusivement, de la compétence provinciale (Braën, 2004; Leeson, 2004). Bien que les trois territoires du Nord aient un statut constitutionnel subsidiaire par rapport au gouvernement fédéral, ils ont reçu la responsabilité principale de l'administration des soins de santé publique par le gouvernement fédéral.

Alors que le financement, l'administration et la prestation des soins de santé publique sont fortement décentralisés (Axelsson, Marchildon et Repullo-Labrador, 2007), le gouvernement fédéral conserve d'importantes responsabilités d'orientation des volets clés de l'assurance maladie par l'entremise de la *Loi canadienne sur la santé*, dont les principes sont respectés par les provinces qui veulent recevoir leur pleine part des Transferts canadiens en matière de santé (voir la figure 2.1). En ne taxant pas les indemnités de maladie reçues d'un régime d'assurance lié à l'emploi, le gouvernement fédéral accorde par le fait même une subvention implicite qui encourage la couverture par les RAMP de services de soins de santé et de médicaments non couverts par l'assurance maladie gouvernementale.

2.2 Contexte historique

Les gouvernements provinciaux ont une longue tradition d'octroyer des subventions aux hôpitaux pour hospitaliser et traiter tous les patients, sans égard à leur capacité de payer. Le gouvernement de l'Ontario a établi le modèle avec sa *Loi sur les dons caritatifs* de 1874, en vertu de laquelle les hôpitaux sans but lucratif municipaux, caritatifs et confessionnels (surtout catholiques, mais aussi protestants et juifs) étaient obligés d'accepter une certaine surveillance réglementaire, et les patients démunis sur la base des besoins médicaux, en échange d'un remboursement journalier. Les hôpitaux privés à but lucratif étaient exclus de cet arrangement, ce qui a contribué à limiter l'accroissement de ce type d'hôpitaux au Canada. En même temps, la prolifération d'hôpitaux municipaux et sans but lucratif à vocation publique a fait que peu d'hôpitaux publics contrôlés par l'État ont vu le jour (Boychuk, 1999). Exception majeure à cette évolution, des hôpitaux psychiatriques administrés par les provinces

sont apparus au cours du 20^e siècle en réponse au piètre état des asiles privés et non-gouvernementaux (Dyck, 2011). De plus, certains gouvernements provinciaux administraient directement des hôpitaux pavillons dans les collectivités côtières vivant de la pêche de Terre-Neuve, de même que des institutions de malades hospitalisés pour le traitement des maladies chroniques graves, de la tuberculose et du cancer (Grzybowski et Allen, 1999; Lawson et Noseworthy, 2009).

Comme c'était le cas avec les soins hospitaliers pour les patients démunis, l'Ontario a ouvert la voie en termes de protection financière en cas de maladie. En 1914, le gouvernement provincial a mis de l'avant une loi d'indemnisation des accidents du travail qui procurait des soins médicaux, hospitaliers et de réhabilitation à tout employé admissible en cas de blessure ou d'accident lié au travail en échange du renoncement de la part de l'employé à son droit de poursuivre l'employeur. Cette loi ontarienne, ainsi la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST) qu'il a établi, sont devenus des modèles pour les autres provinces (Babcock, 2006). Moins de deux décennies plus tard, l'Ontario deviendra aussi la première province à mettre sur pied un régime de services médicaux à l'échelle provinciale pour tous les bénéficiaires d'aide sociale (Naylor, 1986; Taylor, 1987).

La plupart des provinces ont emboîté le pas à l'Ontario quant à la couverture et aux services de santé publique spécifiques ou ciblés, mais ce sont les provinces de l'Ouest du Canada qui ont jeté les fondements de la couverture universelle de soins médicaux et hospitaliers qui deviendrait plus tard l'assurance maladie. En 1916, le gouvernement de la Saskatchewan a modifié sa législation municipale pour favoriser la mise sur pied de districts hospitaliers, de même que l'emploi de médecins salariés fournissant une gamme de services de santé, y compris des services médicaux et de maternité d'ordre général et des chirurgies mineures. Ces hôpitaux et médecins desservaient tous les résidents des municipalités participantes selon les mêmes modalités (Taylor, 1987; Houston, 2002).

Dans les années 1920, le gouvernement de l'Alberta a réagi à la pression exercée pour obtenir l'assurance maladie provinciale en établissant une commission chargée d'examiner une gamme d'options en matière de politique. Le rapport de la Commission législative sur les services médicaux et hospitaliers a été soumis en 1929. Bien que ce rapport, comme une étude subséquente, ait conclu qu'une assurance maladie de l'État, qu'elle soit administrée par la province ou par les municipalités, était réalisable, le gouvernement de l'Alberta

a décidé que le coût pour le trésor public était trop élevé considérant le début de la grande dépression des années 1930, et en a donc retardé l'instauration jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale (Lampard, 2009).

En 1929, le gouvernement de la Colombie-Britannique a institué une Commission royale d'enquête sur l'assurance pour la santé et l'indemnisation des frais médicaux par le gouvernement. Déposé en 1932, le rapport de la Commission recommandait un système social d'assurance maladie, comprenant des contributions obligatoires pour tous les employés en dessous d'un niveau seuil de revenu. Même si une loi était adoptée en 1936, l'instauration du système a été reportée, et finalement abandonnée, à la suite de l'échec du gouvernement de garantir la coopération de la profession médicale dans la province (Naylor, 1986).

En raison de la grande dépression, un nombre croissant de Canadiens étaient incapables de payer les services hospitaliers ou médicaux. En même temps, les revenus du gouvernement ont chuté tellement rapidement qu'il devint difficile pour les provinces de penser à prendre en charge les coûts des services de santé. Malgré cela, Terre-Neuve a introduit en 1934 un programme d'hôpitaux pavillons et de soins médicaux gérés par l'État pour desservir quelques-unes des communautés vivant de la pêche qui sont les plus isolées, 15 ans avant de joindre la fédération canadienne. Au moment où Terre-Neuve (qui s'appelle maintenant Terre-Neuve-et-Labrador) est devenue une province en 1949, 47 % de la population était couverte par le programme d'hôpitaux pavillons (Taylor, 1987; Lawson et Noseworthy, 2009).

La poussée suivante pour la couverture publique des soins de santé provient du gouvernement central, par le biais de sa planification en temps de guerre et des activités de reconstruction de l'après-guerre (MacDougall, 2009). Lors de la (Conférence sur la reconstruction entre le Dominion et les provinces) en 1945–1946, le gouvernement fédéral a mis de l'avant un vaste ensemble de changements relatifs à la sécurité sociale et à la fiscalité, qui comprenait l'offre de partager 60 % des coûts d'une assurance maladie universelle encourus par les provinces. L'offre a fini par être rejetée en raison des préoccupations, émanant surtout des gouvernements de l'Ontario et du Québec, au sujet des arrangements administratifs et fiscaux qui devaient accompagner le programme complet de sécurité sociale. L'échec de cette conférence a imposé une approche plus fragmentaire à l'introduction de la couverture de santé universelle dans les années qui ont suivi la guerre.

En 1947, le gouvernement de la Saskatchewan a institué un régime universel de services hospitalier connu dans le public en tant qu'« hospitalisation ». Contrairement aux polices d'assurance privées, on n'imposait aucune limite sur le nombre de « jours de rémunération », autant que les services hospitaliers reçus étaient nécessaires d'un point de vue médical, et il n'y avait pas de distinction entre les services de base et les services supplémentaires facultatifs. En plus des services hospitaliers, la couverture comprenait les radiographies, les services de laboratoire et certains médicaments sur ordonnance pour patients hospitalisés. Ces caractéristiques de base ont beaucoup contribué à éviter la possibilité d'un niveau parallèle privé du régime d'assurance hospitalier. La Saskatchewan a reçu une aide financière du gouvernement fédéral au moyen de l'introduction des subventions nationales pour la santé en 1948 (Johnson, 2004b). En plus de fournir des fonds pour la construction de nouveaux hôpitaux, ces subventions ont aidé à financer des initiatives provinciales dans les domaines de la santé publique, la santé mentale, les maladies vénériennes, la tuberculose et les enquêtes générales sur la santé (Taylor, 1987).

En 1949, le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis sur pied un système d'assurance-hospitalisation universelle. Un an plus tard, le gouvernement de l'Alberta a introduit son propre système d'assurance-hospitalisation par l'entremise de subventions versées aux municipalités qui convenaient de procurer une couverture publique de soins hospitaliers aux résidents. Ces deux programmes ont rencontré des obstacles. En Colombie-Britannique, des difficultés liées au recouvrement des primes ont entraîné un remaniement du programme après l'élection d'une nouvelle administration en 1952 (Marchildon et O'Byrne, 2009). En Alberta, sous l'effet de la nature partielle et volontaire de l'initiative, il se trouve qu'à la veille de l'introduction du programme national d'hospitalisation en 1957, 25 % de la population n'était pas encore couverte par l'assurance-hospitalisation (Marchildon, 2009).

En 1955, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son appui à l'instauration d'une couverture publique pour les services hospitaliers et diagnostiques si le gouvernement fédéral en partageait les coûts avec la province. Le gouvernement fédéral acceptait la proposition en principe un an plus tard, et passait sa Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques au Parlement en 1957. Cette loi énonçait les grandes lignes des conditions communes que les provinces devaient respecter afin de recevoir du financement à frais partagés au moyen des transferts fédéraux. L'année suivante, en 1958, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et Terre-Neuve ont accepté de travailler à l'intérieur du cadre fédéral. En 1959, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard se joignaient aux

autres provinces. Le Québec n'a accepté de se joindre qu'en 1961, peu après l'élection d'un gouvernement axé sur la modernisation de l'État providence provincial (Taylor, 1987) (tableau 2.1).

À la suite de l'introduction du partage des coûts avec le gouvernement fédéral pour l'hospitalisation universelle, le gouvernement de la Saskatchewan obtenait la capacité financière d'aller de l'avant avec la couverture universelle pour les services médicaux. Cependant, l'introduction du régime d'assurance des soins médicaux administré par l'État et prépayé a déclenché une âpre résistance de la part des médecins à la grandeur de la province, qui les amena à une grève de 23 jours en 1962. La grève s'est terminée officiellement par un compromis connu sous le nom de l'Accord de Saskatoon, selon lequel la nature et les mécanismes des paiements mettaient l'accent sur l'autonomie contractuelle des médecins par rapport au gouvernement provincial, et le paiement à l'acte comme méthode principale de paiement (Badgley et Wolfe, 1967; Marchildon et Schrijvers, 2011).

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, aussi connue sous le nom de Commission Hall, déposa son rapport auprès du premier ministre. Cette commission fédérale avait été créée dans la foulée du débat polarisé qui avait eu lieu en Saskatchewan sur les mérites de l'assurance universelle de soins médicaux à payeur unique, en comparaison avec des subventions ciblées fournies par l'État pour l'achat d'assurance privée, option défendue par l'Alberta et la profession médicale. En dernier lieu, la Commission Hall a penché en faveur du modèle de la Saskatchewan, et a recommandé que le gouvernement fédéral encourage les autres provinces à implémenter l'assurance de soins médicaux universelle au moyen de subventions conditionnelles (Canada, 1964). En 1966, le gouvernement fédéral adoptait la Loi sur les soins médicaux, tandis que les transferts de frais partagés ont commencé à être distribués en 1968 aux provinces qui se conformaient aux quatre conditions établies, soit l'universalité, la gestion publique, l'intégralité et la transférabilité. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires avaient instauré la couverture universelle des soins médicaux pour compléter leur assurance-hospitalisation existante. Ce système provincial-fédéral à couverture étroite, mais profonde deviendrait plus tard l'assurance maladie (Marchildon, 2009).

Les années 1970 ont marqué une période d'expansion rapide de la couverture publique et de subventions pour des services de santé qui dépassaient largement les soins médicaux et hospitaliers offerts par les provinces et les territoires. Des régimes de médicaments sur ordonnance ainsi que des subventions pour les soins de longue durée y étaient inclus. Cependant, en l'absence de principes

nationaux ou de financement fédéral, ces initiatives variaient considérablement d'une région à l'autre, selon la capacité fiscale et les ambitions politique des provinces et des territoires individuels.

Tableau 2.1

Chronologie de l'évolution des soins de santé publique au Canada, 1946–1984

1946	Les propositions d'assurance sur la santé du gouvernement fédéral sont rejetées par la majorité des provinces dans la (Conférence sur la reconstruction entre le Dominion et les provinces)
1947	La Saskatchewan implémente l'assurance hospitalisation universelle
1948	Le ministre fédéral de la Santé met en œuvre le (Programme de subvention des hôpitaux) et la Colombie-Britannique instaure l'assurance-hospitalisation universelle (Services d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique)
1950	L'Alberta établit une assurance-hospitalisation subventionnée par la province, mais financée et administrée par les municipalités
1955	L'Association médicale canadienne adopte une résolution s'opposant officiellement aux soins de santé universels
1957	Le gouvernement fédéral adopte la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques qui partage le coût de l'assurance-hospitalisation avec les provinces
1961	Le gouvernement fédéral crée la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall) pour examiner la faisabilité d'une assurance de soins médicaux nationale
1962	La Saskatchewan instaure une assurance de soins médicaux universelle après une grève de 23 jours des médecins à la grandeur de la province
1963	Contrairement à la Saskatchewan et son régime universel, le gouvernement de l'Alberta prend une approche différente basée sur des subventions à l'achat de régimes d'assurance privés
1964	Le rapport de la Commission Hall recommande l'assurance universelle de soins médicaux, selon le modèle de la Saskatchewan
1965	La Colombie-Britannique introduit une assurance de soins médicaux à payeurs multiples à laquelle participent des sociétés d'assurance à but non lucratif
1966	Le gouvernement fédéral introduit la Loi sur les soins médicaux pour partager les coûts d'une assurance de soins médicaux universelle à payeur unique avec les gouvernements provinciaux
1968	Instauration de l'assurance de soins médicaux universelle sur une base nationale au moyen du partage des coûts : la Saskatchewan et la Colombie-Britannique se qualifient d'abord, suivies de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve en 1969, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard en 1970 et du Nouveau-Brunswick en 1971
1974	Le gouvernement du Canada publie le rapport Lalonde sur les facteurs allant au-delà des soins médicaux, tels que le style de vie, l'environnement et la biologie qui déterminent les résultats en matière de santé
1977	Le Financement des programmes établis (FPÉ) avec transferts en bloc remplace le partage des coûts de l'assurance maladie du gouvernement fédéral avec les provinces
1980	Rapport d'examen de l'assurance maladie déposé par Hall pour le gouvernement fédéral concernant les répercussions des frais modérateurs et de la surfacturation
1984	Le gouvernement fédéral, dirigé par la ministre de la Santé Monique Bégin, introduit la <i>Loi canadienne sur la Santé</i> qui vise à décourager l'usage de la surfacturation et des frais modérateurs

Durant la même période, le gouvernement fédéral a lancé quantité d'idées sur les déterminants de base de la santé qui vont au-delà des soins médicaux, dont les facteurs biologiques et les choix de style de vie, de même que les conditions environnementales, sociales et économiques. En 1974, le ministre canadien de la santé, Marc Lalonde, a résumé cette nouvelle approche dans un rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* Santé et

Bien être social Canada, 1974). En mettant l'accent sur les déterminants de la santé en amont, le rapport Lalonde a exercé une influence sur les études subséquentes et établi une partie de la fondation intellectuelle des réformes du « bien-être » introduites par les gouvernements provinciaux au début des années 1990 (Boychuk, 2009).

En 1984, le gouvernement fédéral a remplacé la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux* par la *Loi canadienne sur la santé*, en vertu de laquelle le gouvernement fédéral devait déduire (à parts égales) de la part du gouvernement provincial du financement des programmes établis (PFÉ) la valeur de toute surfacturation et de tous frais modérateurs qui étaient permis dans cette province (Taylor, 1987). Les origines de la *Loi canadienne sur la santé* proviennent d'une préoccupation du gouvernement fédéral au fait que malgré la stipulation de la *Loi sur les soins médicaux* selon laquelle les régimes provinciaux ne doivent pas permettre que les frais modérateurs puissent « faire obstacle » à tout « service assuré suffisant », certains gouvernements provinciaux avaient graduellement autorisé l'imposition de tels frais auprès des patients par les hôpitaux et les médecins dans la fin des années 1970 (voir la section 3.3.3). En complément des quatre critères fondamentaux d'origine, soient la gestion publique, l'intégralité, l'universalité et la transférabilité, de ses lois précédentes, le gouvernement fédéral a ajouté un cinquième critère, soit l'accessibilité, pour renforcer l'idée que l'accès ne devait pas être entravé par les frais modérateurs. En même temps, le gouvernement fédéral a clairement déclaré que les gouvernements provinciaux qui éliminaient tous les frais modérateurs dans les trois ans suivant l'introduction de la nouvelle loi verraient leurs déductions remboursées à la fin de cette période. En 1988, la surfacturation et les frais modérateurs étaient pratiquement éliminés pour tous les services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (Bégin, 1988).

Tableau 2.2

Cinq critères de financement de la *Loi canadienne sur la santé* (1984)

Critères	Chaque régime d'assurance maladie provincial doit se conformer aux critères suivants :
<i>Gestion publique</i> Article 8	Être administré et dirigé dans un but non lucratif par une autorité publique.
<i>Intégralité</i> Article 9	Couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés en milieu hospitalier) et, lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par d'autres professionnels de la santé.
<i>Universalité</i> Article 10	Assurer le droit à tous les services de santé assurés selon des modalités uniformes.
<i>Transférabilité</i> Article 11	Ne pas imposer une période minimale de résidence, ou délai de carence, qui excède trois mois pour les nouveaux résidents; rembourser ses résidents pour les services de santé assurés s'ils visitent temporairement une autre province (ou un autre pays dans le cas de services non accompagnés d'options) selon les tarifs de la province ou du territoire d'origine; couvrir les résidents qui déménagent dans une autre province durant le délai de carence, après quoi la nouvelle province de résidence assume la responsabilité de la couverture des soins de santé (voir la section 2.9.6 pour l'application à l'extérieur du Canada).
<i>Accessibilité</i> Article 12	Ne pas faire obstacle, de façon directe ou indirecte, sous forme de frais imposés aux personnes assurées ou autres, à un accès satisfaisant aux services de santé assurés.

Source : Santé Canada (2011).

Les cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé* (résumés dans le tableau 2.2) étaient d'abord des conditions de financement, ils en sont venus au fil du temps à représenter les valeurs et les principes fondamentaux du régime canadien d'assurance maladie. Après d'abondantes consultations nationales en 2001 et 2002, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a conclu que les cinq principes ont « résisté à l'épreuve du temps » et « correspondent toujours aux valeurs de la population canadienne » (Romanow, 2002, p.64). En même temps, la Commission Romanow a recommandé que soit augmentée la conditionnalité modeste de la *Loi canadienne sur la santé* et qu'un sixième principe soit ajouté sur la responsabilisation. Cependant, la plupart des gouvernements provinciaux sont opposés à une conditionnalité supplémentaire des transferts fédéraux, ne serait-ce que parce que cela réduirait leur flexibilité et leur contrôle financiers sur l'établissement des priorités budgétaires, et le gouvernement fédéral n'a apporté aucun changement à la *Loi canadienne sur la santé* depuis son introduction.

En plus de procurer la sécurité financière, l'assurance maladie universelle semble avoir donné des résultats positifs quant à la réduction des disparités en santé depuis son introduction. Dans une étude portant sur les 25 ans suivant l'introduction de l'assurance des soins de santé universelle au Canada, James et coll. (2007) ont démontré qu'il y a eu une diminution majeure de l'inégalité mesurée par les taux de décès liés aux soins médicaux.

2.3 Organisation

2.3.1 À l'échelle provinciale et territoriale

Chaque province et territoire dispose de lois qui gouvernent l'administration d'un système à payeur unique pour les services hospitaliers et médicaux universels maintenant connus sous le nom d'assurance maladie (Marchildon, 2009). En plus de payer pour les soins hospitaliers, directement ou au moyen de financement aux ASR, les provinces établissent également les tarifs de rémunération des médecins, qui sont négociés avec les associations médicales provinciales (le budget des ASR n'inclut pas les services de médecins). Les gouvernements provinciaux font aussi l'administration d'une variété de subventions et de services pour les soins de longue durée, de même que la gestion des régimes de médicaments sur ordonnance, qui procurent aux résidents une couverture à des degrés variables. Avec le temps, ces services non couverts par l'assurance maladie gouvernementale ont pris de l'expansion par rapport aux services hospitaliers et médicaux et constituent approximativement 40 % des dépenses totales provinciales et territoriales liées à la santé en 2011, en comparaison avec 23 % en 1975 (ICIS, 2011e).

Les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont responsables des lois et des règlements liés à l'administration de la couverture universelle pour les services hospitaliers et médicaux considérés comme médicalement nécessaires. Dans certaines provinces ou certains territoires, il existe deux lois distinctes, l'une portant sur les services liés à l'hospitalisation et l'autre sur les soins médicaux, alors que dans les autres, ces lois ont été combinées en une seule (voir la section 9.3). Dans les provinces et les territoires où l'on retrouve des ASR, une partie de l'autorité et des responsabilités relevant du ministre de la Santé a été déléguée aux ASR, qui sont responsables de l'allocation des ressources englobant une gamme de services de santé pour les populations à l'intérieur d'une région géographique définie.

La régionalisation combine la transmission du financement des ministères de la Santé des provinces vers les ASR avec une centralisation de la gouvernance et de l'administration des établissements et des organismes de santé individuels aux ASR. Dans la plupart des provinces, les ASR agissent à la fois à titre de fournisseurs et d'acheteurs de soins hospitaliers et de soins de longue durée, ainsi que d'autres services délégués par la loi provinciale. En Ontario, les ASR, qu'on appelle RLISS (réseaux locaux d'intégration des services de santé), ne fournissent pas les services directement; ils font plutôt l'allocation des ressources parmi les hôpitaux et les autres organismes de santé indépendants. Alors que

dans certains cas les ASR facilitent l'intégration horizontale, particulièrement concernant les hôpitaux, le principal but de la régionalisation est de tirer avantage de l'intégration verticale. En effectuant la coordination et l'intégration des établissements et des fournisseurs de nombre de secteurs de santé, les ASR devaient améliorer la continuité des soins et réduire les coûts en encourageant les soins préventifs en amont et, lorsque c'est possible, en remplaçant les soins hospitaliers, qui sont coûteux, par des services à domicile, communautaires et institutionnels potentiellement plus économiques. Avec du financement des ministères de la Santé des provinces, les ASR s'attendent à allouer les ressources de santé de telle sorte qu'elles répondent de manière optimale aux besoins de leur population respective. Cependant, aucun gouvernement provincial n'a délégué aux ASR la rémunération de médecins, y compris la rémunération des médecins de famille qui sont les principaux responsables de la prestation des soins de santé primaires, ou l'administration des régimes de médicaments sur ordonnance publics (Lewis et Kouri, 2004) (tableau 2.3).

2.3.2 L'échelle fédérale

Cette section ainsi que les deux suivantes (sections 2.3.3 et 2.3.5) fournissent un catalogue des associations et des organismes nationaux du gouvernement fédéral, intergouvernementaux et non gouvernementaux qui ont rapport au système de soins de santé, ainsi que leurs obligations (voir aussi la figure 2.1).

Tableau 2.3

Régionalisation dans les provinces et les territoires

	Création des premières ASR (année)	Nombre d'ASR lors de leur création	Nombre d'ASR en 2011
Colombie-Britannique	1997	52	5
Alberta	1994	17	1
Saskatchewan	1992	32	13
Manitoba	1997	12	11
Ontario	2005	14	14
Québec	1989	18	18
Nouveau-Brunswick	1992	8	2
Nouvelle-Écosse	1996	4	9
Île-du-Prince-Édouard	1993	6	1
Terre-Neuve-et-Labrador	1994	6	6
Territoires du Nord-Ouest	1997	8	8

Sources : Axelsson, Marchildon et Repullo-Labrador (2007) et les sites Web des ministères provinciaux et territoriaux consultés en novembre 2011 (voir la section 9.2).

Notes : L'année de création des ASR est basée sur l'année civile où la loi sur la régionalisation a été adoptée; les provinces et les territoires avec une seule ASR ont séparé la gouvernance et le mandat de l'ASR de ceux du ministère de la Santé, comme dans les autres provinces ou territoires qui ont adopté la régionalisation.

Alors que les provinces assument la responsabilité première de la gouvernance pour la plupart des services de soins de santé publique, le gouvernement fédéral joue un rôle clé dans l'établissement de normes pancanadiennes pour les services de soins hospitaliers, diagnostiques et médicaux par l'entremise de la *Loi canadienne sur la santé* et du Transfert canadien en matière de santé (voir la section 3.3.3). Le ministère fédéral de la Santé, Santé Canada, est responsable de veiller à ce que les gouvernements provinciaux et territoriaux respectent les cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé*. Bien que les transferts conditionnels soient un outil de politique commun dans la plupart des fédérations, l'utilisation du pouvoir de dépense fédéral dans le domaine de la santé a été plus controversée au Canada, en grande partie à cause de la volonté de certains gouvernements provinciaux et défenseurs des politiques d'avoir un degré de décentralisation administrative et financière encore plus grand (Marchildon, 2004; Boessenkool, 2010).

Alors que les gouvernements des provinces et des territoires doivent fournir des services assurés universels aux Indiens inscrits et aux Inuits reconnus, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits procure à ces citoyens une couverture supplémentaire pour les « Services de santé non assurés » (SSNA) tels que les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et de la vue, ainsi que le transport médical donnant accès aux services de l'assurance maladie qui ne sont pas fournis dans les réserves ou dans la communauté de résidence. En outre, Santé Canada et l'ASPC fournissent nombre de programmes sur la santé de la population et communautaires dans les communautés des Premières nations et des Inuits. Santé Canada est aussi responsable de la réglementation en matière d'innocuité et d'efficacité des produits thérapeutiques, y compris les instruments médicaux, les produits de santé pharmaceutiques et naturels, ainsi que de veiller à la sécurité des produits alimentaires et de consommation. La protection des données et des brevets pour les médicaments est également administrée par Santé Canada aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues* et du *Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité)* de la *Loi sur les brevets*.

Établi comme agence en 2004, l'ASPC effectue une vaste gamme de fonctions liées à la santé publique, comprenant le contrôle des maladies infectieuses, la surveillance, la préparation aux situations d'urgence qui guide les initiatives nationales d'immunisation et de vaccination, de même que la coordination ou la gestion de programmes pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé des voyageurs. Dans le cadre de son mandat, l'ASPC est responsable de cinq centres et laboratoires répartis dans les régions, y compris quatre installations de biosécurité au Laboratoire national de microbiologie.

Un organisme quasi judiciaire indépendant, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), réglemente les prix départ d'usine (défini comme le prix auquel les fabricants de produits pharmaceutiques vendent leurs produits aux hôpitaux, aux pharmacies et aux autres grossistes) des médicaments brevetés. En 1987, le CEPMB a reçu le mandat d'effectuer la surveillance des prix des médicaments brevetés en même temps que le gouvernement fédéral améliorait la protection monopolistique pour les nouveaux produits pharmaceutiques dans la *Loi sur les brevets*. Il faut souligner que le CEPMB n'a pas compétence sur les prix établis par les grossistes ou par les pharmacies, pas plus que sur les honoraires professionnels des pharmaciens. Bien que le CEPMB n'ait pas le mandat de réglementer le prix des médicaments génériques, il fait rapport au Parlement chaque année sur la tendance des prix de tous les médicaments (voir la section 2.8.4).

De plus, le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel dans la recherche en santé par l'entremise du financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). En 2000, les IRSC ont remplacé le Conseil de recherches médicales du Canada au titre d'organisme national de financement de la recherche en santé. Les IRSC sont composés de 13 instituts « virtuels » qui procurent du financement à la recherche pour la santé des peuples autochtones; le vieillissement; le cancer; la santé circulatoire et respiratoire; le sexe et la santé; la génétique; les services et la politique en santé; le développement humain, la santé des jeunes et des enfants; les infections et l'immunité; la santé musculosquelettique et l'arthrite; la neuroscience, la santé mentale et la toxicomanie; la nutrition, le métabolisme et le diabète; et la santé publique et de la population. Alors que la majorité de la recherche financée par les IRSC est l'initiative des chercheurs, environ 30 % de la recherche financée par les IRSC est basée sur des objectifs stratégiques mis en place par le conseil d'administration de l'organisation. Le ministre fédéral de la Santé est responsable des IRSC devant le Parlement et de l'objectif du gouvernement de faire du Canada l'une des cinq principales nations du monde de la recherche en santé.

Cette activité de recherche est appuyée par une infrastructure considérable concernant les données sur la santé fournies par Statistique Canada, qui comprend des recensements quinquennaux et de nombreuses enquêtes sur la santé. Depuis longtemps reconnue comme l'une des plus importantes agences de statistique au monde, Statistique Canada a fait figure de pionnier dans la collecte de statistiques de santé, de même que dans l'élaboration d'indicateurs

de l'état de santé et des déterminants de la santé. La collecte de données a été grandement étendue par le partenariat entre Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (voir la section 2.3.3).

Le gouvernement fédéral fournit également la majorité du financement des initiatives principales en recherches qui sont gouvernées de façon indépendante, y compris Génome Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)¹. L'objectif de Génome Canada est de faire du Canada un leader mondial en recherche permettant d'isoler la prédisposition aux maladies et d'élaborer des stratégies de prévention et des outils de diagnostic améliorés. La FCRSS cible la recherche dans les services de santé visant à améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des soins de santé, et joue aussi le rôle de courtier de connaissances entre le milieu de la recherche et celui de la prise de décision.

2.3.3 L'échelle intergouvernementale

En leur qualité d'états décentralisés œuvrant dans un environnement d'interdépendance croissante en politique de la santé, les gouvernements FPT dépendent fortement à la fois des instruments intergouvernementaux directs et indépendants pour faciliter et coordonner les secteurs de la politique et des programmes (Marchildon, 2010). Les instruments directs se composent de conseils de consultation et de comités qui se rapportent à la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé, qui, à leur tour, relèvent de la Conférence des ministres FPT de la Santé (O'Reilly, 2001). Les instruments intergouvernementaux plus indépendants, dont la plupart ont été établis très récemment, sont des sociétés intergouvernementales sans but lucratif financées et partiellement dirigées par les gouvernements qui les financent.

La Conférence des ministres FPT de la Santé est co-présidée par le ministre fédéral et un ministre provincial de la Santé sélectionné à tour de rôle. La forme de ce comité est reflétée dans la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé, où l'on retrouve une structure de direction identique. Afin de mener leurs travaux dans les domaines de préoccupation prioritaires, les ministres et les sous-ministres ont instauré, restructuré et démantelé divers comités consultatifs et groupes de travail au fil du temps, y compris ceux portant sur la prestation et les ressources humaines liées à la santé, les technologies de l'information et émergentes, la santé de la population et la sécurité en santé, ainsi que la gouvernance et la responsabilisation. Ils ont aussi mis sur pied des organismes intergouvernementaux plus indépendants et spécialisés (illustrés au bas de la

¹ Au moment de la mise sous presse, la FCRSS portait la nouvelle désignation de Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

figure 2.1) pour appuyer le travail dans les domaines prioritaires déterminés par les gouvernements FPT. Dans la plupart des cas, le gouvernement fédéral assume une part significative du financement.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a été établie initialement sous le nom d'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Son mandat consiste à promouvoir l'utilisation appropriée de la technologie de la santé en exerçant une influence sur les décideurs au moyen de la collecte, de la création et de la diffusion de l'ETS des nouvelles technologies médicales et des nouvelles pharmacothérapies. Étant donné l'existence d'organismes d'ETS provinciaux, il en découle aussi que l'ACMTS coordonne la diffusion d'études existantes dans l'ensemble du pays en plus des ETS originales dans les domaines non couverts par les agences provinciales. L'ACMTS est financée par Santé Canada et par les provinces et les territoires (proportionnellement à leur population), à l'exception du Québec. En 2003, l'ACMTS a lancé le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), un processus unique pancanadien qui vise à évaluer les nouveaux médicaments et à faire des recommandations concernant les formulaires aux membres du gouvernement de l'ACMTS (Menon et Stafinski, 2009).

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été établi en 1994 en réponse au souhait exprimé par les gouvernements FPT de se doter d'une approche nationale coordonnée pour collecter et analyser leurs données financières et administratives respectives. Ses fonctions essentielles comprennent la détermination et la définition des indicateurs et des cadres nationaux en santé, la coordination de l'élaboration et de la maintenance des normes relatives aux données pancanadiennes, l'élaboration et la gestion des bases de données et des registres de la santé, et la diffusion des données sur la santé par l'entremise de rapports de recherche. En 2011, l'ICIS était responsable d'un total de 27 bases de données et registres, dont la Base de données sur les dépenses nationales de santé, la Base de données nationale sur les médecins, la Base de données sur la morbidité hospitalière, la Base de données sur les congés des patients et la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits. Environ 80 % du financement de l'ICIS provient de Santé Canada et le reste vient des gouvernements provinciaux. L'ICIS entretient aussi un partenariat continu avec Statistique Canada, ainsi qu'une relation de consultation très proche avec la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé par l'entremise de ses 16 membres du conseil de direction.

Inforoute Santé du Canada est un produit de l'Accord de 2000 des premiers ministres sur le renouvellement des soins et de la priorité attribuée par les ministres FPT de la Santé à l'élaboration de dossiers de santé électroniques (DSE) selon des normes compatibles. Depuis sa création en 2001, Inforoute a reçu 2,1 milliards de dollars canadiens en financement du gouvernement fédéral afin de collaborer avec les gouvernements des provinces et des territoires pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des technologies électroniques de la santé, y compris les dossiers de santé électroniques et les dossiers médicaux électroniques, ainsi que des systèmes de surveillance électronique de la santé publique. Tout comme l'ICIS, tous les gouvernements FPT y compris le Québec sont membres d'Inforoute Santé du Canada. L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé a procuré du financement supplémentaire à Inforoute Santé du Canada pour stimuler de nouvelles initiatives en télésanté. Inforoute agit à titre d'organisme cadre national pour faciliter l'interopérabilité des initiatives FPT existantes de renseignements de santé électroniques. Inforoute a d'abord publié un cadre commun et un plan directeur des normes en 2003 et l'a révisé par la suite en 2006, pour l'élaboration des DSE (Inforoute Santé du Canada, 2003, 2006).

Les origines du Conseil canadien de la santé peuvent être retracées aux recommandations finales de la Commission Romanow et aux rapports du comité sénatorial de 2002, bien que l'idée générale d'établir un organisme consultatif pancanadien indépendant en politique date de plus longtemps (Adams, 2001; Romanow, 2002; Sénat du Canada, 2002). Le Conseil canadien de la santé a été institué en 2003 sans la participation des gouvernements provinciaux du Québec et de l'Alberta, bien que l'Alberta s'y soit jointe par la suite en 2012. Le Conseil de la santé est présidé par une personne nommée d'un commun accord par les ministres FPT de la Santé participants. Les autres membres du conseil sont basés sur les nominations de chaque gouvernement participant. Le mandat du Conseil canadien de la santé est de surveiller et de présenter un rapport sur la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre des accords FPT sur la santé.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a été créé un an après que son établissement ait été recommandé par le Comité directeur national sur la sécurité des patients (2002), un organisme non gouvernemental, après l'approbation de cette idée par les premiers ministres un an plus tard (SCIC, 2003). Financé en grande partie par le gouvernement fédéral et gouverné par un conseil constitué de personnes nommées par les gouvernements participants, l'ICSP a reçu le mandat d'assumer un rôle de premier plan dans l'édification

d'une culture de sécurité du patient et d'amélioration de la qualité au Canada au moyen de la promotion de pratiques exemplaires, et dans l'orientation vers des stratégies efficaces afin d'améliorer la sécurité du patient.

La Société canadienne du sang (SCS) est un organisme de bienfaisance sans but lucratif établi par les provinces et les territoires vers la fin des années 1990 en réponse à la controverse du sang contaminé et au retrait de la Société canadienne de la Croix-Rouge de la gestion des services et des produits du sang au Canada (Rock, 2000). Bien qu'elle reçoive du financement des gouvernements participants des provinces et des territoires, la SCS est gouvernée indépendamment de tous les gouvernements des provinces et des territoires participants.

Alors que les membres du conseil sont nommés par les ministres PT de la Santé, les fonctionnaires n'ont pas le droit de siéger au conseil. Le Québec n'est pas un membre participant de la SCS; la province a plutôt son propre organisme de produits et services du sang, soit Héma-Québec.

Les gouvernements FPT collaborent étroitement avec des sociétés civiles partenaires dans le cadre de quantité d'autres initiatives de santé pancanadiennes, telles que le Partenariat canadien contre le cancer, et le Réseau pancanadien de santé publique. Par l'entremise du Conseil de la fédération, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont récemment créé un Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé auquel participent tous les ministres PT de la Santé. En 2012, ce Groupe de travail a obtenu le mandat d'examiner la gestion des ressources humaines, le champ de pratique des fournisseurs et les lignes directrices relatives à la pratique clinique dans le but de dresser la liste des initiatives innovatrices au Canada et d'en tirer des leçons.

2.3.4 Organisations et associations nationales non gouvernementales

Les programmes et les politiques en soins de santé du Canada sont fortement influencés par nombre d'organisations non gouvernementales comprenant les associations de services de santé, les organisations professionnelles telles que les organismes de réglementation, les syndicats, les associations industrielles et les organismes d'action sociale liés aux patients et aux maladies. Un grand nombre sont des associations provinciales, une étude a révélé que 244 de ces organismes œuvraient dans la seule province d'Ontario (Wiktorowicz et coll., 2003). Nombre de ces associations provinciales ont des organismes-cadres nationaux qui jouent un rôle important en facilitant et en coordonnant

les initiatives pancanadiennes de leurs membres. Quelques-unes des plus importantes ou des plus influentes de ces organisations nationales sont décrites ci-dessous.

Agrément Canada est une organisation non gouvernementale bénévole qui accrédite les hôpitaux, les établissements de santé et les ASR. Fondé par les organisations qu'il accrédite, Agrément Canada effectue également des examens et des évaluations des établissements de santé et des systèmes de santé régionaux, qu'il fait suivre de recommandations pour des améliorations. D'abord établi en 1958, Agrément Canada a élargi son mandat au-delà des hôpitaux de soins actifs pour couvrir les établissements psychiatriques (1964), les établissements de soins de longue durée (1978), les établissements de réadaptation (1985), les services de santé communautaires (1995) et les services de soins à domicile (1996).² Le Canada a été la scène de quelques débats à savoir si l'accréditation devrait être obligatoire, et deux provinces, soient le Québec et l'Alberta, ont instauré l'accréditation obligatoire, tandis qu'une troisième province, le Manitoba, songe à le faire (Nicklin, 2011). En lien avec ce débat, certains se demandent si l'accréditation volontaire (et même obligatoire) sert véritablement à améliorer la qualité du système de santé ou s'il s'agit d'un « rituel administratif stérile » (Lozeau, 1999). Dans une étude comparant la France, qui possède un régime d'accréditation obligatoire depuis 1996, et le Canada, dont l'approche est principalement volontaire, Touati et Pomey (2009) ont constaté que les deux systèmes ont contribué au progrès de la qualité et de la sécurité, bien que de façon très différente.

Les organismes de fournisseur de soins de santé, particulièrement les organismes de médecins et, plus récemment, les organismes de soins infirmiers, ont joué un rôle important dans le façonnement de la politique de soins de santé au Canada (voir la section 9.2.5). D'autres organismes de fournisseurs de soins de santé, comme celles qui représentent les dentistes, les optométristes, les pharmaciens, les psychologues, les technologues médicaux et plusieurs autres, font aussi des efforts accrus pour tenter d'influencer les réformes à venir du système de santé.

L'Association médicale canadienne (AMC) est un organisme-cadre national pour les médecins, y compris les consultants, appelés spécialistes au Canada, et les omnipraticiens. En plus de faire du lobbying pour les intérêts de ses membres, l'AMC s'intéresse activement aux enjeux concernant la recherche

² Le nom d'Agrément Canada a été changé pour refléter son mandat élargi : en 1958, il s'appelait d'abord le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux; trente ans plus tard (1988), la désignation a été changée à Conseil canadien d'agrément des établissements de santé; en 1995, il a été reconstitué sous le nom de Conseil canadien d'agrément des services de santé; finalement, en 2008, il est devenu Agrément Canada.

sur les politiques et publie le *Journal de l'Association médicale canadienne* aux deux semaines ainsi que six autres publications médicales spécialisées. Les 12 associations médicales PT (le Nunavut n'est pas représenté) sont des divisions autonomes au sein de l'AMC. Ces organismes PT sont chargés de négocier la rémunération des médecins et leurs conditions de travail avec les ministres PT de la Santé, sauf au Québec où les négociations sont menées par deux organismes qui représentent les spécialistes et les omnipraticiens. Alors que l'AMC ne participe pas directement aux pourparlers, elle offre, lorsqu'on lui en fait la demande, ses conseils et son expertise aux associations PT.

Le rôle de l'AMC et, en particulier, de ses divisions provinciales, doit être distinct du rôle de réglementation exercé par les collèges des médecins et chirurgiens provinciaux. Le premier est responsable des permis des médecins, de l'élaboration et de l'application des normes de pratique, de l'investigation de plaintes de patients contre des membres sur des violations possibles de la conduite éthique ou professionnelle ou des normes de pratique ainsi que l'application. Comme c'est le cas pour plusieurs professions au Canada, les médecins sont responsables de se réglementer eux-mêmes dans le cadre des lois provinciales. Un organisme national, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), limite ses fonctions à la supervision et à la réglementation de la formation médicale postdoctorale.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est une fédération qui regroupe 11 associations d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) représentant environ 144 000 membres en 2011.³ Certaines des associations provinciales telles que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) exercent une influence considérable à l'intérieur de leur compétence respective. L'AIIC et ses filiales provinciales ont également joué un rôle important dans l'obtention d'un rôle plus important pour le personnel infirmier praticien au Canada. Les associations PT de personnel infirmier ne participent pas aux négociations collectives avec les provinces. Cette fonction revient aux divers syndicats qui représentent les IA et les infirmiers auxiliaires autorisés (inf. aux. aut.). La fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (FCSI) est un organisme-cadre pour tous les syndicats provinciaux et territoriaux de personnel infirmier à l'exception du Québec.

On compte plusieurs groupes de la société civile à l'échelle pancanadienne dont l'objectif principal est de mobiliser des appuis et du financement pour les causes liées aux soins de santé à la fois généraux ou particuliers (voir la section 9.26). Voici quelques exemples d'organisations qui ont un rôle de promotion

³ L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) n'est pas membre de l'AIIC et il y a une seule association des infirmières et infirmiers au Nunavut et aux Territoires du Nord Ouest.

des politiques plus général, parfois accompagné d'un mandat de recherche : l'Association canadienne des soins de santé (anciennement l'Association des hôpitaux du Canada), la Coalition canadienne de la santé, l'Association canadienne de santé publique (ACSP), le Réseau canadien pour la santé des femmes, l'Association canadienne de soins et services à domicile et l'Association canadienne de soins palliatifs, parmi plusieurs autres. D'autres organisations de bienfaisance soutiennent qu'une plus grande attention publique soit portée à des maladies ou problèmes de santé particuliers au moyen de plaidoyers, de renseignements et de conseils pour les personnes touchées et leurs soignants. Bon nombre de ces organisations ont le statut d'organisations de bienfaisance et contribuent au financement de la recherche dans leur secteur propre. Quelques-unes des plus grandes organisations de bienfaisance pancanadiennes sont énumérées dans la section 9.2.6.

Enfin, il existe des associations industrielles qui représentent les intérêts à but lucratif en soins de santé. On trouve dans ce groupe des organisations telles que l'Association canadienne du médicament générique, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada et l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

2.4 Décentralisation et centralisation

Alors que le Canada est une fédération décentralisée qui suit un modèle hybride de prestation de santé publique et privée, la gestion des soins de santé est devenue plus centralisée sous l'effet des réformes administratives à grande échelle engagées par les gouvernements PT durant les deux dernières décennies. Les débuts de la régionalisation ont entraîné à la fois la décentralisation et la centralisation. Alors que les ministres PT de la Santé ont délégué une grande partie de la prise de décision administrative aux ASR quasi publiques, ce changement structurel a provoqué dans de nombreux cas (mais non dans tous les cas) le démantèlement de nombreux organismes de soins de santé plus locaux (municipaux et quasi publics) et leur conseil de direction, alors que ces organismes se fondaient dans les ASR (voir la section 2.3.1).

Depuis 2001, on constate une tendance à une centralisation accrue en termes de diminution du nombre d'ASR, ce qui augmente la taille géographique et le nombre de personnes couverts par chaque ASR. En 2005, la même année où l'Ontario introduisait son propre type de régionalisation, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard éliminait deux de ses ASR (Axelsson, Marchildon et Repullo-Labrador, 2007). En 2008, l'Alberta démantelait ses neuf ASR en faveur

d'une seule ASR dans un effort ambitieux de profiter des économies d'échelle et de portée en créant ce qui était effectivement un organisme unique de gestion de la santé pour sa population de plus de 3,5 millions d'habitants. Comme ASR unique, Alberta Health Services jouit d'une autonomie opérationnelle déléguée par le ministère de la Santé provincial (Duckett, 2010; Donaldson, 2010).

En même temps, cependant, la prestation de la plupart des services de santé primaires est assurée au privé, et est donc décentralisée. La vaste majorité des médecins de famille sont des entrepreneurs professionnels à but lucratif qui ne sont employés directement ni par les ASR, ni par les ministres PT de la Santé. Alors que la propriété des hôpitaux est répartie – certains appartiennent à des ASR et d'autres sont la propriété de sociétés privées, pour la plupart sans but lucratif – les médecins spécialistes qui procurent des soins actifs sont aussi des entrepreneurs privés indépendants. Dans la plupart des provinces, un nombre considérable de consultants (médecins spécialistes) se sont constitués en sociétés professionnelles surtout pour augmenter leur revenu après impôt. La plupart des services à l'appui des soins actifs et primaires, y compris les services ambulanciers, de sang et de laboratoire et les services hospitaliers auxiliaires (c.-à-d. la lessive et la nourriture), sont privés. Les établissements de soins de longue durée sont divisés entre le secteur public (les gouvernements PT et locaux) et privé (à but lucratif et non lucratif). La majorité des soins dentaires, des soins de la vue, des services psychologiques et de réadaptation sont financés au privé et fournis par des professionnels indépendants.

2.5 Planification

Étant donné la division constitutionnelle des pouvoirs au Canada et la nature relativement décentralisée de la gestion et de la prestation de la santé, il en résulte qu'on ne trouve aucun organisme unique responsable de la planification nationale à la grandeur du système. À la place, les initiatives pancanadiennes sont souvent le produit d'ententes, de comités et d'organismes intergouvernementaux qui consacrent une petite part de leurs efforts à la planification stratégique de haut niveau, le plus souvent sur une base sectorielle telle que les ASR, les DSE et la collecte et la diffusion de données administratives. Il existe deux exceptions notables à cette situation : la première étant les Conseils FPT des ministres de la Santé et des sous-ministres de la Santé et leurs groupes de travail respectifs, et la seconde le Conseil canadien de la santé, même si son mandat est limité à la production de rapports d'étape sur les priorités des réformes de la santé retenues par les gouvernements participants (voir la section 2.3.3).

La majorité de la planification à l'échelle du système prend effectivement place auprès des ministères de la Santé des provinces et des territoires, chacun d'entre eux disposant d'une unité de politiques et de planification. Dans les provinces et les territoires régionalisés, une partie de la planification a été déléguée aux ASR mais les ministères PT continuent à porter la responsabilité des nouveaux investissements majeurs (comme les hôpitaux) de même qu'une portion de la planification de l'infrastructure. La planification des ressources humaines en santé (RHS) tend à être répartie entre les ministères et les ASR, selon un degré de responsabilité variable parmi les provinces. Dans les provinces ou territoires non régionalisés comme l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et le Nunavut, la planification des RHS est effectuée au sein du ministère. En raison de la mobilité des professionnels de la santé au Canada, les ministères PT et les ASR sont sensibles aux changements affectant la rémunération, les conditions de travail et les exigences réglementaires dans les autres provinces ou territoires. Dans les années 2000, un certain nombre de provinces ont établi des organismes de recherches en santé et des conseils sur la qualité des soins ayant le mandat d'aider à améliorer les processus et les résultats au sein du système de santé, ainsi que d'exercer leur influence, sinon de remanier, la pratique médicale et la prise de décision clinique.

La plus importante initiative relative à la planification à l'échelle du système est peut-être la création des ASR par les gouvernements provinciaux. En sa qualité d'organisme œuvrant à un niveau intermédiaire entre les ministères de la Santé et les fournisseurs individuels, les ASR ont le mandat légal de planifier la coordination et la continuité des soins entre une myriade d'organismes et de fournisseurs de soins de santé dans une région géographique définie (Denis, 2004; Marchildon, 2006). Les ministères PT de la Santé établissent la direction stratégique générale, mais ce sont les ASR qui effectuent la planification et la coordination détaillées. Les ASR définissent leurs priorités au moyen de budgets annuels (parfois complétés par des plans pluriannuels) qui sont soumis aux ministères provinciaux de la Santé. Certaines présentations des budgets sont exigées avant que le budget du ministère ne soit finalisé, tandis que d'autres n'ont lieu qu'une fois que le financement est annoncé dans le budget provincial; chaque approche ayant des répercussions différentes sur le processus de planification (McKillop, 2004).

On constate une nette amélioration de la gestion du risque et de la planification en cas de catastrophe à la suite d'une évaluation largement négative sur la capacité des hôpitaux canadiens et des professionnels de la santé travaillant en milieu hospitalier à faire face à une urgence nationale (le gouvernement du Canada, 2002). Selon le plan d'intervention d'urgence

du gouvernement fédéral en vigueur actuellement, Santé Canada et l'ASPC se partagent les responsabilités de coordonner les aspects de l'intervention en cas d'urgence touchant la santé publique et les soins de santé de toute urgence nationale, ou d'une urgence internationale qui a des répercussions nationales (le gouvernement du Canada, 2011). Dans l'éventualité d'une urgence nucléaire ou radiologique, Santé Canada assume la responsabilité de coordonner toutes les interventions avec les ministères PT de la Santé et les autres parties touchées (Santé Canada, 2002), alors que l'Agence canadienne d'inspection des aliments est chargée de coordonner la réponse à toute éclosion majeure de maladie d'origine alimentaire (p. ex. l'encéphalopathie spongiforme bovine). La SCS et, au Québec, Héma-Québec, sont responsable de veiller à ce que les réserves de sang frais et de plasma congelé soient suffisantes pour faire face à une urgence.

Santé Canada et l'Agence canadienne de développement international portent la responsabilité de la majorité de l'aide au développement international dans le domaine de la santé. La majeure partie est envoyée aux pays à faible revenu d'Amérique latine et des Antilles en raison de l'adhésion du Canada à l'Organisation panaméricaine de la santé. Au cours de l'année financière 2009–2010, Santé Canada a distribué à lui seul 13,4 millions de dollars canadiens en aide au développement associé à la santé.

2.6 Intersectorialité

Certains gouvernements provinciaux ont fait l'expérience de comités du Cabinet intersectoriels ou de comités de cadres supérieurs pour aborder des politiques et des enjeux en santé à facettes multiples, qui mettent notamment l'accent sur les déterminants de la santé et la prévention des maladies. À titre d'exemple, le gouvernement du Manitoba a établi un Comité ministériel pour Enfants en santé, l'un des quatre comités du Cabinet permanents, pour encourager les initiatives intersectorielles en santé portant sur la santé des enfants de la période prénatale jusqu'aux années préscolaires.

En Colombie-Britannique, le gouvernement a créé un comité intersectoriel de cadres supérieurs (des sous-ministres adjoints) pour aborder la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques dans l'ensemble de la province. De plus, ActNow BC est un partenariat majeur pour la promotion de la santé entre le gouvernement provincial, le secteur bénévole et la société civile qui vise six secteurs de la santé de la population : l'activité physique; la diète et les écoles; les milieux de travail; les communautés; la grossesse; et le tabagisme (CCS, 2010b).

Au Québec, la Loi sur la santé publique de 2001 donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'engager des actions intersectorielles qui reflètent les politiques favorables à la santé de la population provinciale. Cette loi exige aussi que les propositions législatives et réglementaires de tous les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec soient soumis à une évaluation obligatoire des conséquences sur la santé. En Ontario, le gouvernement provincial explore actuellement une approche intégrant « la santé dans toutes les politiques » qui aurait d'abord vu le jour en Finlande (Ståhl et coll., 2006). Cette approche, si elle est instaurée, ferait en sorte qu'un outil d'évaluation de l'équité en santé serait enchâssé dans l'élaboration de toutes les politiques du gouvernement de l'Ontario (CCS, 2010b).

Alors que nombre d'initiatives de santé intersectorielles ont vu le jour au Canada, peu d'entre elles se sont donné des cibles avec des objectifs clairement définis à l'intérieur d'un calendrier précis. De plus, ces initiatives ne comportent généralement pas d'évaluation méthodique des processus et des résultats. Alors que ces caractéristiques des initiatives canadiennes se retrouvent aussi dans les initiatives intersectorielles semblables dans les autres pays (ASPC, 2008), cela représente une occasion de produire des cibles et des évaluations méthodiques plus précises dans les initiatives pour les initiatives intersectorielles à venir.

2.7 Gestion de l'information de santé

Afin de soutenir une planification à l'échelle du système, les gouvernements provinciaux ont investi dans l'infrastructure nécessaire aux TIC de la santé avec comme objectif la création de DSE pour tous leurs résidents. Fidèle à son caractère fédéral, le Canada compte une multitude de systèmes d'information servant à la collecte, le signalement et l'analyse des données sur la santé.

2.7.1 Systèmes d'information et de données

À l'échelle PT, les gouvernements recueillent des données administratives détaillées depuis l'introduction des régimes universels d'assurance hospitalisation et d'assurance médicale. À l'échelle fédérale, Statistique Canada recueille des données sur la santé de la population au moyen de recensements qui ont lieu tous les cinq ans et d'enquêtes sur la santé comportant de vastes échantillons, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête transversale auto-déclarée menée auprès de patients, et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), une enquête qui comporte des mesures directes de la santé chez la population canadienne.

Statistique Canada est régi par un cadre législatif, la *Loi sur les statistiques*, qui rend obligatoire le relevé de données de recensement de base tout en respectant le droit à la vie privée et à la confidentialité. Cependant, le gouvernement du Canada a décidé d'éliminer, à partir du Recensement de 2011, le questionnaire complet obligatoire qui posait des questions supplémentaires sur la santé à 20 % des répondants en faveur d'une enquête volontaire.

À l'échelle intergouvernementale, l'ICIS effectue la coordination de la cueillette et de la diffusion des données de santé, dont une grande partie consiste en données administratives provenant des provinces et des territoires. L'ICIS travaille de concert avec les gouvernements FPT pour établir et maintenir des normes de définition de données et de qualité. L'institut collabore aussi avec les organismes de fournisseurs pour maintenir les bases de données, y compris les bases de données liées aux médecins et les congés d'hôpital. Dans un arrangement provincial unique, le Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) de l'Université du Manitoba maintient la base de données administrative pour le compte du ministère de la Santé. Sur la base d'un contrat de longue date avec le ministère provincial, le MCHP analyse les données et publie des rapports d'analyse et des articles de publication évalués par les pairs fondés sur les données administratives.

Depuis les années 1990, la vie privée est devenue un enjeu majeur dans la collecte et la diffusion des données de santé. La collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé constituent de par leur nature une ingérence dans la vie privée qui requiert une réévaluation continue pour s'assurer que l'intérêt public justifie l'obtention, l'analyse et l'utilisation de ces données malgré l'intrusion potentielle dans la vie privée et la confidentialité des personnes. Puisque la compétence sur les renseignements de santé est partagée entre les gouvernements FPT, il en résulte une mosaïque de lois relatives aux renseignements sur la santé et la vie privée au Canada. Ces lois portent parfois sur les trois enjeux à la fois, soient la vie privée, la confidentialité et la sécurité, dans la même législation, ou en d'autres cas dans des lois distinctes, à l'intérieur d'un même territoire de compétence.

À l'échelle fédérale, on retrouve quatre lois majeures qui régissent le droit à la vie privée. La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) s'applique aux renseignements personnels sur la santé qui sont recueillis, utilisés ou divulgués dans le cadre d'activités commerciales qui traversent les frontières provinciales ou territoriales. En vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels, il est nécessaire d'obtenir le consentement en connaissance de cause avant de recueillir ou

d'utiliser ces renseignements. Dans les limites d'une stricte protection juridique concernant la confidentialité des personnes, la *Loi sur les statistiques* autorise Statistique Canada à collecter et à diffuser des données sur la santé ainsi que d'autres données. En même temps, la *Loi sur l'accès à l'information* exige que les renseignements de nature publique qui sont entre les mains du gouvernement fédéral ou de ses organismes soient accessibles au public à moins d'en être spécifiquement exemptés.

À l'échelle PT, la plupart des compétences ont en place des lois générales pour protéger le droit à la vie privée et à la confidentialité, bien que certaines aient une législation particulière pour la protection des renseignements sur la santé. Ce dernier fait résulte en partie de la réaction défavorable du public face aux premiers efforts pour établir des réseaux électroniques de renseignements sur la santé et les DSE, y compris les dossiers de patients. Les préoccupations quant aux dossiers de santé étaient présentes avant ces efforts, mais l'utilisation potentielle des DSE les a mises en évidence.

2.7.2 Recherche en santé

Il existe une poignée de centres de recherche en milieu universitaire qui se concentrent sur la recherche des services et des politiques de santé, y compris le MCHP, le Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) à la McMaster University, le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) à l'Université de la Colombie-Britannique, et l'Institut de recherche en santé publique à l'Université de Montréal.

Les chercheurs sont financés par l'entremise d'organismes provinciaux et nationaux de financement de la santé. L'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC est le plus grand institut de recherche dans son domaine au Canada, bien que d'autres instituts des IRSC, tels que ceux portant sur la santé, le sexe et la santé des Autochtones et sur la santé publique et des populations, investissent également dans la recherche sur les services et les politiques en santé. L'Alliance canadienne des organismes provinciaux de recherche en santé (NAPHRO), une alliance d'agences provinciales de financement de recherche en santé, a été créée en 2003 afin de promouvoir la collaboration sur les enjeux communs. Les membres comprennent :

- la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé (C.-B.);
- Alberta Innovates – Health Solutions;
- Saskatchewan Health Research Foundation;
- le Conseil manitobain de la recherche en matière de santé;

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario;
- le ministère de la Recherche et de l'Innovation en Ontario;
- le Fonds de la recherche en santé du Québec;
- la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick;
- la Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse;
- Newfoundland and Labrador Centre for Applied Health Research.

2.7.3 Évaluation des technologies de la santé

Il est essentiel que l'ETS soit objective et fiable pour que les gestionnaires de la santé et les fournisseurs de soins puissent produire une planification efficace et une prise de décision axée sur les preuves. Le progrès technologique est le plus souvent incrémental, et les avancées dans ce domaine ont tendance à se baser sur les idées, les techniques et les produits existants, mais certains changements technologiques sont le résultat d'une percée importante ayant trait à de nouveaux produits (p. ex. de nouveaux médicaments contre le cancer) ou de nouvelles techniques (comme la chirurgie bariatrique). Dans ce dernier domaine, on cite souvent en exemple les tests génétiques et les technologies génétiques, deux changements technologiques avec lesquels les agences d'ETS doivent composer (Giacomini, Miller et Browman, 2003; Morgan et Hurley, 2004; Rogowski, 2007). Les rapports d'ETS comprenant une évaluation économique sont utiles pour les décideurs d'un système de santé soumis à des contraintes budgétaires, mais, par contre, leur production exige davantage de temps et de fonds que des ETS, qui ne touchent que l'efficacité clinique. Tarride et coll. (2008) ont constaté que moins de 25 % des organismes d'ETS font l'objet d'une évaluation économique au Canada, bien que la façon dont cela se compare avec les organismes d'ETS des autres pays ne soit pas claire.

Les organismes d'ETS fonctionnent à l'échelle provinciale et pancanadienne. Actuellement, on compte trois organismes d'ETS provinciaux. Le premier organisme d'ETS à part entière, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)⁴, a été créée au Québec en 1988. En 2011, l'AETMIS est devenu l'INESSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Le deuxième est le Comité consultatif sur les technologies de la santé de l'Ontario et le Secrétariat des services consultatifs médicaux, qui faisait autrefois partie du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, mais qui relève maintenant de Qualité des services de santé Ontario,

⁴ L'ACMIS s'est d'abord constitué en société sous le nom de Conseil d'évaluation des technologies de la santé, nom qu'elle a gardé jusqu'à ce qu'il soit changé en 2000.

un organisme public indépendant. Le troisième organisme provincial est en Alberta, où l'unité de l'ETS de l'Institute of Health Economics (IHE)⁵ émet des recommandations à l'Alberta Health Services et au ministère de la Santé provincial (Hailey, 2007; Menon et Stafinski, 2009). De plus, il existe une multitude d'organismes en milieu universitaire et hospitalier qui conduisent des ETS (Battista et coll., 2009).

L'ACMETS est le seul organisme d'ETS pancanadien; il est aussi le plus grand générateur d'ETS au pays. Établi et financé par les gouvernements FPT, l'ACMETS a pour mandat de fournir des évaluations fondées sur des données probantes des nouvelles technologies de la santé, y compris les médicaments sur ordonnance et les appareils médicaux, les procédures et les systèmes (voir la section 2.3.3) à tous les gouvernements participants.⁶ Ces recommandations sont de nature consultative et les décisions, comme s'il faut ou non introduire de nouvelles technologies médicales ou ajouter des médicaments sur ordonnance à leur système de santé et à leur régime d'assurance-médicaments respectifs, reviennent aux gouvernements (Hailey, 2007).

Créé en 2003, le PCEM de l'ACMETS simplifie le processus qui sert à examiner les nouveaux produits pharmaceutiques et formule des recommandations à toutes les provinces et tous les territoires sauf le Québec. Le PCEM consiste en trois étapes : (1) L'ACMETS procède à un examen systématique des preuves cliniques et des données pharmaco-économiques; (2) le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), qui relève de l'ACMETS, établit des recommandations d'inscription au formulaire; et (3) les ministères de la Santé prennent leurs propres décisions concernant l'admissibilité à un remboursement sur la base de leurs propres comités responsables des formulaires, du climat entourant les politiques et des pressions politiques. Les décisions provinciales peuvent être influencées par la présence ou l'absence d'une représentation importante de l'industrie pharmaceutique. Au Canada, la majeure partie de la production pharmaceutique est concentrée dans deux villes : Toronto (en Ontario) et Montréal (au Québec).

⁵ Jusqu'en 2006, l'unité des ETS à l'IHE était hébergée à l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

⁶ Tous les gouvernements membres participants ont un siège au conseil d'administration de l'ACMETS. Le Québec n'est pas un membre fondateur de l'ACMETS et n'a pas de siège au conseil d'administration de l'ACMETS (ACMETS, 2011).

2.8 Réglementation

Alors que l'administration et la prestation de services de soins de santé publique relèvent d'abord de la compétence des gouvernements provinciaux, les ministères de la Santé délèguent la prestation des soins proprement dits aux médecins et aux organismes de soins de santé individuels. Les organismes et les établissements de santé, des hôpitaux indépendants et des établissements de soins de longue durée aux ASR, sont réglementés par les gouvernements provinciaux. Les ASR, en leur qualité d'autorités plutôt que de gouvernements, n'ont pas le pouvoir de légiférer. Par conséquent, les ASR exercent leurs activités dans le cadre de la loi et des règlements provinciaux. La couverture médicale et financière offerte aux employés selon la Commission des accidents du travail (CAT) provinciale ou territoriale est réglementée par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les organismes de la santé, y compris les ASR et les établissements de santé indépendants, sont accrédités sur une base volontaire par l'entremise d'Agrément Canada, une organisation non gouvernementale fondée sur les membres. La plupart des fournisseurs de soins de santé, dont les médecins, le personnel infirmier, les dentistes, les optométristes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, sont regroupés en professions autonomes dans le cadre de la loi provinciale ou territoriale.

2.8.1 Réglementation et gouvernance des tiers payeurs

Les ministères de la Santé des provinces et des territoires sont les principaux tiers payeurs au Canada. Tous ces gouvernements font l'administration de leur propre système d'assurance maladie à payeur unique en vertu de leurs lois et règlements (voir la section 9.3.2). Comme payeurs principaux, les ministères provinciaux et les ASR offrent leurs services par l'entremise de divers organismes de soins de santé indépendants, avec lesquels ils passent des contrats : les hôpitaux, les centres de chirurgie ambulatoire, les cliniques de diagnostic, les laboratoires médicaux, les entreprises de transport d'urgence et les cliniques de soins primaires. Bien que cet arrangement institutionnel ait des similitudes avec le marché interne au Royaume-Uni, on n'y retrouve pas les mêmes arrangements entre l'acheteur et le fournisseur que ceux du National Health Service (Boyle, 2011).

Dans les provinces qui sont actuellement régionalisées, les gouvernements provinciaux disposent de lois pour définir, dans des termes de très haut niveau portant sur l'orientation, la répartition de la responsabilité et de

la responsabilisation entre les ministères de la Santé respectifs et les ASR. Certaines ASR, telles que les réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario, doivent atteindre des cibles basées sur des mesures de performance. Cependant, ce sont les ministères de la Santé et les gouvernements provinciaux qui portent la responsabilité ultime envers leurs résidents de l'accès aux produits et aux services de soins de santé publique, ainsi qu'à la promptitude et à la qualité avec lesquels ils sont offerts.

Bien qu'il existe une telle relation de responsabilisation dans les trois territoires du Canada, ceux-ci sont constitutionnellement et financièrement dépendants du gouvernement fédéral. À ce titre, on leur a délégué la responsabilité et la responsabilisation de l'administration des services de soins de santé publique, de même que l'offre au premier dollar de la couverture des services hospitaliers et médicaux qui sont médicalement nécessaires. Cependant, étant donné que les territoires ne possèdent pas une assiette fiscale suffisante pour financer de tels services – et qu'il en coûte beaucoup plus pour offrir des services dans les régions du Nord à faible densité de population – les gouvernements territoriaux sont fortement tributaires des transferts de fonds fédéraux qui dépassent largement leur allocation par habitant en vertu du Transfert canadien en matière de santé (Young et Chatwood, 2011; Marchildon et Chatwood, 2012).

Comme il est noté précédemment, le gouvernement fédéral fournit certains services de santé non couverts par l'assurance maladie gouvernementale aux membres inscrits des communautés des Premières nations ainsi qu'aux Inuits admissibles. Au cours des dernières décennies, cette responsabilité a été transférée à un certain nombre de communautés autochtones au moyen d'ententes d'autonomie gouvernementale (Minore et Katt, 2007). Il faut souligner que la position du gouvernement du Canada concernant les programmes, les services et la couverture liés à la santé offerts aux Premières nations et aux Inuits sont fondés sur une politique nationale et non sur quelques obligations issues de traités ou constitutionnelles, une position qui est contestée par la majorité des gouvernements et des organisations des Premières nations et des Inuits.

Alors qu'il y a un marché actif pour les RAMP qui est complémentaire ou supplémentaire à l'assurance maladie, les RAMP pour les services couverts par l'assurance maladie sont interdits ou découragés par les lois provinciales et territoriales, les réglementations et les pratiques établies depuis longtemps en matière de politique (Flood et Archibald, 2001) (voir la section 3.6). Les gouvernements fédéral et provinciaux participent à la réglementation des

RAMP, dont la majorité sont des régimes d'assurance collectifs parrainés par les employeurs, dans lesquels les bénéficiaires individuels n'ont que peu ou pas leur mot à dire dans le choix de l'assureur (Hurley et Guindon, 2008; Gechert, 2010). Le gouvernement fédéral est responsable de réglementer la solvabilité des compagnies d'assurance, alors que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont chargés de réglementer les produits d'assurance proprement dits, y compris la conception et l'établissement du prix des programmes de couverture pour la santé ainsi que la vente et le service de consommation.

2.8.2 Réglementation et gouvernance des fournisseurs

Les fournisseurs peuvent être soit des organismes, tels que les ASR, les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée ou les cliniques médicales, ou des professionnels de la santé individuels. Historiquement, la grande majorité des hôpitaux au Canada étaient des institutions privées, généralement sans but lucratif, qui fonctionnaient de façon indépendante des gouvernements provinciaux, bien que les hôpitaux recevant des subventions pour les patients démunis aient accepté depuis longtemps un certain degré de réglementation et de supervision. Avec l'introduction de l'assurance-hospitalisation universelle dans l'ensemble du Canada, la relation entre les hôpitaux et les gouvernements provinciaux s'est beaucoup resserrée, de sorte que les hôpitaux sont devenus presque entièrement dépendants des fonds publics tandis que les gouvernements portent la responsabilité ultime de l'utilisation de ces fonds. Avec la régionalisation, les hôpitaux ont été entraînés dans une relation encore plus étroite avec les gouvernements provinciaux. De fait, dans plusieurs provinces, la majorité des hôpitaux appartiennent maintenant aux ASR et sont exploités par ceux-ci, et le reste des hôpitaux indépendants sont obligés par contrat de fournir des services de soins actifs aux résidents des ASR (Maddelena, 2006; Philippon et Braithwaite, 2008). Sauf pour l'Alberta et le Québec, l'accréditation demeure volontaire et non gouvernementale et est accordée dans toutes les provinces et tous les territoires par Agrément Canada (voir la section 2.3.4).

La réparation des préjudices à la suite de fautes professionnelles médicales et d'autres négligences basées sur le droit des délits (common law) se fait par le biais des tribunaux.⁷ Aussi bien les médecins (comme entrepreneurs indépendants plutôt que comme employés) que les organismes de santé (qui sont responsables de la qualité et de la sécurité des services effectués par leurs fournisseurs salariés) peuvent faire l'objet d'une poursuite. Cet état

⁷ Au contraire des autres provinces du Canada, le Québec utilise le droit civil plutôt que la common law, et les fautes professionnelles médicales sont régies par la disposition qui a trait à la responsabilité civile générale en vertu du *Code civil*.

de fait suscite par ailleurs un débat considérable sur les avantages de telles poursuites en justice par rapport à l'amélioration des normes et de la qualité des soins. Par surcroît, il existe des indices probants que les incitatifs créés par le système de délits privé peuvent potentiellement entraver la réforme des soins de santé, en particulier la mise en œuvre et le fonctionnement efficace des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires, en continuant à faire porter au médecin la responsabilité de toute allégation de faute professionnelle commise par un membre de l'équipe qui n'est pas un médecin (Mohr, 2000; Caulfield, 2004) (les mécanismes de plaintes de la part des patients sont décrits à la section 2.9.4).

Les jugements en dommages-intérêts, et par conséquent, les coûts d'assurance contre la faute professionnelle sont inférieurs au Canada par rapport à ceux des États-Unis pour de nombreuses raisons, y compris la pratique moins répandue de la facturation liée aux risques par les avocats, le montant moins important pour dommages-intérêts accordés par les tribunaux canadiens, où les juges plutôt que le jury évalue le montant des dommages, et la politique des organismes de médecins de contester les réclamations sans fondement plutôt que de « régler à l'amiable » (Mohr, 2000). Malheureusement, ces différences n'ont pas occasionné un environnement dans lequel les médecins canadiens sont plus enclins que leurs collègues américains à révéler les erreurs médicales aux patients (Levinson et Gallagher, 2007).

La faute professionnelle médicale n'a pas fait l'objet d'étude empirique majeure ou de réévaluation au Canada depuis l'étude Prichard commandée par les sous-ministres FPT de la Santé à la fin des années 1980 (Prichard, 1990). Malgré les problèmes sérieux associés au système de délits privé, le rapport Prichard a tout de même rejeté l'option d'une politique où les gouvernements utiliseraient un système de compensation sans égard à la responsabilité, et la faute professionnelle médicale reste donc en place dans chaque province et territoire.

Trois différentes approches sont prises par les provinces et les territoires concernant la réglementation des fournisseurs. La première approche, le permis d'exercice, accorde aux membres d'une profession (p. ex. les médecins et les IA) le droit exclusif de fournir un service particulier au public. La seconde, la certification, permet aux non-membres comme aux membres d'une profession (p. ex. les psychologues) d'offrir des services au public, mais il n'y a que les membres agréés qui peuvent utiliser le titre professionnel. La troisième approche, le système d'actes autorisés, réglemente certaines tâches ou activités.

Alors que l'approche pour une réglementation particulière peut varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre, on note une uniformité d'approche remarquable pour certaines professions, telles que les médecins, le personnel infirmier et les dentistes dans l'ensemble des provinces et des territoires. Par surcroît, on a déployé des efforts considérables pour aborder la question de la transférabilité des qualifications entre les provinces causé par le fait que chaque profession de santé agréée possède ses propres règles concernant l'inscription de ses membres à l'intérieur de la province ou du territoire. Les professions autoréglées doivent veiller à ce que leurs membres aient reçu l'éducation et la formation nécessaire et faire appliquer des normes minimales de qualité de soins.

Dans certaines provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick), les gouvernements ont établi des conseils de qualité des soins de santé pour travailler avec les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé afin d'améliorer les normes et les résultats de qualité, et de faire connaître ces résultats au public. Cependant, aucun de ces organismes n'a le mandat d'exécuter ou encore moins de réglementer les normes de qualité. Même si les soins interprofessionnels sont devenus un objectif souhaitable chez les gouvernements, les organismes de soins de santé et les groupes de fournisseurs, il reste un certain nombre d'obstacles à leur mise en œuvre, y compris la ségrégation dans l'éducation et la formation, de même que les arrangements institutionnels quant à la rémunération et à la faute professionnelle (Lahey & Currie, 2005; CCRPS, 2008).

2.8.3 Accréditation et planification des ressources humaines

En raison de la compétence provinciale concernant les ressources humaines en santé, il n'y a pas de système national unique d'accréditation et de planification des ressources humaines au Canada (Wranik, 2008). Le CRMCC, par exemple, n'est pas un organisme d'accréditation même s'il établit des normes pour la formation médicale des spécialistes au Canada et est responsable de la certification des spécialistes. Les médecins certifiés par le CRMCC n'ont pas besoin d'être inscrits en tant que membres du CRMCC. Même si le Conseil canadien de la santé effectue des analyses de haut niveau des ressources humaines en santé au plan pancanadien, ce sont les gouvernements PT qui portent la responsabilité ultime de la réglementation des professions et de la planification des ressources humaines.

Dans un effort d'encourager une collaboration accrue sur une base pancanadienne, la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé a créé en 2002 le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). En 2005, le CCPSSRH mettait sur pied un cadre avec les trois objectifs clés suivants, qui ont été approuvés par les ministres FPT de la Santé (CCPSSRH, 2007; Dumont et coll., 2008) :

- éviter les risques et la duplication associés à l'approche compétence par compétence de la planification des ressources humaines;
- surmonter les obstacles à l'implémentation d'une conception du système qui comprend la planification axée sur les besoins de la population;
- renforcer la capacité de planification de la main-d'œuvre de la santé.

En réaction aux préoccupations concernant la meilleure façon d'assurer l'autosuffisance de la main-d'œuvre de la santé à la suite de la perception et de la réalité des pénuries dans toutes les compétences, le CCPSSRH a également mené une étude sur les ressources humaines pour le compte des gouvernements FPT (CCPSSRH, 2009). Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucune évaluation majeure portant sur les changements provoqués par les initiatives du CCPSSRH.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a été l'un des gouvernements les plus actifs au Canada pour ce qui est d'utiliser la réglementation comme un outil dans la planification et les politiques des ressources humaines (O'Reilly, 2000). Cela comprend l'introduction d'une loi unique qui fournit un cadre de réglementation commun pour toutes les professions de la santé, ainsi que la mise sur pied d'un conseil permanent nommé Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS) dans les années 1990. Cette loi a pour objectifs, entre autres, de promouvoir une plus grande qualité des soins de santé, d'assurer un traitement équitable aux professionnels en définissant un seul ensemble de principes réglementaires, d'améliorer la responsabilisation des professions vis-à-vis des patients et d'offrir davantage de choix en facilitant l'accès à une gamme de fournisseurs. Dans son rapport de 2006, le CCRPS recommandait bon nombre de changements aux 21 ordres professionnels qui gouvernent 23 professions de la santé en vertu de la Loi sur les professions de la santé réglementées de l'Ontario pour faciliter une planification et une politique plus efficaces des ressources humaines. À titre d'exemple, le CCRPS a recommandé la création de nouveaux ordres professionnels indépendants avec pouvoirs d'autoréglementation pour les psychothérapeutes, les kinésiothérapeutes, les naturopathes et les homéopathes, et que les optométristes obtiennent le droit de prescrire des traitements pharmaceutiques (CCRPS, 2006).

2.8.4 Réglementation et gouvernance des produits de santé pharmaceutiques et naturels

Seuls les médecins ont l'autorisation légale de prescrire un grand nombre de thérapies pharmaceutiques. Cependant, ces dernières années, un certain nombre de gouvernements provinciaux ont modifié leurs lois et leurs réglementations afin de permettre à certains fournisseurs, y compris les infirmières praticiennes, les pharmaciens et les dentistes, d'obtenir une autorisation limitée leur permettant de prescrire des thérapies pharmaceutiques à l'intérieur de leur champ de pratique.

Par l'entremise de la Direction des produits thérapeutiques et de la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, Santé Canada se prononce sur l'approbation initiale et l'étiquetage de tous les médicaments sur ordonnance. En 2004, avec l'établissement de la Direction des produits de santé naturels, Santé Canada s'est engagé dans la réglementation des plantes médicinales traditionnelles, des vitamines, des suppléments minéraux et des préparations homéopathiques relativement à l'approbation et à l'étiquetage. Santé Canada interdit également la publicité directe auprès des consommateurs (PDAC) des médicaments sur ordonnance, un règlement contesté par l'un des plus importants réseaux de média du Canada parce qu'il serait contraire à la Charte canadienne des droits et libertés (Flood, 2010). Malgré cette interdiction, qui est actuellement en vigueur, bon nombre de Canadiens sont influencés par la PDAC à l'aide des réseaux de télévision par câble et par satellite provenant des États-Unis où la PDAC est autorisée. La publicité des médicaments sur ordonnance s'adressant aux professionnels de la santé est assujettie à la législation fédérale, de même qu'aux codes de déontologie et de publicité établis par les associations industrielles (Mintzes et coll., 2002; Paris et Docteur, 2006).

La Constitution confère au gouvernement fédéral une compétence exclusive sur le brevetage de nouvelles inventions, y compris les nouveaux médicaments sur ordonnance. Le Bureau des brevets fait partie de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada, un organisme de service spécial associé à Industrie Canada, un ministère fédéral. Vers la fin des années 1980 et le début des années 1990, le gouvernement fédéral a modifié son orientation stratégique en améliorant la protection sur les brevets de façon à rejoindre les normes de l'OCDE des 20 années précédentes et en abolissant l'homologation obligatoire, dans un effort visant à augmenter le niveau des investissements, de la recherche et du développement de l'industrie pharmaceutique internationale au Canada (Anis, 2000). En même temps, le gouvernement fédéral a mis sur pied le CEPMB dans le but de réglementer les prix départ usine des médicaments brevetés

(voir la section 2.3.2). Les gouvernements provinciaux et territoriaux emploient de nombreux outils réglementaires pour contenir le prix de leur régime d'assurance médicaments respectif, bien que ce dernier varie considérablement d'une compétence à l'autre. Ces outils réglementaires comprennent un prix de référence (remboursé sur la base du médicament le moins coûteux dans une catégorie thérapeutique donnée), l'homologation, l'achat en vrac, les appels d'offres et l'actualisation (Paris et Docteur, 2006; Grootendorst et Hollis, 2011).

2.8.5 Réglementation des appareils médicaux et d'assistance

Le gouvernement fédéral réglemente les appareils médicaux par l'entremise du Programme des matériels médicaux de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada. Les appareils médicaux de diagnostic et thérapeutiques appartiennent à l'une des quatre classes énumérées dans le *Règlement sur les Instruments médicaux* de la *Loi sur les aliments et drogues* fédérale (voir le tableau 2.4). Le Programme des matériels médicaux évalue la sécurité, l'efficacité et la qualité des appareils médicaux au moyen d'une combinaison d'une revue prévente, d'une surveillance après l'approbation et de systèmes de qualité dans le processus de fabrication (Santé Canada, 2007).

Le Canada est aussi un participant actif dans le forum international des autorités chargées de réglementer les matériels médicaux, qui s'efforce d'harmoniser la réglementation des appareils médicaux dans tous les pays participants. Santé Canada participe aussi à deux initiatives d'harmonisation bilatérales, l'une avec la Food and Drug Administration des États-Unis pour élaborer, gérer et surveiller un nouveau processus selon lequel une seule vérification réglementaire sera suffisante pour satisfaire aux exigences de multiples compétences réglementaires, et l'autre avec la Therapeutic Goods Administration en Australie pour mutuellement reconnaître la certification des systèmes de gestion de la qualité pour les fabricants de dispositifs médicaux (Santé Canada, 2007).

Tableau 2.4

La classification des dispositifs médicaux de Santé Canada en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*

Classe	Niveau de risque	Exemples	Exigences d'homologation
I	Minimal	Instruments chirurgicaux réutilisables, bandages, milieu de culture de laboratoire	Homologation du dispositif non requise, mais l'établissement où le dispositif est fabriqué ou distribué doit être homologué
II	Faible	Lentilles cornéennes, trousse de test de grossesse, endoscopes, cathéters	Les fabricants doivent avoir une homologation de Santé Canada avant de vendre ou de faire la publicité de dispositifs médicaux. Les fabricants doivent également renouveler leur homologation annuellement
III	Moyen	Prothèses orthopédiques, glucomètres, prothèses dentaires, appareils d'hémodialyse	
IV	Élevé	Stimulateurs cardiaques, cathéters angiographiques, shunts crâniens	

Source : Santé Canada (2007).

2.8.6 Réglementation de l'investissement en capital

Au contraire de la régulation sur les appareils médicaux, l'investissement en capital dans les soins de santé est régi à l'échelle provinciale. Dans la plupart des cas, il n'existe ni lois, ni règlements formels. Les gouvernements PT choisissent plutôt les projets d'investissement au moyen du processus budgétaire sur une base annuelle. De la même manière, les ASR prennent aussi des décisions fondées sur leur propre budget annuel, même si ce sont les ministères PT de la Santé qui déterminent les investissements majeurs de capitaux tels que la construction d'un nouvel hôpital. Les hôpitaux indépendants prennent leurs propres décisions d'investissements, mais ceux qui ont des contrats avec les ASR travaillent de concert avec eux pour toute expansion majeure du capital. Les organismes de soins de santé privés qui offrent des services non médicaux, tels que les soins de longue durée, la réadaptation, les soins dentaires et les soins de la vue, sont généralement libres de décider eux-mêmes de leurs dépenses en capital sans supervision réglementaire.

Dans les années 1990, certains gouvernements provinciaux, tels que l'Alberta et la Saskatchewan, ont adopté des lois pour réglementer la création et l'expansion des établissements privés offrant des services de soins actifs, y compris les cliniques de chirurgie (McIntosh et Ducie, 2009). Malgré la croissance rapide des cliniques de chirurgie privées, la plupart des gouvernements provinciaux ont été lents à introduire une réglementation et une surveillance complètes qui les visaient (Lett, 2008; Glauser, 2011).

2.9 Autonomisation du patient

2.9.1 Renseignements du patient

La plupart des patients au Canada se fient énormément aux renseignements donnés par leurs fournisseurs de soins de santé, surtout s'il s'agit de leur médecin de famille ou d'un spécialiste auquel on les a référés. Ces renseignements et conseils sont complétés par l'information fournie par les organismes de soins de santé, y compris les hôpitaux, les ASR et les programmes à l'échelle de la province, en particulier pour la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer. Dans le cas du cancer, presque toutes les provinces ont des programmes de navigation pour les patients. Dans certaines provinces, telles que la Nouvelle-Écosse et le Québec, des navigateurs de soins de santé en oncologie, dont la plupart sont des infirmières, doivent avoir un minimum d'expérience afin d'obtenir une certification (Wackinshaw, 2011; Pederson et Hack, 2011).

Le Conseil canadien sur l'apprentissage définit la littératie en santé comme étant la capacité de trouver, de comprendre et d'utiliser l'information en santé. D'après Simach (2009), la littératie en santé est un indicateur important de l'état de santé. Selon une Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes menée auprès de 23 000 Canadiens au moyen de l'échelle de littératie des activités de santé, qui évalue la littératie en matière de promotion et protection de la santé, de prévention des maladies, de maintenance des soins de santé et de navigation dans le système, environ 60 % des Canadiens ne possèdent pas la capacité de trouver, de comprendre et d'utiliser l'information et les services liés à la santé afin de prendre les décisions adéquates pour leur santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007). Les immigrants, particulièrement ceux qui viennent de pays où la culture et le système de santé sont très différents de ce qu'on trouve au Canada, de même que les immigrants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, ont un degré de littératie en santé encore plus faible que la moyenne du Canada, elle-même déjà peu élevée (Ng et Omariba, 2010).

Il existe une quantité modeste de renseignements accessibles sur la qualité des services de santé au Canada. Depuis sa création en 2003, le Conseil canadien de la santé (CCS) a produit un bon nombre de rapports, de vidéos, de balados et de bulletins électroniques qui s'adressent au public général. Le CCS se concentre également sur les sujets de préoccupation des patients et l'engagement des citoyens, y compris la participation des Canadiens à leurs propres soins de santé primaire (CCS, 2011b). Bien que les conseils de la qualité de la santé aient d'abord été établis pour prodiguer aux ministères

de la Santé et aux ASR des conseils systématiques pour améliorer la qualité, ils ont également servi à informer le public sur des aspects clés des soins de santé. Ces dernières années, les ministères, conseils de la qualité et autres organismes provinciaux ont fourni au public davantage de renseignements sur les questions qui présentent un grand intérêt pour le public comme les délais d'attente pour les opérations chirurgicales et les fiches de rendement des hôpitaux. Historiquement, les Canadiens n'ont reçu que peu d'information sur les erreurs médicales et les incidents critiques; cependant, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a dirigé une initiative importante afin de produire des lignes directrices pour la divulgation des erreurs médicales, dont une version révisée a été publiée en 2011 (ICSP, 2008, 2011), alors que d'autres chercheurs associés à des organismes de la santé importants du Canada ont suggéré des lignes directrices qui s'appliqueraient lorsqu'une erreur donnée affecte de nombreux patients (Chafe, Levinson et Sullivan, 2009).

Plusieurs gouvernements provinciaux ont formulé des énoncés généraux et publié des brochures sur les prestations pour soins de santé publique auxquelles les résidents ont droit. Ces énoncés sont généralement disponibles sur les sites Web des ministères de la Santé. De la même manière, le gouvernement fédéral se sert des sites Web de ses ministères pour donner des renseignements concernant les prestations de maladie fournies (par exemple) aux Premières nations, aux Inuits et aux vétérans admissibles.

2.9.2 Choix du patient

À l'intérieur des limites imposées par la distance géographique et l'isolation, les résidents des provinces et des territoires sont libres de choisir le médecin, l'hôpital et l'établissement de soins de longue durée qu'ils préfèrent. Même les résidents qui vivent dans la région couverte par un ASR donné peuvent recevoir leurs soins dans l'établissement d'un autre ASR dans la même province. Cependant, à moins d'une urgence, ils ne peuvent pas obtenir de services couverts par l'assurance maladie dans une autre province ou un autre pays sans d'abord avoir obtenu une recommandation d'une autorité admissible dans leur propre province.

Dans les 15 dernières années, le choix d'un fournisseur de soins primaire par le patient a été restreint par le nombre de médecins de famille qu'on trouve dans certains endroits, de même que le choix de certains médecins de limiter leur clientèle à des patients dont les soins exigent potentiellement moins d'efforts (Asanin et Wilson, 2008; Reid et coll., 2009). Puisque les médecins de famille font office de contrôleurs dans la plupart des provinces, on empêche

ou décourage les patients de communiquer directement avec les médecins consultants. Cependant, au moment de la recommandation, les Canadiens ont le choix de leur spécialiste.

2.9.3 Droits du patient

Deux rapports de commissions d'enquête parlementaires, l'une en 1964 et l'autre en 2002, ont recommandé la mise sur pied d'une Charte des droits du patient pancanadienne (Canada, 1964; Romanow, 2002). Malgré cela, il n'existe pas de Charte nationale des droits du patient au Canada. De plus, aucune province et aucun territoire n'a institué de charte des droits du patient ou toute autre loi définissant les droits précis du patient (Smith, 2002).

Le mouvement sur les droits du patient est relativement sous-développé au Canada, au moins quand on le compare à des mouvements similaires aux États-Unis et à l'Europe de l'Ouest. Alors qu'il y a des organismes (p. ex. la Société canadienne du Cancer et l'Association canadienne pour la santé mentale) qui défendent les droits des patients atteints de maladies particulières, il n'y a que quelques groupes indépendants axés sur les droits du patient, et ils ont tendance à être très faibles en comparaison avec les organismes axés sur les maladies (Golding, 2005). S'il est vrai que certains organismes à vocation plus générale tels que l'Association des consommateurs du Canada et l'Association canadienne des individus retraités ont un certain engagement à la défense des droits du patient, ces efforts demeurent limités par rapport aux organismes indépendants axés sur les droits du patient dans d'autres pays.

Historiquement, les droits individuels du patient au Canada ont surtout été définis en termes d'un « droit » apparent à l'accès à des services couverts par l'assurance maladie universelle en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis l'introduction de la Charte canadienne des droits et libertés en 1982, il y a eu un petit nombre de cas où les patients ont contesté l'interprétation des gouvernements provinciaux en rapport avec la liste de services compris dans l'ensemble des services de santé universels. De plus, la question a été soulevée à savoir si la section 7, le « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » de la Charte canadienne des droits et libertés comprend un droit à l'accès aux soins de santé dans un délai raisonnable (Greschner, 2004; Jackman, 2004). Jusqu'à maintenant, la Cour suprême du Canada n'a pas inclus un tel droit dans son interprétation de la section 7 (Flood, Roach et Sossin, 2005; Flood, 2007). De fait, alors qu'il apparaît que la Cour suprême est préoccupée par les restrictions provinciales sur l'assurance privée des services d'assurance maladie gouvernementaux et qu'elle est prête à accroître le droit aux services de santé

privés comme il a été démontré dans la décision de Chaoulli de 2005, elle ne s'est pas encore avancée à utiliser la Charte pour élargir ou rehausser les droits actuels aux services d'assurance maladie financés par l'État (Cousin, 2009).

Tous les gouvernements FPT ont des lois générales qui assurent aux résidents handicapés l'accès aux établissements publics ou qui desservent le grand public. Puisque la presque tous les établissements de soins de santé sont inclus dans cette définition, les personnes handicapées sont assurées de l'accès physique aux services de santé.

2.9.4 Mécanisme de plaintes (médiation, réclamations)

Historiquement, les préoccupations concernant les soins de santé publique étaient acheminées soit aux ministères de la Santé des provinces et des territoires et à leurs ministres, ou aux membres des partis de l'opposition, qui interrogeraient ensuite le parti au pouvoir par l'entremise des médias ou à l'assemblée législative. Il est probable que seule une infime minorité des patients ont utilisé cette procédure hautement politisée et des pressions ont été exercées sur les gouvernements pour mettre en place des procédures moins compliquées pour les plaintes. Par conséquent, quelques ministères de la Santé des provinces et des territoires (par l'entremise de bureaux d'ombudsman externes ou d'un bureau du ministère), de même que des ASR et des hôpitaux, ont établi des mécanismes internes de plaintes, bien que le remède principal demeure privé, au moyen de plaintes à des autorités réglementaires de professionnels privées à l'échelle provinciale et territoriale du gouvernement. Ces plaintes peuvent aller des préoccupations au sujet de comportement au chevet qui laisse à désirer de la part de certains professionnels de la santé à une extrémité du spectre, à des allégations d'erreurs médicales qui mettent la vie en danger (pour une discussion sur la possibilité d'obtenir réparation par le système de délits, voir la section 2.8.2).

2.9.5 Participation du public, satisfaction du patient et soins axés sur le patient

Autrement que par la participation générale au système politique, il y a peu d'instruments officiels que le public peut directement utiliser pour participer à la prise de décision portant sur les systèmes de santé. Lorsque la régionalisation a été introduite au Canada, l'un des objectifs énoncés était d'accroître la participation du public au moyen des conseils élus des ASR. Pour la majeure partie, cet objectif n'a pas été mis en œuvre ou bien, dans les quelques compétences où il l'a été, il a fait l'objet de modifications subséquentes

(Lewis et Kouri, 2004; Chessie, 2009). Aujourd'hui, la majorité des membres de conseils d'ASR sont nommés par les ministres ou les ministères de la Santé des provinces et la participation est en grande partie réservée aux groupes consultatifs de citoyens autodésignés ou nommés (Chessie, 2010).

Selon les résultats d'enquêtes du Fonds du Commonwealth auprès de tous les patients (CCS, 2010b) et des patients plus malades (Schoen et coll., 2011) dans 11 pays à revenu élevé, les Canadiens ont exprimé une forte insatisfaction à l'égard de nombreux aspects de l'accès aux fournisseurs et de la qualité des services qu'ils reçoivent (voir le tableau 2.5). Dans l'enquête plus générale de 2010, les résultats concernant l'accès des Canadiens à un médecin ou à une infirmière, le délai d'attente pour les opérations chirurgicales non urgentes et la possibilité de consulter un spécialiste étaient parmi les pires, et le taux de dépendance aux services d'urgence pour les soins était le plus élevé (Osborn et Squires, 2010). Par conséquent, 61 % des patients questionnés pensaient qu'il y avait lieu d'apporter des changements fondamentaux au système de santé canadien ou de le rebâtir complètement, un pourcentage inférieur à celui de l'Australie (75 %) et des États-Unis (68 %) mais supérieur à la France (58 %) et au Royaume-Uni (37 %). Cependant, l'enquête de 2011 pour les patients plus malades a révélé des résultats supérieurs à la moyenne concernant la coordination dans le système de santé et la prise de décision de concert avec les médecins spécialistes.

Tableau 2.5

Enquête auprès des adultes plus malades sur l'accès, la coordination et l'expérience axée sur le patient, 2011 (% des patients)

	Accès au médecin ou à l'infirmière lorsque malade ou requérant des soins								
	Consultation le jour même ou le jour suivant	Délai de six jours ou plus	Difficulté d'obtenir des soins en dehors des heures régulières sans aller au SU	Utilisation du SU dans les deux dernières années	Délai inférieur à un mois pour voir un spécialiste	A fait face à des lacunes de coordination dans les deux dernières années	A fait face à des lacunes relatives aux congés d'hôpital ou chirurgicaux dans les deux dernières années	Toute erreur médicale, de médicaments ou de laboratoire dans les deux dernières années	Prise de décision partagée avec le spécialiste
Australie	63	10	56	48	59	36	55	19	64
Canada	51	23	63	58	52	40	50	21	61
France	75	8	55	33	67	53	73	13	37
Suède	50	22	52	50	63	39	67	20	48
Royaume-Uni	79	2	21	40	80	20	26	8	79
États-Unis	59	16	55	49	88	42	29	22	67

Source : Tiré de Schoen et coll. (2011).
Note : SU : Service d'urgence.

Depuis 2008, quelques ministres provinciaux de la Santé ont lancé des initiatives de soins axés sur le patient. En Saskatchewan, par exemple, un comité consultatif ministériel dont les membres sont nommés à l'extérieur, connu sous le nom de Patient First Review, a consulté des patients et des soignants et examiné les processus de soins existants avant de faire une série de recommandations sur des changements (Dagnone, 2009). En Ontario, le gouvernement provincial a adopté une loi intitulée « *Loi sur l'excellence des soins pour tous* » qui décrète que les hôpitaux doivent consulter les patients et leurs soignants sur leur niveau de satisfaction avec les services, et exige que les organismes de soins de santé élaborent une déclaration de valeurs basées sur l'avis du public.

2.9.6 Patients and cross-border health

En vertu de la disposition sur la transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus de fournir une couverture pour les services hospitaliers et médicaux assurés à leurs résidents lorsqu'ils visitent d'autres provinces ou territoires, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada. À l'intérieur du Canada, la section 11 de la Loi énonce que les résidents qui visitent d'autres provinces ou territoires doivent être remboursés au tarif approuvé par le régime PT où les services sont dispensés à moins qu'il n'existe une entente entre les PT pour procéder autrement. À l'extérieur du Canada, les régimes PT doivent rembourser le montant qui aurait été payé dans la province ou le territoire de résidence.

Les provinces et les territoires ont le droit d'exiger que les patients obtiennent une autorisation de leur province ou territoire de résidence avant de subir des services d'assurance maladie non urgents dans une autre province ou territoire. À l'intérieur du Canada, les dispositions de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé* sont mises en œuvre au moyen d'une série d'ententes bilatérales de facturation entre les provinces et territoires pour les services hospitaliers et médicaux. Toutes les provinces et tous les territoires participent à la facturation réciproque pour les hôpitaux et tous, à l'exception du Québec, participent aux ententes médicales réciproques. Jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral a choisi de ne pas soulever cette violation des conditions de transférabilité (Flood & Choudhry, 2004).

3. Financement

Le secteur public est responsable de près de 70 % des dépenses de santé totales au Canada. Après une période de restriction des dépenses allant du début jusqu'au milieu des années 1990, les dépenses du gouvernement ont augmenté rapidement, affichant un taux de croissance qui n'a été surpassé que par celui des dépenses privées de santé. Le fait que les dépenses de santé ont pris de l'ampleur plus rapidement que la croissance de l'économie ou des recettes publiques a soulevé des préoccupations quant à la viabilité budgétaire des soins de santé publique. Contrairement à la croyance populaire, le vieillissement démographique n'a pas été, enfin pas encore, un facteur majeur dans les coûts du système de santé canadien, du moins pas encore. Au cours des deux dernières décennies, les médicaments sur ordonnance ont été un générateur de coûts majeur, mais depuis cinq ans, cette croissance est maintenant égale par les dépenses pour les hôpitaux et surpassée par celles liées aux médecins. Dans le cas des médecins, l'augmentation de la rémunération est un générateur de coûts principal, et dans le cas des hôpitaux, la cause est une combinaison de l'accroissement de l'embauche et de hausses salariales du personnel existant (ICIS, 2011b).

La presque totalité des fonds pour les dépenses de santé publique provient des recettes fiscales générales des gouvernements FPT, dont une partie considérable est destinée à l'assurance maladie universelle – des services hospitaliers et médicaux qui sont nécessaires du point de vue médical et gratuits au point de service. Le montant restant est utilisé pour subventionner d'autres types de soins de santé, y compris les soins de longue durée et les médicaments sur ordonnance. Alors que les provinces perçoivent la majorité de leurs fonds à partir de leurs propres sources de revenus, elles reçoivent également moins d'un quart du financement de leur système de santé par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, un transfert de fonds annuel provenant du gouvernement fédéral. Du côté du secteur privé, les paiements déboursés

par les patients (DPP) et les RAMP constituent la majorité des revenus de la santé. La vaste majorité des RAMP consistent en une assurance obligatoire liée à l'emploi pour des biens et des services non couverts par l'assurance-maladie gouvernementale comme les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue. Les RAMP n'entrent pas en compétition avec les systèmes d'assurance maladie « à payeur unique » des provinces et des territoires.

3.1 Dépenses de santé

Sur un total de dépenses liées à la santé de 200 milliards de dollars canadiens en 2011, presque 43 % de cette somme était consacrée aux hôpitaux et aux services médicaux. S'ils sont médicalement nécessaires, ces services sont définis comme des « services assurés » en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Presque 30 % était engagé dans des services de soins de santé privés, dont une grande proportion allait aux soins dentaires et aux soins de la vue, de même qu'aux médicaments en vente libre et aux médicaments sur ordonnance payés par le privé. Un autre 23,5 % était dépensé par les gouvernements sur l'infrastructure de la santé et sur les services non assurés, mais subventionnés ou financés par l'État. Enfin, 3,5 % était consacré aux services fédéraux directs, y compris les indemnités pour les populations particulières telles que les Premières nations vivant sur les réserves et les Inuits qui résident dans les régions nordiques visées par une revendication territoriale, ainsi que la recherche en santé et la réglementation en matière de médicaments (ICIS, 2010b).

Tableau 3.1

Tendances dans les dépenses de santé au Canada, 1995–2010 (années sélectionnées)

	1995	2000	2005	2010
DTS en termes de PPA en \$US par habitant	2 054,1	2 518,9	3 441,9	4 478,2
DTS en % du PIB	9,0	8,8	9,8	11,3
Dépenses de santé publiques en % du PIB	6,4	6,2	6,9	8,0
Dépenses de santé publiques en % des DTS	71,2	70,4	70,2	70,5
Dépenses de santé privées en % des DTS	28,8	29,6	29,8	29,5
Dépenses de santé privées en % du total des dépenses gouvernementales	40,4	42,1	42,4	41,9
Paiements DPP en % des DTS	15,9	15,9	14,6	14,7
Paiements DPP en % des dépenses de santé privées	55,2	53,7	49,1	49,7
RAMP en % des DTS	10,3	11,5	12,6	12,8
RAMP en % des dépenses de santé privées	35,8	38,8	42,3	43,3

Source : Calculs basés sur l'OCDE (2011a).

Note : DTS, dépenses totales de santé ; DPP, déboursés par les patients ; RAMP, régime d'assurance-maladie privé.

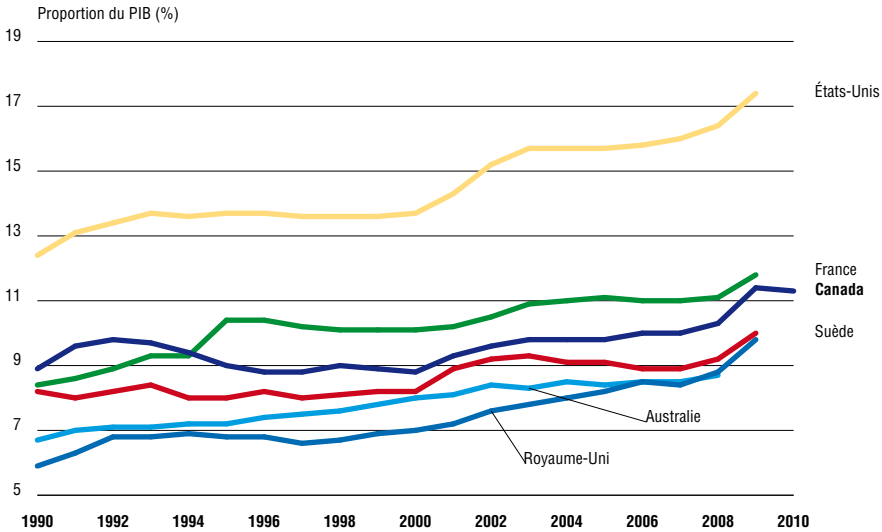
Comme illustré dans le tableau 3.1, le Canada a connu une croissance rapide des DTS dans les dernières années, qu'elle soit mesurée par les augmentations par habitant ou en pourcentage de la croissance économique. Vers la fin des années 1970 et le début des années 1980, la croissance annuelle réelle des DTS a atteint un sommet qui a été suivi d'un déclin vertigineux entre le début et le milieu des années 1990 pour ensuite recommencer à augmenter à la fin du 20^e siècle. Du début des années 1990 jusqu'en 1997, la croissance des dépenses de santé, particulièrement celle du secteur public, était substantiellement inférieure à la croissance du PIB en raison des contraintes budgétaires majeures imposées par les ministères de la Santé des provinces, ce qui a produit un déclin réel (en dollars constants) des dépenses liées aux soins de santé publique (Tuohy, 2002). Tout au cours de cette période de compressions publiques, la croissance des dépenses en santé dans le secteur privé surpassait les dépenses de santé publique. À la fin des années 1990, les gouvernements provinciaux avaient augmenté leurs dépenses de santé. En 2000, le gouvernement fédéral avait commencé à augmenter les transferts de fonds aux provinces, une tendance qui a culminé en 2004 avec l'application automatique d'un taux d'augmentation annuelle de 6 % pour les dix années suivantes (ICSP, 2004).

Bien que les dépenses à la fois publiques et privées par habitant aient augmenté depuis 1995, celles du secteur privé de la santé ont connu une croissance plus rapide que les dépenses du gouvernement. Cela résulte en partie des développements technologiques qui ont permis de convertir des services entièrement couverts pour patients internes en services externes assortis d'une couverture publique moins complète. La proportion de dépenses de santé privées au Canada, qui sont en partie le fruit de l'absence presque totale de couverture publique pour les soins dentaires et les soins de la vue, est élevée par rapport à la norme qu'on trouve chez les autres pays membres de l'OCDE (ICIS 2011a).

Comme on peut le voir dans les figures 3.1 et 3.2, l'expérience du Canada relativement à l'augmentation des dépenses de santé en proportion de l'économie est semblable à celle des autres pays de l'OCDE. La seule exception est les États-Unis, qui dépensent notablement plus en proportion de leur économie.

Fig. 3.1

Tendances des dépenses totales de santé en proportion du PIB au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010

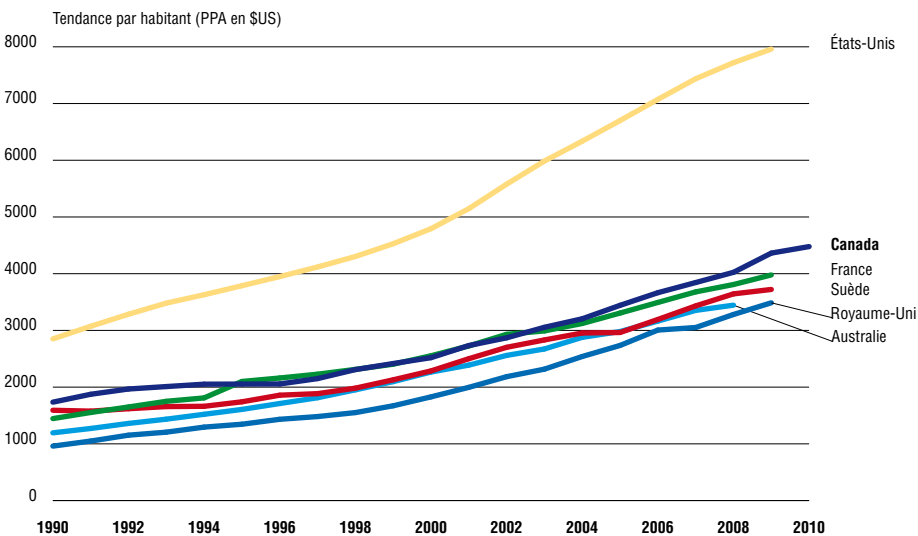


Source : OCDE (2011).

Note : Les données de 2010 étaient disponibles pour le Canada seulement, et non pour les autres pays.

Fig. 3.2

Tendances des dépenses totales de santé par habitant (PPA en \$US) au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010



Source : OECD (2011).

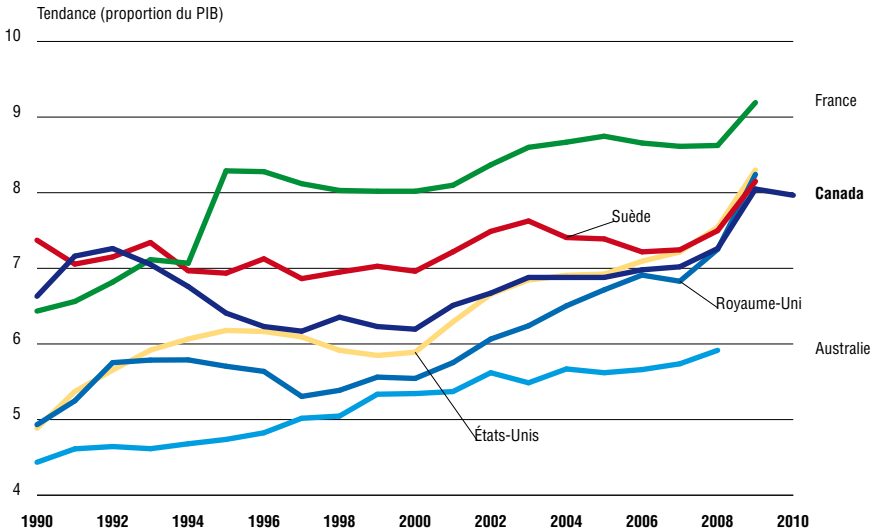
Note : Les données de 2010 étaient disponibles pour le Canada seulement, et non pour les autres pays.

Entre le début et le milieu des années 1990, les gouvernements canadiens ont réussi à contenir les dépenses de santé en dessous du taux de croissance économique dans une plus grande mesure que la plupart des autres pays de l'OCDE. Ces résultats découlent directement d'une politique fiscale agressive de la part des gouvernements provinciaux visant à éliminer leur déficit budgétaire et à réduire le fardeau de la dette qui s'était accumulé au cours des deux dernières décennies. Étant donné que la santé constitue la catégorie de dépenses la plus importante des budgets provinciaux, ces gouvernements ont imposé un plafond aux dépenses et les ont même réduites dans la première moitié des années 1990. Cela a été suivi par une réduction majeure des transferts de fonds du gouvernement fédéral aux provinces, des fonds qui étaient traditionnellement réservés en grande partie aux soins de santé (Tuohy, 2002).

Depuis le milieu des années 1990, principalement en réaction à la perception du public que le régime d'assurance maladie se détériorait, les gouvernements des provinces et des territoires ont augmenté leurs dépenses respectives dans le domaine des soins de santé. Les figures 3.3 et 3.4 comparent le Canada avec les autres pays de l'OCDE d'après le degré d'augmentation des dépenses de santé du secteur public depuis 1990. Alors que les six pays ont connu une croissance considérable des dépenses de santé dans le secteur public au cours des 20 dernières années, qu'elle soit mesurée en proportion de l'économie ou par habitant, cette dernière mesure démontre le degré de similitude entre l'expérience canadienne sur le plan des dépenses publiques et celles de la France, de la Suède et du Royaume-Uni, presque identiques au Canada.

Fig. 3.3

Tendances des dépenses de santé publique en proportion du PIB au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010

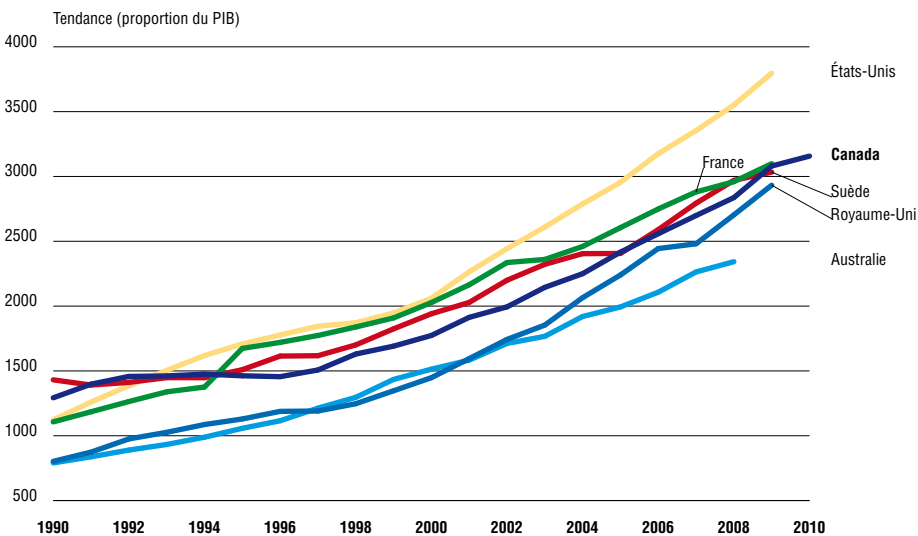


Source : OCDE (2011).

Note : Les données de 2010 étaient disponibles pour le Canada seulement, et non pour les autres pays.

Fig. 3.4

Tendances des dépenses de santé publique par habitant (PPA en \$US) au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010



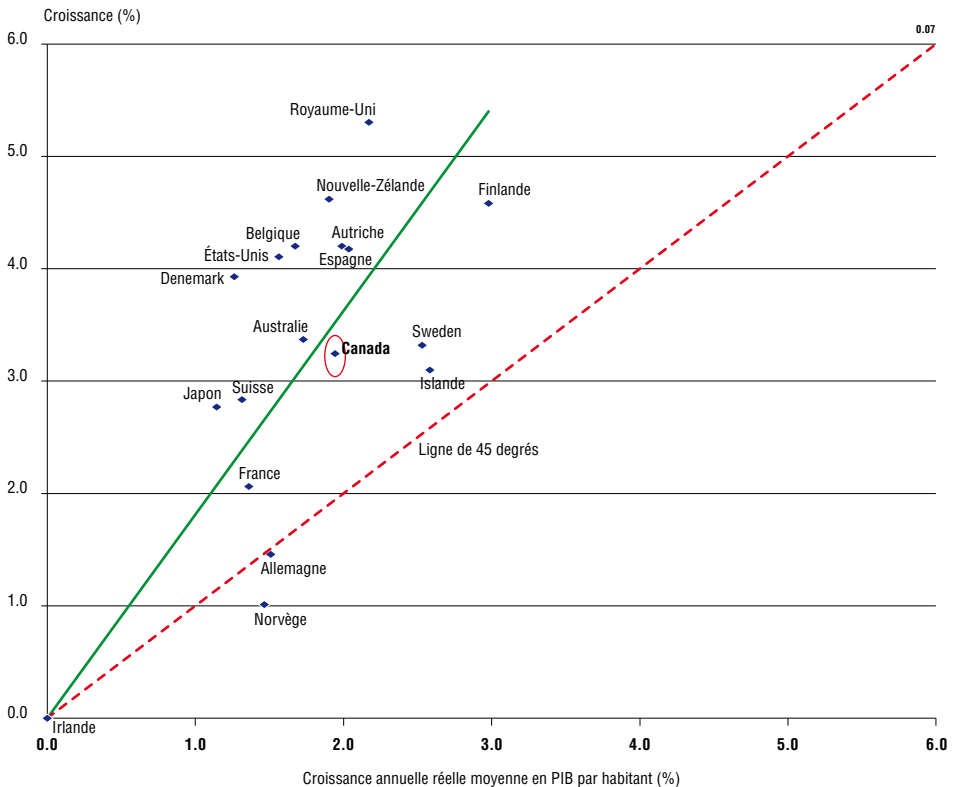
Source : OCDE (2011).

Note : Les données de 2010 étaient disponibles pour le Canada seulement, et non pour les autres pays.

Pour mieux comprendre le lien entre la croissance économique et les dépenses de santé, il est utile de comparer l'expérience canadienne avec celle de tous les pays à revenu élevé de l'OCDE pour lesquels des données comparables sont disponibles. Comme illustré à la figure 3.5, les dépenses totales de santé ont surpassé la croissance économique (pays situés au-dessus de la ligne de 45 degrés) dans presque tous ces pays entre 1998 et 2008. Dans l'ensemble, cette relation confirme le fait que les soins de santé sont, dans une large mesure, ce que les économistes appellent un bien supérieur. À mesure que le revenu national augmente dans le temps, les gouvernements ont tendance à progressivement dépenser une plus grande partie de ces augmentations en soins de santé par rapport aux autres biens et services. Cette observation coïncide avec une série d'études empiriques menées par Gerdtham & Jönsson (2000) qui ont constaté qu'un revenu supérieur était le facteur le plus important pour déterminer le niveau de dépenses de santé dans les pays dont les revenus sont les plus élevés.

Fig. 3.5

Croissance moyenne des dépenses de santé gouvernementales par habitant et PIB par habitant, 1998–2008



Source : ICIS (2011b).

Afin de comprendre les générateurs sous-jacents de coûts de la santé, il est essentiel de diviser les dépenses de santé par programme de service ou fonction, et d'examiner ensuite les répercussions de l'inflation spécifique au domaine de la santé, de l'utilisation accrue et du vieillissement. À partir des années 1980 jusqu'au milieu des années 2000, les médicaments sur ordonnance constituaient la catégorie de dépenses de santé connaissant la croissance la plus rapide, et la plus grande partie de cette croissance était causée par la combinaison d'une utilisation accrue, de l'introduction de nouvelles pharmacothérapies et de prix majorés. À cet égard, le prix des médicaments génériques au Canada se situe parmi les plus élevés au monde (ce qui est peut-être une conséquence de l'absence de réglementation des prix génériques à l'échelle nationale). En revanche, les prix départ usine des médicaments de marque sont réglementés par le CEPMB alors que l'ACMTS fournit aux gouvernements provinciaux un processus centralisé d'évaluation et d'examen des nouveaux médicaments sur ordonnance (Romanow, 2002; McMahan, Morgan et Mitton, 2006).

Depuis 2005, on assiste à une accélération des dépenses liées aux médecins causée davantage par la hausse de la rémunération que par le volume. Les dépenses d'hôpitaux ont aussi augmenté rapidement, principalement en raison de l'augmentation du niveau de dotation et de la rémunération, ainsi que de l'utilisation accrue des technologies avancées, y compris les diagnostics de pointe. À l'inverse, la croissance des dépenses liées aux médicaments sur ordonnance des dernières années a été occasionnée en grande partie par une plus grande utilisation plutôt qu'une hausse des prix, en raison de l'expiration des brevets ainsi que d'un ralentissement du taux de nouveaux médicaments qui sont lancés sur le marché par rapport aux périodes précédentes (ICIS, 2011b).

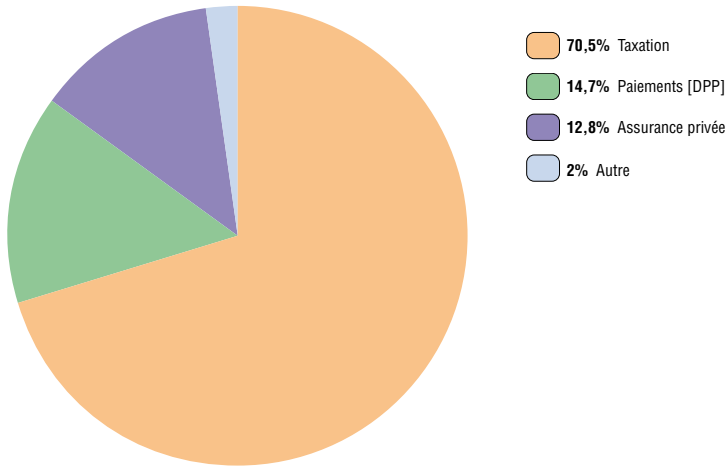
3.2 Sources de revenu et flux financiers

La principale source de financement du système de santé est la taxation par les gouvernements FPT (voir la figure 3.6). Puisque les services de l'assurance-maladie ne comportent pas de frais à l'endroit où ils sont dispensés, ils sont entièrement financés par les revenus gouvernementaux, principalement à l'échelle provinciale. Les sources de financement des autres produits et services de santé proviennent d'une combinaison de la taxation, des paiements déboursés par les patients DPP et des RAMP. La grande majorité des RAMP se présente sous forme d'assurance liée à l'emploi à laquelle les employés sont obligés de souscrire, car elle fait partie d'un programme de rémunération et d'avantages sociaux. L'assurance sociale constitue la plus petite portion du financement en

santé et est surtout utilisée pour les indemnités de maladie liées aux blessures ou aux malaises en milieu de travail offertes en vertu des régimes d'indemnisation des accidents du travail dans les provinces et les territoires (voir la section 3.3.2).

Fig. 3.6

Pourcentage des dépenses totales en santé par source de revenu, 2010



Source : OECD (2011a).

Comme on peut le voir au tableau 3.2, qui montre les changements au fil du temps, la proportion de revenus provenant des quatre sources principales n'a changé que légèrement entre 1995 et 2009. La taxation générale tend à soutenir bien plus des deux tiers du financement total de la santé. Les RAMP ont connu une croissance plus rapide que les paiements DPP, en partie à cause de la place centrale occupée de façon continue par les RAMP comme composante des programmes d'avantages sociaux aux employés dans les milieux de travail professionnels et syndiqués.

Tableau 3.2

Sources de revenus en pourcentage des dépenses totales en santé, 1995–2010
(années sélectionnées)

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taxation générale	71,2	70,4	70,2	69,8	70,2	70,5	70,6	70,5
DPP	15,9	15,9	14,6	15,0	14,7	14,6	14,6	14,7
RAMP	10,3	11,5	12,6	12,4	12,6	12,7	12,7	12,8
Fonds d'assurance sociale	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3

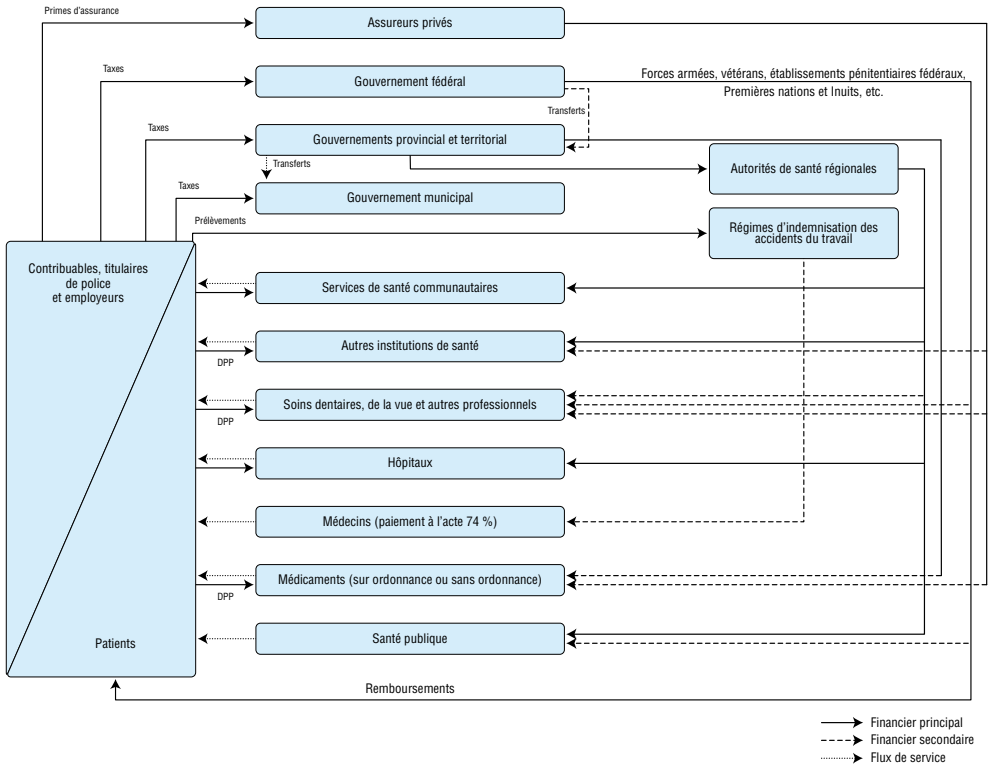
Source : OECD (2011a).

3.3 Aperçu du système de financement législatif

Il existe deux échelles de financement ou de couverture prévus par la loi ou obligatoires pour les services de santé. À l'échelle fédérale, *la Loi canadienne sur la santé* stipule que la couverture universelle des services assurés administrée à l'échelle provinciale et territoriale constitue une condition pour l'envoi de transferts de fonds afin de soutenir les régimes publics d'assurance. À l'échelle provinciale et territoriale, il existe des lois distinctes qui énoncent le droit à l'accès aux services d'assurance-maladie pour les résidents, selon les mêmes modalités (fig. 3.7) (voir la section 9.3.2).

Fig. 3.7

Composition des flux financiers dans le système de santé canadien



Alors que les provinces ont la responsabilité directe de recueillir la majorité du financement des soins de santé financés par l'État, le gouvernement fédéral contribue au financement par l'entremise de transferts à ces gouvernements. Les transferts dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé sont subordonnés au respect des cinq conditions énoncées dans *la Loi canadienne sur la santé* par les provinces et les territoires (voir la section 2.3.2). En même temps, certaines provinces reçoivent des transferts inconditionnels du gouvernement fédéral au moyen de ce qu'on appelle la péréquation, alors que les territoires reçoivent des transferts inconditionnels par l'entremise d'un autre programme fédéral appelé formule de financement des territoires. L'objectif précis de la péréquation est de s'assurer que les Canadiens, où qu'ils résident, « ont accès à des niveaux de service sensiblement comparables à des niveaux de taxation sensiblement comparables », un objectif qui est énoncé et protégé en vertu de la Constitution canadienne (le Groupe d'experts sur la péréquation et la formule de financement des territoires, 2006, 18).

3.3.1 Couverture

L'ampleur, la profondeur et la portée de la couverture des services assurés définis de façon générale dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), ne sont pas identiques, mais sont remarquablement similaires d'une province à l'autre. Effectivement, 100 % de la population canadienne résidente, y compris les immigrants reçus, reçoivent une couverture complète (au premier dollar) pour les services hospitaliers, médicaux et de diagnostics « médicalement nécessaires », qu'on appelle communément l'« assurance-maladie » (Marchildon, 2009). Ces services assurés ne sont définis ni dans la LCS ni dans les lois provinciales ou territoriales sur l'assurance-maladie. Cependant, le principe de l'intégralité dans la *Loi canadienne sur la santé* présume que les gouvernements des provinces et des territoires vont privilégier l'inclusion dans leur sélection respective de services qui sont inclus dans l'assurance-maladie.

De la même manière, à l'échelle provinciale, on ne trouve pas de liste positive d'inclusions ou de liste négative d'exclusions dans les lois et la réglementation portant sur l'assurance maladie. Les gouvernements provinciaux ont plutôt eu tendance, à partir du moment où l'assurance-maladie a été introduite, à inclure tous les services fournis en milieu hospitalier à l'exception de quelques interventions chirurgicales qui ne sont pas médicalement nécessaires (p. ex. la chirurgie esthétique). Pour ce qui est des services médicaux, leur inclusion a été décidée en grande partie par voie de négociation entre les gouvernements provinciaux et les associations médicales provinciales, mais en pratique la presque totalité des services médicaux sont inclus. L'Ontario possède un des mécanismes les plus officiels, qui fait appel à trois entités administratives pour déterminer quels services médicaux feront partie de la couverture universelle : (1) le Comité des services de médecin, un comité mixte de représentants officiels provenant du ministère de la Santé provincial et de l'Ontario Medical Association; (2) des directeurs médicaux, soient des médecins à l'emploi du ministère de la Santé provincial qui déterminent les revendications au financement public; et (3) la Commission d'appel et de révision des services de santé provinciale (Flood, Stabile et Tuohy, 2006).

Concernant l'assurance-maladie, aucun niveau de gouvernement au Canada n'a procédé à une réduction ou une expansion majeure des services assurés universels ces dernières années. On remarque plutôt que la plupart des décisions concernant des ajouts ou des retraites aux listes existantes sont de nature hautement marginale et, de fait, semble porter sur des procédures qui vont au-delà de celles qui sont requises par l'assurance maladie (Stabile et Ward, 2006). Une procédure fait figure d'exception historique : l'interruption

de grossesse. Après toute une controverse et bien des débats, l'interruption de grossesse est devenue un service inclus dans l'assurance-maladie dans toutes les provinces et territoires sauf l'Île-du-Prince-Édouard. Bien que l'efficacité clinique soit un principe important dans la prise de décision relative à l'inclusion, les méthodes d'ETS ne sont pas employées explicitement dans le processus de détermination.

Les gouvernements des provinces et des territoires assurent l'administration des services d'assurance-maladie au moyen de systèmes de remboursement qui interdisent ou découragent le recours à une assurance privée supplémentaire (Flood et Archibald, 2001; Tuohy, 2009). Puisque les gouvernements provinciaux réglementent l'octroi de permis pour les nouveaux établissements et réglementent également, de concert avec les associations médicales provinciales, la facturation de l'assurance-maladie, ils ont la capacité de limiter ou de contrôler la création d'une catégorie privée (c.-à-d. non couverte par l'assurance-maladie) d'hôpitaux, de cliniques de chirurgie et de services médicaux (McIntosh & Ducie, 2009). Cependant, dans certaines provinces, les paiements des primes d'assurance offerts par les régimes d'indemnisation des accidents du travail, en conjonction avec des contrôles réglementaires moins rigoureux ayant trait aux cliniques de diagnostic ainsi que la volonté de la plupart des ministères de la Santé des provinces d'octroyer des contrats à des laboratoires médicaux privés, ont engendré un marché pour les établissements privés à but lucratif (Hurley et coll., 2008; Sutherland, 2011b).

Les gouvernements provinciaux reçoivent un remboursement du gouvernement fédéral pour tous les services d'assurance-maladie procurés aux membres des Forces armées et aux détenus des prisons fédérales. Les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus d'offrir les services de l'assurance-maladie à tous les Indiens inscrits et aux résidents inuits bien que le gouvernement fédéral fournisse à ces citoyens une couverture pour les « services de santé non assurés » comprenant les soins dentaires, les pharmacothérapies de médicaments sur ordonnance et le transport médical.

Au-delà de l'assurance maladie, il appartient aux gouvernements des provinces et des territoires de décider de l'étendue de la couverture ou des subventions à d'autres services de santé. Puisqu'il n'existe pas de système ou de normes de couverture pancanadiens quant aux services de santé non assurés, il est très difficile de donner une portée générale à l'ampleur, la profondeur et l'étendue de la couverture des services non assurés, bien que l'on note au moins trois points de convergence : (1) la majorité du financement pour les soins de longue durée provient des provinces et des territoires; (2) toutes les

compétences offrent la couverture des médicaments pour les personnes âgées et les démunis; et (3) il n'existe pratiquement aucune couverture publique pour les soins dentaires et les soins de la vue, ou bien pour les MCP.

3.3.2 Collecte

Le Trésor public des gouvernements FPT constitue la source de financement dominante. La majeure partie des recettes provient de l'impôt sur le revenu des particuliers, des taxes à la consommation, de l'impôt des sociétés et, au moins dans le cas des compétences riches en ressources, des redevances ou des taxes sur les ressources.

Ces recettes fiscales générales sont complétées par des primes d'assurance dans trois provinces. En Colombie-Britannique, les primes d'assurance-maladie se présentent sous la forme d'une taxe de vote pour les particuliers (64 \$ par année en 2012) et les familles (116 \$ pour une famille de deux personnes et 121 \$ pour une famille de trois personnes ou plus en 2012), alors qu'en Ontario et au Québec, on impose une surtaxe appliquée au moyen d'un régime fiscal progressif.¹

Dans les deux cas, les primes ne sont réservées aux dépenses de santé qu'en théorie, car dans les faits, elles sont versées dans le Trésor des gouvernements provinciaux où elles se fondent alors dans la taxation générale. Il faut aussi noter que les services de santé ne peuvent être refusés sur la base de l'absence de paiement des primes, et les gouvernements doivent avoir recours à d'autres façons d'exécuter la collecte. Les primes d'assurance-maladie couvrent moins de 20 % des dépenses de santé engagées par les gouvernements provinciaux chaque année (McDonnell & McDonnell, 2005). Une prime d'assurance-maladie a été éliminée en Alberta en 2009, après qu'un Groupe de travail sur le Health Care Funding and Revenue Generation a conclu que les primes recueillies constituaient moins de 13 % des besoins provinciaux de revenus en santé (Alberta Health and Wellness, 2002).

¹ Au moment de la rédaction du document, le gouvernement du Québec annonçait son intention de révoquer sa surtaxe sur la santé.

3.3.3 Mise en commun des fonds et transferts au système de santé

Les allocations budgétaires liées aux dépenses de santé prennent place à trois niveaux principaux au Canada : (1) au gouvernement fédéral; (2) aux gouvernements des provinces et des territoires et (3) dans les ASR. À l'échelle fédérale et provinciale, les allocations budgétaires sont établies au Cabinet, puis examinées et adoptées dans les chambres législatives respectives.

Les ASR ne recueillent pas de taxes, mais elles allouent les fonds qu'elles reçoivent des ministères de la Santé selon leur perception des besoins en santé des populations qu'elles desservent et des organismes et fournisseurs qu'elles financent. Par le passé, les formules d'allocation des ASR provinciales étaient utilisées comme un outil de réforme du système de santé, notamment pour encourager une activité accrue dans les soins primaires et la santé publique en amont, par rapport aux soins actifs en aval. Cependant, dans la plupart des cas du moins, ces formules d'allocation de financement ne semblent pas avoir atteint leur objectif de réforme original (McIntosh et coll., 2010). Les ASR sont tenues de soumettre leur propre ébauche d'un budget au ministère de la Santé pour approbation. Quelques gouvernements provinciaux interdisent expressément aux ASR d'enregistrer des déficits, alors que d'autres permettent les déficits sous certaines conditions (McKillop, 2004).

Le transfert canadien en matière de santé est la dernière édition d'une série de transferts fédéraux réservés à la santé à l'intention des provinces et des territoires. Dès le début, les transferts fédéraux pour la santé ont fait l'objet de débats considérables en raison des différences de perceptions concernant le niveau adéquat de transferts en santé et le degré de conditionnalité (ou son insuffisance) qui accompagnent ces transferts (Lazar et St-Hilaire, 2004; Marchildon, 2004; McIntosh, 2004). Initialement, les transferts fédéraux de la santé ont été introduits comme un partage des coûts à parts égales afin d'appuyer les programmes provinciaux d'assurance-hospitalisation universelle en 1958 et, dix ans plus tard, pour appuyer les programmes provinciaux et territoriaux d'assurance médicale universelle. Avec le temps, ces transferts ont été perçus par certains comme étant trop restrictifs en raison de l'accent exclusif sur les dépenses liées aux hôpitaux et aux médecins, et par le gouvernement fédéral comme étant trop risqués d'un point de vue financier étant donné la croissance rapide des dépenses d'assurance maladie dans les provinces et les territoires.

En 1977, les gouvernements fédéral et provinciaux ont négocié le remplacement du transfert de partage des coûts avec un transfert global de moindre conditionnalité, le FPE, qui fusionnait le transfert pour la santé avec

un autre transfert de fonds consacré à l'éducation supérieure. Le FPT offrait aux provinces davantage de flexibilité. Libérés de l'obligation de dépenser les fonds fédéraux sur les hôpitaux et les soins médicaux, les gouvernements provinciaux pouvaient employer l'argent des transferts à n'importe quelle catégorie de dépenses liées à la santé y compris les déterminants de la santé à caractère non médical. En retour, le gouvernement fédéral obtenait la capacité de plafonner la croissance de ses transferts en matière de santé au niveau de la croissance de l'économie nationale plutôt que de devoir égaler la croissance des dépenses provinciales de santé (Coyte et Landon, 1990; Ostry, 2006). Cependant, il y avait d'autres répercussions, y compris le fait que la portion convertie en transferts de points d'impôt permanents ne pouvait pas être retirée dans l'éventualité de l'inobservation des conditions énoncées dans la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* ou dans la *Loi sur les services médicaux*.

Alors que certaines provinces ont eu recours aux frais modérateurs pour l'assurance-maladie avant 1977, l'emploi de ces frais a semblé s'accélérer après l'introduction du FPE. Par conséquent, en 1979, le ministre fédéral de la Santé a commandé un examen externe au juge Emmett Hall afin de « tâter le pouls de l'assurance-maladie » à la suite du rapport historique de sa commission d'enquête en 1964. Hall a conclu que la facturation supplémentaire et les frais modérateurs menaçaient le principe de l'accès universel et a recommandé que le gouvernement fédéral entreprenne des mesures législatives (Hall, 1980). Un comité parlementaire subséquent a donné raison à Hall et a suggéré que les transferts fédéraux soient retenus, sur une base graduelle, là où un régime provincial entravait l'accès raisonnable en permettant la surfacturation ou les frais modérateurs, et cette proposition a été incorporée à la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

En 1995, le gouvernement fédéral a remplacé le FPE par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Encore une fois, le nouveau transfert a été incorporé dans un autre transfert (pour l'aide sociale) avec la santé et l'éducation supérieure, mais la portion en espèces du transfert a été réduite et la disposition quant aux augmentations annuelles automatiques a été éliminée. Ces mesures ont suscité un degré considérable d'acrimonie intergouvernementale, de même que des préoccupations au sujet des répercussions que ces changements pourraient avoir sur le volet national du système de santé (Romanow, 2002). En réaction à ces craintes et à d'autres questions, le gouvernement fédéral a remplacé ce TCSPS omnibus par le Transfert canadien en matière de santé en 2004 et réintroduit la clause de l'augmentation annuelle qui est maintenant fixée à 6 % pour 10 ans. Estimé à

27 milliards de dollars canadiens pour l'année financière 2011–2012, le Transfert canadien en matière de santé correspond à un peu plus de 20 % des dépenses provinciales de santé prévues en 2011 (ICIS, 2011e).

3.3.4 Relation acheteur-fournisseur et paiements au fournisseur

En plus d'administrer, de financer et de coordonner les services fournis par les autres organismes, la plupart des ASR dispensent aussi directement des services de santé. Ce mélange d'intégration hiérarchique et de coordination contractuelle signifie que les ASR font figure à la fois d'acheteurs et de fournisseurs, même si l'accent est mis davantage sur l'intégration que sur la passation de marchés concurrentiels (comme c'est le cas au Royaume-Uni). La seule exception majeure à ce modèle particulier d'ASR se trouve en Ontario où 14 ASR, connues sous le nom de RLISS, ne procurent aucun service directement. Bien qu'on puisse soutenir que le modèle organisationnel de la régionalisation au Canada crée une division entre acheteurs et fournisseurs, il existe peu de preuves que cela a été structuré officiellement de manière à promouvoir un marché interne, comme les réformes du National Health Service au Royaume-Uni.

La plupart des hôpitaux sont financés au moyen de budgets globaux, soit directement (par les ministères de la Santé) ou indirectement par des allocations budgétaires aux ASR. Ces dernières années, quelques provinces ou territoires au Canada ont commencé à tester différentes formes de mécanismes de financement pour les soins hospitaliers. Parmi ceux-ci, on note le financement axé sur les activités; la Colombie-Britannique était d'ailleurs la première province à adopter une approche de financement axé sur les activités à grande échelle pour les hôpitaux (Sutherland et coll., 2011). Jusqu'à maintenant, aucune évaluation détaillée ne compare ces mécanismes de financement pour hôpitaux (Sutherland, 2011a).

Tous les ministères de la Santé des provinces continuent de contrôler le budget des médecins et de gérer les médicaments sur ordonnance de façon centralisée, deux domaines qui ne relèvent pas de l'autorité des ASR. Les établissements et les organismes de soins de longue durée ont une relation contractuelle avec les ASR ou sont gérés directement par le personnel des ASR. On retrouve la même situation chez les organismes d'ambulance et de soins palliatifs. Dans le cas d'ententes contractuelles, les ASR négocient les termes du contrat y compris le montant et les modalités de paiement.

Le principal changement amené par la régionalisation est le passage du financement axé sur les institutions et les services à un financement global aux ASR responsables de multiples secteurs de la santé, qui ont maintenant la

latitude nécessaire pour allouer des fonds à chaque secteur selon les besoins de leur population définie (McKillop, 2004). Reste à savoir si ce changement a amélioré les résultats globaux en termes de qualité de soins, d'efficacité ou de coûts totaux; cette question devra faire l'objet d'études plus approfondies. Il faudra aussi davantage de recherche pour déterminer les méthodes précises de paiement utilisées par les ASR et leur effet sur les résultats du système de santé.

3.4 Paiements déboursés par les patients

Puisque l'assurance-maladie universelle au Canada exclut la surfacturation ou les frais modérateurs, les paiements DPP concernent seulement les secteurs mixtes ou privés de la santé. Les paiements non officiels sont presque inexistantes au Canada : ils n'apparaissent nulle part dans la documentation du système de santé des provinces et des territoires.

Les paiements DPP constituent plus de 50 % des dépenses relatives aux services et aux produits de santé financés au privé. En particulier, les paiements DPP représentent la source première de financement pour les soins de la vue, les médicaments sans ordonnance et les MCP.

3.5 Régime d'assurance-maladie privé

Les régimes d'assurance-maladie privé (RAMP) sont relégués aux secteurs non couverts par l'assurance-maladie comme les soins dentaires, les médicaments sur ordonnance, les soins de longue durée et l'appui à ces soins, ainsi que quelques services médicaux et hospitaliers qui ne sont pas médicalement nécessaires. En proportion des dépenses de santé privées, les RAMP ont pris de l'importance par rapport aux dépenses DPP depuis la fin des années 1980. En 2008, les dépenses des RAMP par habitant étaient de 624 \$CAN, et les RAMP surpassaient les paiements DPP pour les frais de médicaments sur ordonnance et de soins dentaires. Des 20,9 milliards de dollars canadiens déboursés par l'entremise des RAMP en 2008, 8,5 milliards de dollars ont servi à payer la facture des médicaments sur ordonnance, 6,0 milliards de dollars ont été utilisés pour payer les frais de soins dentaires et 1,2 milliard de dollars ont servi à payer les coûts d'hospitalisation, principalement les chambres privées (ICIS, 2010b).

La majorité des RAMP se présentent sous la forme de polices d'assurance collectives basées sur l'emploi, des régimes de prestation parrainés par les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles et des organismes

similaires (Hurley et Guindon, 2008). Puisque ce type d'assurance « vient avec l'emploi », la participation des employés n'est pas optionnelle. Les Canadiens qui reçoivent ou qui se procurent un RAMP ont droit à l'exemption d'impôt fédéral et provincial, pour toutes les provinces sauf le Québec, sur ces bénéfiques ou ces primes.

Presque tous les RAMP au Canada sont considérées comme étant complémentaires à l'assurance-maladie (Hurley & Guindon, 2008). Un RAMP qui tenterait de fournir une option déjà offerte par l'assurance-maladie (RAMP substitutif) ou un accès accéléré aux services d'assurance-maladie (RAMP supplémentaire) sera frappé d'interdit ou de mesures dissuasives par une gamme complexe de lois et de règlements provinciaux. Six provinces, la Colombie Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et l'Île du Prince Édouard, et les trois territoires interdisent l'achat de RAMP pour des services couverts par l'assurance-maladie. Dans les quatre autres provinces, l'achat de RAMP pour de tels services est découragé au moyen de mesures variées, en particulier en ne permettant pas aux médecins de travailler en même temps dans les systèmes public et privé (Flood et Archibald, 2001; Marchildon, 2005).

Jusqu'à récemment, les RAMP ont reçu une attention relativement limitée concernant la politique, parce qu'ils sont confinés à l'assurance complémentaire, c'est-à-dire la couverture de services non inclus dans l'assurance-maladie (Hurley et Guindon, 2008). Dans la foulée d'un jugement de la Cour suprême du Canada de 2005, à l'effet que la loi du Québec interdisant l'assurance supplémentaire pour les services inclus dans l'assurance-maladie contrevenait à la Charte des droits du Québec en raison du délai d'attente excessif pour les opérations chirurgicales non urgentes, les défenseurs du marché libre ont lancé des appels répétés en faveur de l'assurance-maladie par les RAMP (Flood, Roach et Sossin, 2005; Flood, 2007).

3.6 Assurance sociale

Quant aux autres sources de financement, le plus important est celui de l'assurance sociale provenant des régimes d'indemnisation des accidents du travail. Les prestations de santé pour les blessures ou les maladies liées au travail dans le cadre d'un régime d'indemnisation des accidents du travail précèdent l'introduction de l'assurance-maladie; le premier système de ce type a été introduit par la Colombie-Britannique en 1917. Administrés par les CAT provinciales, ces prestations sont payées par des contributions obligatoires de

l'employeur qui sont fixées par des lois provinciales. Les paiements effectués par les CAT pour les services de santé sont de l'ordre de 1,4 milliard de dollars canadiens, soit environ 1,5 % des dépenses de santé publiques (Marchildon, 2008). Une grande partie de ces coûts est payée directement aux autorités de la santé provinciales, ainsi qu'aux établissements et aux fournisseurs de soins de santé individuels.

Les services de santé offerts par les CAT provinciales et territoriales sont expressément exclus de la définition des services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'ils sont financés dans le cadre de lois et de processus administratifs qui précèdent les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Par conséquent, les clients des CAT obtiennent parfois – et l'on pense souvent qu'ils sont toujours capables d'obtenir – des services d'assurance-maladie plus rapidement que les autres Canadiens, une situation facilitée en partie par des frais et des paiements qui dépassent le tarif de l'assurance-maladie. Pour cette raison, différentes commissions d'enquête et plusieurs observateurs ont soutenu que cette forme publique de resquillage doit être corrigée au bout du compte (Romanow 2002; Hurley et coll., 2008).

En 1997, le gouvernement du Québec a institué un régime public d'assurance médicaments financé à même les paiements de primes d'assurance obligatoires par les employeurs. En vertu de cette nouvelle loi, les employeurs sont tenus d'offrir un RAMP pour couvrir les médicaments sur ordonnance, alors que la loi provinciale a été modifiée afin de faire des prestations de santé des employés un avantage imposable, ce qui éliminait effectivement la subvention fiscale. En même temps, les personnes qui n'ont pas accès à l'assurance médicament privée liée à l'emploi (p. ex. les petits salariés, les retraités et les bénéficiaires d'aide sociale) reçoivent du gouvernement provincial une couverture de base pour les médicaments sur ordonnance (Pomey et coll., 2007).

3.7 Autre financement

Les contributions volontaires et les dons de bienfaisance constituent d'autres sources de financement servant à la recherche en santé et aux services de soutien à la santé pour les patients et leur famille. De nombreuses organisations non gouvernementales – des hôpitaux aux fondations vouées à des maladies particulières – recueillent régulièrement des dons du public. Ces fonds sont alors utilisés pour l'achat de biens ou d'équipement, pour fournir des services et orienter la recherche en santé. Des bénévoles font aussi don de leur temps et de leur expertise au profit d'organisations de services de santé publics non

gouvernementales et à leurs causes. D'après une estimation vieille de dix ans, le secteur bénévole amasse 300 millions de dollars canadiens par année pour la recherche en santé (le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé, 2001).

3.8 Mécanismes de paiement

3.9.1 Paiement des services de santé

Dans la mesure où les hôpitaux sont intégrés dans les ASR au Canada, il n'y a pas de division entre acheteurs et fournisseurs. Dans le cas des hôpitaux qui fonctionnent par contrat avec les ASR – par exemple, tous les hôpitaux de l'Ontario et les hôpitaux catholiques dans l'Ouest du Canada – la plupart des paiements sont faits sur la base de l'allocation de l'année précédente corrigée en fonction de l'inflation et de la croissance du budget. Cependant, quelques ASR ont introduit ou ont mis à l'épreuve d'autres modes de financement, y compris des modèles de financement axés sur les activités ou sur le patient, ou fondés sur des mesures incitatives (McKillop, 2004; Sutherland, 2011a). Il existe peu d'études sur les systèmes de paiement employés par les organismes de soins de santé au Canada.

3.9.2 Paiement des travailleurs de la santé

La majorité du personnel non médical de soins de santé reçoit un salaire et travaille au sein d'organismes de santé organisés de façon hiérarchique. Dans ce groupe, le personnel infirmier agréé est le plus nombreux. La plupart du temps, la rémunération et les conditions de travail du personnel infirmier sont traitées par voie de négociations collectives auxquelles prennent part les syndicats du personnel infirmier et les organismes d'employeurs à l'échelle de la province, souvent guidées par des paramètres fiscaux de nature générale fixés par les gouvernements provinciaux. Le mécontentement du personnel infirmier face aux conditions de travail et leur rémunération stagnante ont causé des conflits de travail et une montée des congés de maladie vers la fin des années 1990. Depuis ce temps, les niveaux de dotation ont augmenté et la rémunération du personnel infirmier s'est considérablement améliorée du fait que les gouvernements et les organismes de santé tentaient d'embaucher du personnel infirmier dans un marché du travail serré (ICIS, 2011a).

La majorité des médecins continue d'être rémunérée sur la base du paiement à l'acte (PAC) bien que d'autres méthodes telles que la capitation et les paiements mixtes (salaire et frais) soient aussi employées, le plus souvent un salaire et des frais ou la capitation et des frais. Ces dernières années, les primes fondées sur des mesures d'encouragement sont devenues plus communes. Alors que de nombreux analystes de politiques de la santé ont critiqué les mesures incitatives créées par le système de PAA, y compris la mesure portant sur la surmédicalisation des services médicaux, le système demeure populaire parmi les médecins et les organismes qui les représentent (Grignon, Paris & Polton, 2004).

Puisque les médecins continuent de fournir la majorité des services de soins primaires au Canada, la réforme des soins primaires a comporté des changements dans les systèmes de paiement. Les ministères de la Santé des provinces ont examiné les avantages et les désavantages des systèmes de paiement à l'acte, de capitation et de paiements mixtes. De plus, certains ministères ont aussi commencé à instaurer des systèmes de mesures incitatives liées à la rémunération au rendement, de participation aux bénéfices fondée sur les groupes et d'attribution d'une enveloppe (Léger, 2011). Cependant, il ne faut pas penser que ces « options en matière de systèmes de paiement », nommés ainsi car elles offrent des options autres que le système de paiement à l'acte, sont synonymes de réforme des soins primaires (Hutchison et coll., 2011). Dans un certain nombre de cas, des options de paiement sont utilisées pour atteindre des objectifs qui ont peu à voir avec le changement des formes existantes de soins primaires. Dans quelques provinces, par exemple, les options de paiement se rencontrent surtout dans des spécialités comme le cancer et la psychiatrie, tandis que dans d'autres provinces, des contrats de paiements différents sont fournis pour la couverture des patients en dehors des heures de bureau dans les milieux de soins primaires (Glazier et coll., 2009; CIHI, 2010c).

4. Ressources humaines et physiques

Les éléments non financiers qui composent le système de santé canadien comprennent les édifices, l'équipement, la technologie de l'information et la main-d'œuvre de la santé. La capacité de tout système de santé à procurer un accès rapide à des services de santé de qualité dépend non seulement d'une quantité suffisante de ressources physiques et humaines mais aussi de l'équilibre entre ces ressources (Romanow, 2002). Le volume de ressources et l'équilibre entre celles-ci doivent être continuellement ajustés par les gouvernements FPT, en réaction à l'évolution constante de la technologie, des pratiques en soins de santé et des besoins des Canadiens en santé.

Entre le milieu des années 1970 et l'année 2000, l'investissement de capitaux dans les hôpitaux a subi une régression. Les petits hôpitaux fermaient dans plusieurs régions du Canada et les services de soins actifs étaient consolidés. Malgré des investissements récents dans la fourniture d'hôpital par les gouvernements des provinces et des territoires, en particulier dans l'équipement médical, les technologies d'imagerie et les TIC, le nombre de lits actifs par personne n'a pas cessé de diminuer, une situation attribuable en partie à l'augmentation des chirurgies ambulatoires et des congés d'hôpital. Alors que l'approvisionnement en technologies avancées de diagnostic de la majorité du Canada est à peu près comparable au niveau des autres pays membres de l'OCDE, le pays se classe plutôt mal concernant l'utilisation efficace des TIC par rapport aux autres pays à revenu élevé.

Après une longue période dans les années 1990 où le nombre de médecins et du personnel infirmier, de même que le nombre d'autres travailleurs des soins de santé, s'est contracté à cause des compressions budgétaires gouvernementales, la main-d'œuvre de la santé a augmenté depuis 2000. Les professionnels de la santé du secteur privé ont connu une croissance encore plus importante durant cette période. Les facultés de médecine et des sciences infirmières ont pris de l'expansion pour être en mesure de produire davantage de diplômés. En même

temps, on assistait à une plus grande immigration de médecins et du personnel infirmier formés à l'étranger et à une diminution de l'émigration vers d'autres pays comme les États-Unis.

4.1 Ressources physiques

4.1.1 Capital national et investissements

À partir de la fin des années 1940 jusqu'aux années 1960, le Canada a connu une croissance rapide du nombre d'hôpitaux et de la taille de ces établissements, en raison d'une hausse de la demande pour des soins nécessitant l'hospitalisation. Cette croissance a été alimentée par des subventions du gouvernement fédéral aux provinces pour la construction d'hôpitaux nationaux et par l'introduction de l'assurance-hospitalisation publique en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique vers la fin des années 1940, et que toutes les autres provinces avaient adoptée à la fin des années 1950. Cet essor dans la construction a provoqué un surplus d'établissements hospitaliers vétustes, une situation à laquelle les ministères de la Santé des provinces ont dû faire face dans les décennies subséquentes, d'une part au moyen de consolidations et de fermetures, et d'autre part à l'aide d'investissements supplémentaires de capitaux (Ostry, 2006).

Au milieu des années 1970, l'investissement dans les hôpitaux avait ralenti, puis, au cours des années 1980 et 1990, les gouvernements provinciaux encourageaient le regroupement des hôpitaux ainsi que la réduction simultanée du nombre de petits hôpitaux inefficaces (Mackenzie, 2004; Ostry, 2006). Comme les gouvernements provinciaux, les ASR et les conseils d'administration des hôpitaux fermaient, regroupaient et convertissaient les établissements existants dans un effort de réduction des coûts de fonctionnement et d'accroissement de l'efficacité organisationnelle, cela a causé une baisse de 20 % du nombre total d'hôpitaux offrant des soins avec hospitalisation entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990 (Tully et Saint-Pierre, 1997).

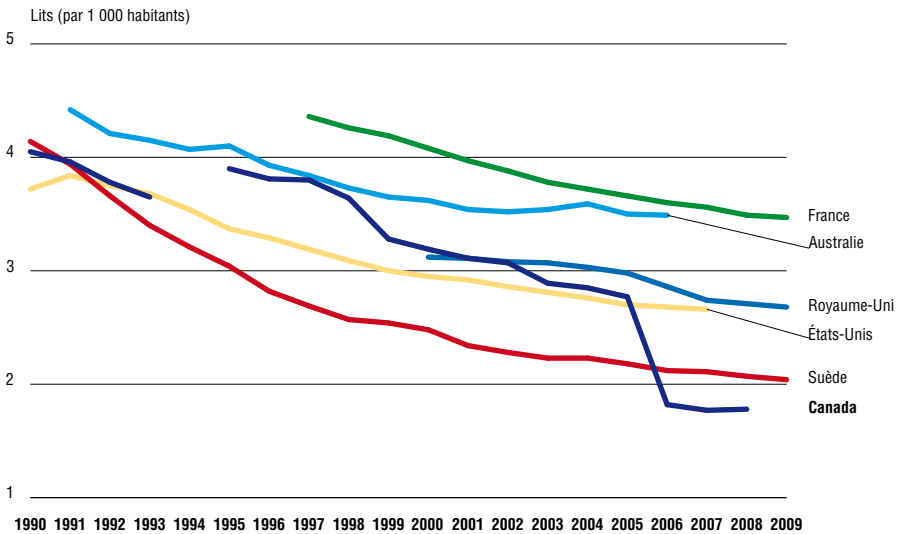
4.1.2 Infrastructure

Le nombre de lits de soins actifs par habitant est en régression constante depuis les deux dernières décennies. À cet égard, la tendance au Canada est semblable à la tendance observée en Australie, en France, en Suède, au Royaume-Uni et aux États-Unis (fig. 4.1). À l'exception de deux territoires, toutes les provinces et tous les territoires au Canada ont connu un taux de déclin très similaire

quant aux hospitalisations depuis le milieu des années 1990 (tableau 4.1). En même temps, la durée moyenne du séjour (DMS) dans les hôpitaux canadiens a augmenté depuis le milieu des années 1990 (ICIS, 2010a). Comme le montre le tableau 4.2, le Canada possède maintenant une plus longue DMS dans les hôpitaux, un taux d'occupation plus élevé et un taux de roulement plus bas que les autres pays.

Fig. 4.1

Lits de soins actifs par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2009



Source : OCDE (2011a).

Notes : La diminution marquée en 2005–2006 est due à l'adoption d'une définition plus cohérente de lits de soins actifs. De 1995 à 2005, certaines provinces rapportaient la capacité nominale alors que les autres rapportaient seulement les lits dotés en personnel et en activité; à partir de 2006, seulement les lits dotés en personnel et en activité de l'extérieur du Québec, et les lits pour les soins physiques de courte durée au Québec, ont été inclus (OCDE, 2011b).

Tableau 4.1

Taux d'hospitalisation en soins actifs (par 100 000 habitants) au Canada, normalisé selon l'âge, 1995–1996 et 2009–2010

Province ou territoire	1995–1996	2009–2010	Changement sur 14 ans (%)
Colombie-Britannique	10 817	7 468	-31,0
Alberta	11 507	8 442	-26,6
Saskatchewan	14 764	10 953	-25,8
Manitoba	11 743	9 000	-23,4
Ontario	10 466	7 046	-32,7
Québec	10 696	7 473	-30,1
Nouveau-Brunswick	15 268	9 906	-35,1
Nouvelle-Écosse	12 033	7 762	-35,5
Île-du-Prince-Édouard	14 697	10 333	-29,7
Terre-Neuve-et-Labrador	13 347	9 285	-30,4
Yukon	11 758	11 669	-0,8
Territoires du Nord-Ouest	20 434	14 369	-29,7
Nunavut	9 914	16 506	66,5
Canada	11 131	7 706	-30,8

Source : CIHI (2011e).

Tableau 4.2

Indicateurs d'exploitation pour les hospitalisations en soins actifs au Canada et dans les pays sélectionnés, 2008

	Durée moyenne du séjour	Nombre de jours-lits (par habitant)	Taux d'occupation (% de lits disponibles)	Taux de roulement (nombre de cas par lit disponible)
Australie	5,9	1,0	73,2	45,6
Canada	7,7	0,8	93,0	36,6
France	5,2	1,0	74,2	51,8
Suède	4,5	-	-	-
Royaume-Uni	6,9	0,8	84,8	48,9
États-Unis	5,5	0,6	66,4	44,2

Source : OCDE (2011a).

Note : Données de l'OCDE non disponibles pour les jours-lit, le taux d'occupation et le taux de roulement en Suède.

Puisque la presque tous les soins hospitaliers sont considérés comme des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le financement public est un élément essentiel dans les décisions concernant l'expansion des immobilisations et les améliorations qu'on y apporte. Les règles budgétaires publiques exigent que les gouvernements et leurs délégués (y compris les ASR) traitent les dépenses en capital comme des dettes à court terme. Par conséquent, il y avait davantage de motivation à réduire les dépenses en capital que les

dépenses de fonctionnement lors des périodes de compressions budgétaires. De plus, les gouvernements préfèrent quelquefois ne pas « mettre en évidence » le fardeau du financement d'infrastructure.

Alors que certains gouvernements et ASR se sont intéressés aux initiatives de financement privé, connues sous le nom de partenariats public-privé ou « PPP » au Canada, on a généralement préféré accorder des contrats aux compagnies privées ou aux sociétés professionnelles pour les soins de santé. Presque tous les laboratoires médicaux et les cliniques de diagnostic appartiennent à des entreprises privées (Sutherland, 2011b).

4.1.3 Medical equipment

Le Canada utilise un processus décentralisé pour l'achat de la plupart des appareils médicaux et d'assistance, conformément au système de prestation décentralisé. Bien que les ministères de la Santé des provinces aient la responsabilité ultime de s'assurer de l'approvisionnement et de la qualité de l'équipement médical et des dispositifs d'assistance dans le cadre de la couverture au premier dollar des services hospitaliers et médicaux, ce sont les organismes et les fournisseurs de santé indépendants qui effectuent l'achat de la plupart des appareils médicaux et d'assistance. De plus, la plupart des médecins ont des bureaux privés et prennent des décisions indépendantes concernant l'achat d'une vaste gamme d'équipement médical et de dispositifs d'assistance pour appuyer leur pratique générale (familiale) ou spécialisée respective.

Dans les provinces régionalisées comme dans celles qui ne le sont pas, les cliniciens individuels, en particulier les médecins spécialistes, jouent un rôle important dans les décisions d'achat d'équipement médical des ASR et des hôpitaux, y compris la sélection d'un vendeur particulier. En même temps, les ministères de la Santé des provinces peuvent jouer un rôle clé pour déterminer le choix du moment et l'acquisition d'équipement médical extrêmement onéreux, notamment les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les tomodensitomètres. À partir du milieu des années 1990, les gouvernements provinciaux ont limité leurs dépenses de façon drastique dans le domaine des diagnostics avancés. Ces mesures ont créé un embouteillage, et ont fait s'allonger les délais d'attente pour certains états pathologiques et traitements (Romanow, 2002). Depuis ce temps, les ministères de la Santé des provinces et les ASR déléguées ont procédé à des investissements substantiels dans les diagnostics avancés. Comme il est illustré dans le tableau 4.3, le Canada possède maintenant une provision de tomodensitomètres, d'IRM et d'appareils

de tomographie par émission de positrons (ICIS, 2012a) qui est à peu près comparable à celle de l'Australie (sauf pour les tomodensitomètre), la France et le Royaume-Uni.

Tableau 4.3

Nombre de technologies d'imagerie diagnostique sélectionnées, par million d'habitants, au Canada et dans les pays sélectionnés, 2010

	TDM	IRM	TEP
Australie	42,5	5,8	1,4
Canada	14,4	8,4	1,2
France	11,8	7,0	0,9
Royaume-Uni	8,3	6,0	0,5
États-Unis	34,3	25,9	3,1

Source : OCDE (2011a).

Notes : Données pour la Suède non disponibles; TDM : Tomodensitométrie; IRM : Imagerie par résonance magnétique; TEP : Tomographie par émission de positron.

Bien que la quantité d'équipement de technologie avancée au Canada soit encore bien inférieure à ce qu'on retrouve aux États-Unis, le dénombrement à lui seul ne tient pas compte de l'intensité d'utilisation; en effet, plusieurs raisons portent à croire que les appareils de technologies diagnostiques avancées font l'objet d'une utilisation plus intensive au Canada que l'équipement de technologies similaires aux États-Unis. De fait, d'après les données de 2007, le Canada se classait au même rang que les pays européens dont l'efficacité d'utilisation était la plus élevée pour les appareils d'IRM; seule la Belgique devance le Canada, qui arrive devant la France, la Suède et le Royaume-Uni pour ce qui est du nombre d'exams par unité d'IRM (ICIS, 2008b).

De plus, certains se demandent si quelques-unes de ces technologies sont surutilisées aux États-Unis au point où le dommage causé par les radiations surpasse l'avantage médical pour un pourcentage significatif de patients individuels (Baker, Atlas et Afendulis, 2008; Hillman et Goldsmith, 2010). Il pourrait aussi y avoir surutilisation au Canada, surtout dans le cas où des médecins de soins primaires, qui font office de décideurs et de contrôleurs de soins plus poussés, pourraient diriger leurs patients vers des tests diagnostiques avancés plus souvent que nécessaire (CCS, 2010b).

Le tableau 4.4 compare les provinces en termes du nombre d'appareils de technologies d'imagerie sélectionnées par million d'habitants. On peut noter des variations importantes entre les provinces, surtout pour celles qui sont moins

populeuses (c.-à-d. l'Île-du-Prince-Édouard) et qui n'ont pas, par le fait même, l'économie d'échelle qui leur permettrait de justifier un investissement dans certaines des technologies onéreuses.

Tableau 4.4

Nombre d'appareils de technologies d'imagerie sélectionnées par million d'habitants par province, 2011

	Caméras nucléaires	Appareils TDM	Appareils IRM	Angiographes (2007 seulement)	Laboratoires de cathétérisme (2007 seulement)
Colombie-Britannique	11,8	15,2	9,3	4,8	2,8
Alberta	17,6	13,2	9,9	4,4	3,2
Saskatchewan	12,6	14,5	4,8	5,1	4,0
Manitoba	11,6	16,6	6,6	4,2	4,2
Ontario	22,2	13,6	7,7	5,8	3,9
Québec	15,6	16,7	10,8	5,5	3,4
Nouveau-Brunswick	22,6	24,0	8,0	12,0	4,0
Nouvelle-Écosse	18,4	17,4	9,8	5,4	5,4
Île-du-Prince-Édouard	7,1	14,3	7,1	–	–
Terre-Neuve-et-Labrador	15,5	25,3	5,8	5,9	3,9

Source : ICIS (2012a).

Note : Données de 2007 seulement pour les angiographes et les laboratoires de cathétérisme (données les plus récentes).

4.1.4 Technologie de l'information

Comme dans tous les pays, l'accès à l'Internet – à la maison, au travail et à l'école – a progressé de façon spectaculaire ces dernières années. De plus, il est largement démontré par un grand nombre de sources que les Canadiens utilisent l'Internet sur une base régulière pour consulter à la fois l'information médicale et les renseignements en santé (Middleton, Veenhof et Leith, 2010).

Cependant, concernant l'infrastructure des TIC, à l'intensité d'accès et au niveau de compétence, il semble que le Canada n'est pas à la hauteur des autres pays à revenu élevé, y compris pour ses comparateurs de système de santé. Sur la base d'un indice composé comprenant 11 indicateurs mesurant l'accès, les compétences et l'utilisation liés aux TIC, l'indice de développement des TIC, aussi appelé IDUIT, a été élaboré par l'Union internationale des télécommunications des Nations Unies. En 2010, le Canada se classait au 26^e rang dans cet indice, un rang considérablement plus bas que l'Australie, la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis. Par surcroît, c'est le seul pays de ce groupe qui a connu un déclin de son rang dans l'échelle de l'IDUIT

entre 2008 et 2010 (voir le tableau 4.5). Il vaut la peine de souligner que le Canada présente un écart plus large entre le milieu rural et le milieu urbain en termes d'utilisation individuelle de l'Internet que l'Australie ou les États-Unis (UIT, 2011).

Tableau 4.5

Indice de développement des TIC (IDUIT) basé sur 11 indicateurs, rang et niveau, au Canada et dans les pays sélectionnés, 2008 et 2010

	Niveau IDUIT en 2008	Rang IDUIT en 2008	Niveau IDUIT en 2010	Rang IDUIT en 2010
Australie	6,78	14	7,36	14
Canada	6,42	20	6,69	26
France	6,55	18	7,09	18
Suède	7,53	2	8,23	2
Royaume-Uni	7,03	10	7,60	10
États-Unis	6,55	17	7,09	17

Source : ITU (2011).

La performance du Canada par rapport à l'utilisation des TIC est également médiocre en comparaison avec les autres pays développés. Dans une enquête de 2009 auprès des pays à revenu élevé qui comprenait l'Australie, la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, le Fonds du Commonwealth a constaté que les médecins de famille canadiens ont obtenu la plus mauvaise note au chapitre de l'utilisation des DSE et ont démontré le pire niveau de fonctionnalité relativement à l'information électronique, sur la base de 14 catégories parmi les médecins de famille dans les 11 pays de comparaison (Schoen et coll., 2009). Ces résultats, partiellement résumés dans le tableau 4.6, sont conformes à une enquête différente sur les médecins de soins primaires provenant de pays tels que l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis. Dans cette étude, les médecins canadiens, dont seulement 16 % font usage des DSE sous quelque forme que ce soit, se retrouvaient encore au bas du classement (Jha et coll., 2008). Cependant, d'après les résultats de 2010 d'une enquête nationale auprès des médecins rapportant que 34 % des médecins canadiens employaient une combinaison de dossiers sur papier et électroniques (et 16 % qui n'utilisaient que les dossiers électroniques), il semblerait que le taux de participation est en voie de s'améliorer (ICIS, 2011f).

Tableau 4.6

Utilisation des TI de la santé par les médecins de soins primaires (% des médecins), 2009

	Dossiers médicaux électroniques sur les patients	Accès électronique systématique aux résultats de tests des patients	Prescription électronique systématique de médicaments	Alertes électroniques systématiques en cas de problèmes de dosage ou d'interaction médicamenteuse	Commande électronique systématique de tests de laboratoire	Entrée électronique systématique de notes cliniques	Capacité de générer une liste électronique de patients selon le diagnostic	Capacité de générer une liste électronique de patients en retard pour leurs tests ou leurs soins préventifs	Capacité de générer une liste électronique de tous les médicaments pris par un patient
Australie	95	93	93	92	86	92	93	95	94
Canada	37	41	27	20	18	30	37	22	25
France	68	36	57	43	40	60	20	19	24
Suède	94	91	93	58	81	89	74	41	49
Royaume-Uni	96	89	89	93	35	97	90	89	86
États-Unis	46	59	40	37	38	42	42	29	30

Source : Schoen et coll. (2009).

Bien que les données concernant l'utilisation des TI de la santé en milieu hospitalier soient très limitées, il semble que l'adoption et l'usage des TIC dans les hôpitaux canadiens sont également limités. Dans une enquête nationale sur les hôpitaux dans cinq provinces et deux territoires, Urowitz et coll. (2008) ont rapporté qu'une faible majorité utilisait une forme quelconque de DSE, alors qu'une petite minorité seulement (2,4 %) était dotée de dossiers dont le degré de contenu électronique se situait entre 91 % et 100 %.

Le plus récent ensemble de profils de l'OMS sur la cybersanté dans 114 pays participants trace un portrait un peu plus positif de l'état de l'information en santé au Canada, bien que l'OMS (2011a) n'ait pas tenté de chiffrer son évaluation ou sa comparaison des rendements de chaque pays. Bien qu'un rapport de la vérificatrice générale du Canada (2009) fournit une évaluation limitée, mais largement favorable de l'Inforoute Santé du Canada quant à la responsabilité de l'exécution, il demeure manifestement nécessaire de procéder à une analyse rigoureuse de l'étendue et de l'efficacité des TI en santé au Canada.

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Tendances de la main-d'œuvre en santé

Dans la dernière décennie, les décideurs des gouvernements PT dans l'ensemble du Canada ont exprimé leurs préoccupations quant à la pénurie de main-d'œuvre en santé, en particulier les médecins et le personnel infirmier. En réaction à la situation, ces gouvernements ont implémenté des politiques visant à accroître les inscriptions en éducation ainsi qu'à embaucher des professionnels provenant des autres provinces et territoires ainsi que des autres pays. Ce changement fait contraste avec la période entre le début et le milieu des années 1990, où les gouvernements voyaient les surplus d'un mauvais œil et travaillaient activement avec les professions et les institutions post-secondaires pour réduire l'offre de médecins et de personnel infirmier, tout en limitant le nombre de personnes qui entraient dans ces professions (Tuohy, 2002; Chan, 2002a; Evans et McGrail, 2008).

Au minimum, ces efforts ont conduit à une rémunération et à une inflation accrues dans le secteur de la santé (ICIS, 2011b). Ils ont aussi haussé le nombre de médecins et de personnel infirmier par habitant. Cependant, il est important de noter qu'alors qu'en 2009, la densité de médecins avait surpassé le niveau de 1990, la densité de personnel infirmier n'a pas cessé de diminuer après 2000, et même de façon substantielle, de sorte qu'en 2009, le niveau était encore inférieur à celui de 1990 (voir le tableau 4.7).

Tableau 4.7

Professionnels praticiens de la santé au Canada par 1 000 habitants, années sélectionnées, 1990–2009

	1990	1995	2000	2005	2009
Personnel infirmier	11,10	10,89	10,13	8,71	9,39
Médecins de soins primaires	1,06	1,03	1,00	1,04	1,12
Groupe de spécialistes en médecine	0,41	0,43	0,45	0,47	0,53
Groupe de spécialistes en chirurgie	0,34	0,33	0,34	0,33	0,36
Psychiatres	0,13	0,14	0,14	0,15	0,15
Dentistes	0,52	0,53	0,56	0,58	0,59
Pharmaciens	0,68	0,70	0,77	0,79	0,88
Psychothérapeutes	–	–	–	0,50	0,52

Source : OECD (2011a).

Les autres professionnels de la santé n'ont pas été affectés par les compressions budgétaires des gouvernements FPT de la première partie des années 1990. Étant donné que les soins dentaires sont majoritairement privés au Canada, les dentistes n'ont subi les conséquences des coupures de dépenses du secteur public dans les années 1990. Alors que les médicaments sur ordonnance font partie d'un secteur mixte dont la couverture est à la fois publique et privée, ce qui l'isole, en partie, des restrictions budgétaires publiques, le facteur qui a eu le plus d'influence sur le nombre de pharmaciens est l'accroissement rapide de la consommation de médicaments durant les deux dernières décennies.

Étant donné la géographie, la dispersion de la population et les différences dans les systèmes et les politiques de santé, il existe des variations significatives dans la densité des professionnels de la santé entre les provinces et les territoires. Comme illustré au tableau 4.8, la densité d'IA est considérablement supérieure à la moyenne canadienne dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, alors que la densité de médecins y est beaucoup inférieure. Il en est ainsi en raison des communautés dispersées de l'Arctique qui comptent fortement sur des soins primaires dispensés par le personnel infirmier dans des centres de santé publics plutôt que sur les médecins de famille. À l'exception d'une présence importante dans les trois territoires du Nord, dont les populations sont atteintes de maladies dentaires dans la plus grande proportion, les professionnels de soins dentaires ont tendance à être concentrés dans les quatre provinces les plus urbanisées au Canada : l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta.

Tableau 4.8

Densité des travailleurs en santé par province et territoire, taux par 100 000 habitants, 2009

Province/Territoire	Infirmiers		Professionnels de soins dentaires					Autres			
	IA	inf. aux. aut.	Soins primaires	Spécialistes	Dentistes	Hygiénistes dentaires	Pharmaciens	Optométristes	Physiothérapeutes	Ergothérapeutes	Psychologues
Colombie-Britannique	688	169	119	96	67	63	88	11	59	36	25
Alberta	792	180	113	91	54	62	100	13	54	41	67
Saskatchewan	878	253	94	72	37	40	115	12	51	25	46
Manitoba	907	216	95	88	51	50	100	9	56	41	17
Ontario	718	219	90	97	63	81	79	13	49	32	25
Québec	839	244	110	112	54	61	95	17	48	52	95
Nouveau-Brunswick	1 048	364	109	85	39	48	92	15	60	40	41
Nouvelle-Écosse	949	357	117	115	56	58	117	11	60	40	49
Île-du-Prince-Édouard	996	471	89	76	50	51	114	13	38	31	20
Terre-Neuve-et-Labrador	1 140	494	118	102	35	23	116	10	38	30	39
Yukon	1 080	188	190	30	142	75	85	15	103	[26]	-
Territoires du Nord-Ouest	[1 348]	217	69	30	113	51	46	0	-	[26]	180
Nunavut	[1 348]	-	31	-	156	6	92	25	-	[26]	60
Canada	785	227	103	99	58	67	90	14	51	39	47

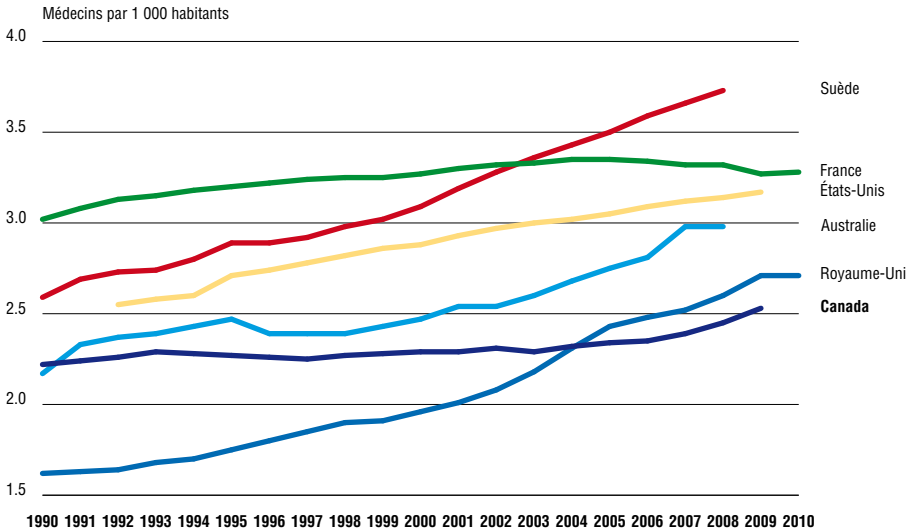
Source : ICIS (2011d).

Notes : Les chiffres entre crochets indiquent les régions où une estimation unique est donnée pour les IA (TNO + NU) et les ergothérapeutes (YK + TNO + NU) pour une région plus étendue du Nord; inf. aux. aut. : infirmier auxiliaire autorisé.

Durant les années 1990, le nombre de médecins s'est accru de 1,1 % en moyenne par année, un taux qui passerait à plus du double entre 2004 et 2009 en partie à cause de l'augmentation rapide du nombre de places dans les écoles de médecine du Canada et de l'arrivée de diplômés internationaux en médecine (Watanabe, Comeau et Buske, 2008; ICIS, 2011b). Par conséquent, le nombre de médecins par habitant a commencé à progresser ces dernières années, une tendance qu'on voyait déjà en Australie, en France, en Suède, aux États-Unis et aux États-Unis bien qu'elle se fasse sentir au Canada (fig. 4.2).

Fig. 4.2

Nombre de médecins par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010



Source : OCDE (2011a).

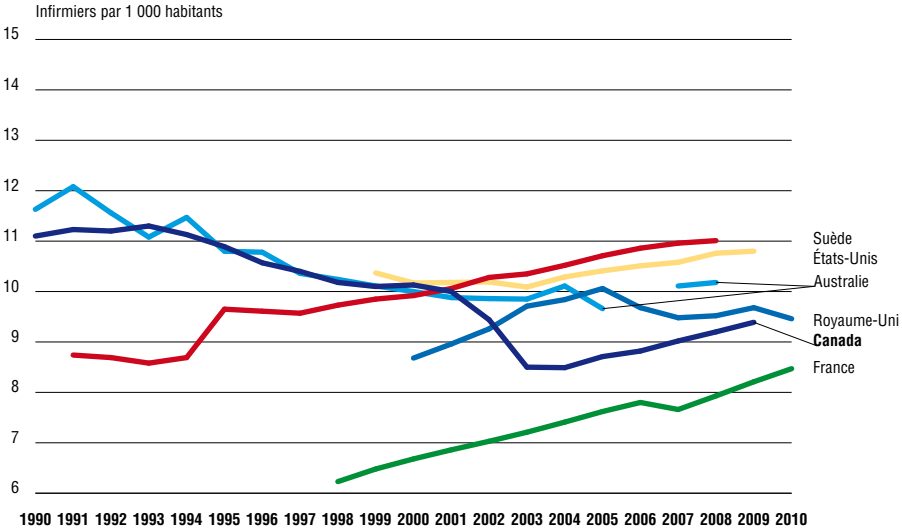
Note : Afin de créer une séquence temporelle, il a fallu utiliser les données basées sur les médecins qui exercent pour l'Australie, la Suède et les États-Unis, tandis que pour le Canada, la France et le Royaume-Uni, les données sont basées sur les médecins qui possèdent un permis de pratique.

Lorsque l'on compare le Canada avec les cinq pays de comparaison de l'OCDE quant au nombre du personnel infirmier par 1 000 habitants, il semble que seule l'Australie a connu un déclin similaire pour ce qui est de la densité du personnel infirmier dans les années 1990. Mais en 2005, la tendance s'était inversée au Canada, et le ratio du personnel infirmier par rapport à la population a augmenté depuis ce temps (fig. 4.3).

On remarque un fort contraste entre la tendance observée pour le nombre de dentistes par 1 000 habitants par rapport à celle qui a rapport au personnel infirmier. La densité de dentistes a progressé de façon régulière depuis 1990, une tendance que l'on retrouve seulement en Australie parmi les pays dans le groupe de comparaison (fig. 4.4).

Fig. 4.3

Nombre d'infirmiers par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010



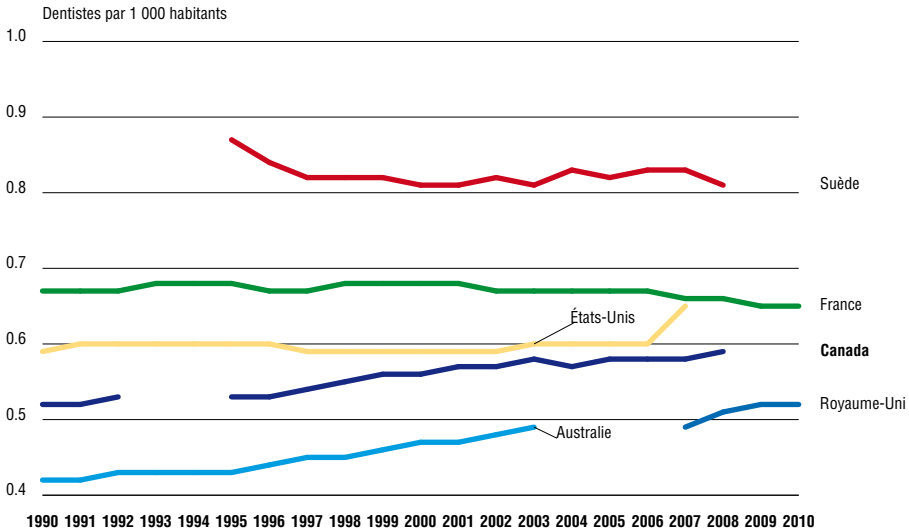
Source : OCDE (2011a).

Note : Les données pour l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni se limitent aux infirmiers non administratifs qui exercent, tandis que pour la France, la Suède et les États-Unis, les données comprennent les infirmiers occupant des postes administratifs, de gestion ou de recherche.

Quant à la densité de pharmaciens, le Canada présente une croissance régulière dans les deux dernières décennies. Comme on peut le voir dans la fig. 4.5, ce degré de densité est semblable à ceux des autres pays comparateurs. Seule la France fait figure d'exception, elle dont la population compte traditionnellement parmi les plus grands consommateurs de médicaments sur ordonnance au monde (Chevreul et coll., 2010).

Fig. 4.4

Nombre de dentistes par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010

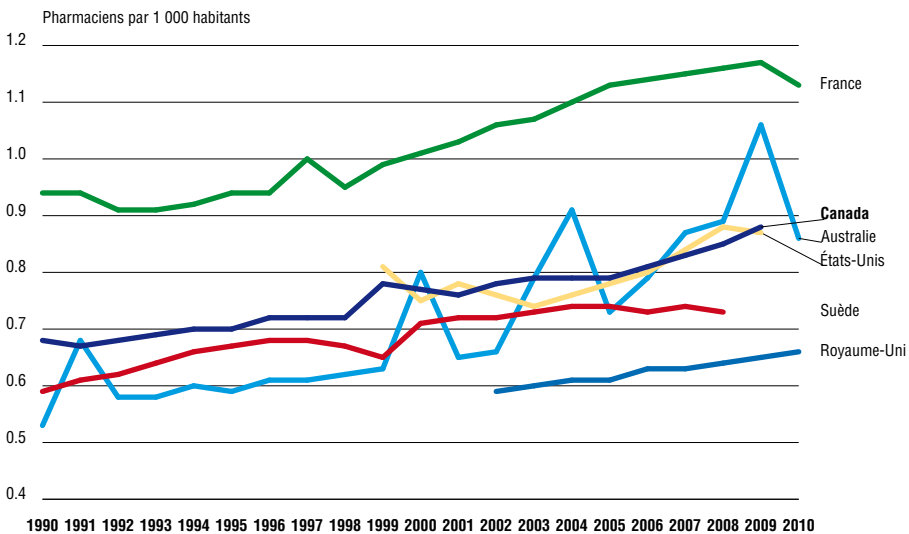


Source : OCDE (2011a).

Note : Les données pour l'Australie, le Canada, la France et les États-Unis sont limitées aux dentistes qui exercent, tandis que les données pour la Suède et le Royaume-Uni comprennent les dentistes occupant des postes administratifs et de gestion.

Fig. 4.5

Nombre de pharmaciens par 1 000 habitants au Canada et dans les pays sélectionnés, 1990–2010



Source : OCDE (2011a).

Note : Les données pour l'Australie, la Suède et le Royaume-Uni se limitent aux pharmaciens qui exercent, tandis que les données pour le Canada, la France et les États-Unis comprennent les pharmaciens occupant des postes de gestion et de recherche.

4.2.2 Mobilité professionnelle chez les travailleurs de la santé

Les médecins sont très mobiles au Canada et on assiste, depuis la fin des années 1990, à une féroce compétition chez les médecins et entre les systèmes de santé provinciaux et territoriaux et même à l'intérieur de ceux-ci. Cela a donné lieu à une mobilité significative entre les provinces. Les deux tiers des médecins qui quittent une province ou un territoire s'installent dans une autre région du Canada plutôt qu'à l'étranger (ICIS, 2010d). Lorsque les médecins partent à l'étranger, c'est généralement pour les États-Unis. Comme l'illustre le tableau 4.9, on observe une migration nette et régulière vers le Canada depuis les 30 dernières années, principalement en raison de l'afflux de diplômés internationaux en médecine (DIM).

Tableau 4.9

Migration internationale nette de médecins, Canada, par décennie, 1980–2009

Décennie	Déménagé à l'étranger	Revenir de l'étranger	Nouveaux DIM	Migration nette	Moyenne annuelle de l'effet sur le nombre de médecins (%)
1980–1989	3 244	1 806	5 216	3 778	0,9
1990–1999	5 541	2 091	4 755	1 305	0,2
2000–2009	2 859	2 000	7 181	6 322	1,0

Source : CIHI (2010d).

Bien que l'effet global de la migration semble avoir eu un effet marginal sur le nombre de médecins à l'échelle nationale, le tableau 4.9 ne met pas en évidence l'importance des DIM pour certaines provinces. À titre d'exemple, durant les dix dernières années, presque 50 % des nouveaux médecins en Saskatchewan ont été formés à l'étranger, en grande partie dans les pays en développement, particulièrement en Afrique du Sud. De fait, quelques ministères de la Santé, en collaboration avec des organismes médicaux provinciaux, ont mis sur pied des programmes pour faciliter et accélérer la délivrance de permis d'exercices des DIM, dont un bon nombre s'installe dans des régions mal desservies du pays (Dumont et coll., 2008).

Le personnel infirmier est aussi mobiles et la pénurie du personnel infirmier a causé une concurrence qui s'est accrue durant les dix dernières années entre les provinces, les territoires, les ASR et les hôpitaux indépendants. Par conséquent, les salaires et les traitements ont pris de l'ampleur de façon bien supérieure au taux observé dans les salaires en dehors du secteur de la santé (ICIS, 2011b). Dans les années 2000, environ 7 à 8 % du personnel infirmier

avait reçu sa formation initiale à l'extérieur du Canada. Certaines provinces et certains territoires ainsi que des organismes de santé ont activement recruté du personnel infirmier des autres pays, par exemple des Philippines (ICIS, 2010d; Runnels, Labonte et Packer, 2011).

L'embauche de diplômés internationaux médicaux et des sciences infirmières a suscité des questions quant aux répercussions de cette pratique dans les pays en développement. Par exemple, des estimations de neuf pays d'Afrique subsaharienne révèlent qu'il en coûte entre un minimum de 21 000 \$US, en Ouganda, et un maximum de 58 000 \$US, en Afrique du Sud, pour former un médecin (Mills et coll., 2011). Ce sont des pays qui ont de grands besoins en santé, ainsi que des ressources limitées pour éduquer et former des médecins, un fait à la base de l'accusation selon laquelle le recrutement de cette nature est peut-être contraire à l'éthique (McIntosh, Torgerson et Klassen, 2007; Runnels, Labonte et Packer, 2011).

4.2.3 Éducation et formation des travailleurs en santé

Concernant les études et la formation des fournisseurs de santé, les ministères de la Santé des provinces travaillent de concert avec les organismes de soins de santé dans le but d'établir ou de modifier le nombre de «places» ou d'inscriptions dans les programmes professionnels des institutions post-secondaires. Comme l'éducation est de la compétence exclusive des provinces et que la presque totalité du système d'éducation au Canada est financé par l'État, les gouvernements de provinces fixent le financement de l'éducation post-secondaire dispensée par les universités, les collèges et les institutions techniques (Tzountzouris et Gilbert, 2009). Le tableau 4.10 indique les exigences en éducation et en formation de 22 professions.

On compte 17 programmes médicaux offrant un doctorat en médecine (M.D.) dans les universités canadiennes. Les programmes varient en longueur, allant de trois ans (McMaster University et l'Université de Calgary) à une durée plus commune de quatre ans qui comprend un stage clinique (ICIS, 2011a). Après la graduation, les étudiants en médecine prennent part à un programme de résidence en pratique familiale ou dans un domaine spécialisé, ce qui termine leur formation; ce programme dure au moins deux ans dans le cas de la pratique familiale et quatre ans ou plus pour les autres spécialités en médecine, en chirurgie ou en médecine de laboratoire. Comme dans la plupart des pays, le nombre de spécialités médicales s'est multiplié avec le temps. En 2011, on comptait 28 spécialités, 36 sous-spécialités et deux programmes spéciaux pour un total de 66 programmes individuels d'études et de formation.

Un petit nombre d'adjoints au médecin (250 en 2011) travaillent au Manitoba et en Ontario, les deux provinces qui offrent aussi un programme universitaire pour cette profession qui fait office de prolongement du médecin.

Tableau 4.10

Exigences en éducation et en formation de 22 professions du secteur de la santé, 2009

Profession	Études minimales requises	Internat ou stage pratique exigé	Examen national (en plus de toute exigence PT)
Audiologiste	Maîtrise	Oui	Oui
Chiropraticienne et chiropraticien	Doctorat professionnel	Oui	Oui
Hygiéniste dentaire	Diplôme	Oui	Oui
Dentiste	Doctorat professionnel	Oui	Oui
Diététiste	Baccalauréat	Oui	Oui
Professionnelle ou professionnel de la santé publique environnementale	Baccalauréat	Oui	Oui
Praticienne ou praticien en gestion de l'information sur la santé	Diplôme ou baccalauréat	Oui	Oui
Infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé	Diplôme	Oui	Oui
Technologistes médicales et médicaux	Diplôme	Oui	Oui
Technicienne ou technicien en radiation médicale	Diplôme	Oui	Oui
Sages-femmes et praticiens	Baccalauréat	Oui	Oui
Infirmière ou infirmier praticien	Maîtrise ou certificat post baccalauréat	Oui	Oui
Ergothérapeutes	Maîtrise	Oui	Oui
Optométriste	Doctorat professionnel	Oui	Oui
Pharmacienne ou pharmacien	Baccalauréat	Oui	Oui
Médecin	Doctorat en médecine et résidence	Oui	Oui
Physiothérapeute	Maîtrise	Oui	Oui
Psychologue	Doctorat	Oui	Oui
IA	Diplôme ou baccalauréat	Oui	Oui
Infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé	Diplôme ou baccalauréat	Oui	Oui
Inhalothérapeute	Diplôme	Oui	Oui
Orthophoniste	Maîtrise	Oui	Oui

Source : Compilation tirée de l'ICIS (2011a).

Alors que l'éducation de premier cycle et l'octroi de diplômes de formation médicale de premier cycle (« le doctorat en médecine » de base) sont du ressort des 17 écoles de médecine au Canada, le CRMCC est responsable de superviser l'enseignement supérieur et la formation des médecins. Ainsi, le CRMCC accrédite les 17 programmes de résidence, tous gérés par les facultés de médecine des universités. Les spécialistes sont également certifiés par le CRMCC, qui est reconnu par toutes les autorités attributives de permis provinciales sauf au

Québec, où le Collège des médecins du Québec est l'organisme d'accréditation principal (Flegel, Hébert et MacDonald, 2008; Bates, Lovato et Buller-Taylor, 2008; ICIS, 2011a).

Les exigences d'études pour le personnel infirmier ont augmenté de manière considérable depuis les deux dernières décennies, passant de programmes de diplômes d'une durée de deux ans à des programmes de baccalauréat de quatre ans. Les infirmiers praticiens sont des IA ayant le droit d'utiliser la désignation de « classe avancée » en raison des études et de la formation supplémentaires qu'ils ont accomplies. Leur champ de pratique, qui leur permet de prescrire certaines classes de médicaments et de commander certains tests diagnostiques, chevauche celui des médecins de famille. Plus important encore, étant donné les données probantes qui indiquent un déclin de l'intégralité des soins primaires dispensés par les médecins depuis la fin des années 1980, l'étendue des services de santé offerts par les infirmiers praticiens a suscité l'intérêt des partisans de la réforme des soins de santé primaires et des ministères de la Santé des provinces (Chan, 2002b; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2004; ICIS, 2011c). En plus de leurs études et de leur formation d'IA, les infirmiers praticiens doivent compléter une formation supplémentaire d'une institution accréditée qui est offerte dans chacune des dix provinces. La durée de ces programmes, qui comprennent le stage clinique, varie d'un an à un peu plus de deux ans (ICIS, 2011a).

Pour exercer au Canada, un pharmacien doit être titulaire d'un diplôme de baccalauréat en pharmacie d'un programme accrédité, réussir l'examen de qualification du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada et s'inscrire auprès de l'organisme de réglementation PT approprié. On compte dix universités qui offrent ces programmes au Canada. Il s'agit dans tous les cas de programmes de quatre ans, incluant le stage clinique, à l'exception du programme de la Memorial University of Newfoundland qui dure cinq ans. Ces universités canadiennes ont produit entre 705 et 1075 diplômés en pharmacie par année entre 2000 et 2009 (ICIS, 2011a).

Au Canada, les chiropraticiens doivent être titulaires d'un doctorat en chiropratique (D.C.) d'un programme accrédité, réussir les examens de compétence nationaux du Conseil des examens chiropratique canadien et s'inscrire à un organisme de réglementation provincial ou territorial, le cas échéant. Il existe deux programmes de chiropratique accrédités au Canada : un programme de quatre ans au Canadian Memorial Chiropractic College en

Ontario, et un programme de cinq ans à l'Université du Québec à Trois Rivières, au Québec, qui produisent au total entre 188 et 218 diplômés par année entre 2000 et 2009 (ICIS, 2011a).

Les dentistes exerçant au Canada doivent être détenteurs d'un doctorat en médecine dentaire (D.M.D.) ou d'un doctorat en chirurgie dentaire (D.D.S.) d'un programme accrédité, réussir l'examen écrit et l'examen clinique objectif structuré du Bureau national d'examen dentaire du Canada et s'inscrire auprès de l'organisme de réglementation PT approprié. Il existe dix programmes accrédités, tous d'une durée de quatre ans. La concurrence est forte concernant les inscriptions aux dix écoles de médecine dentaire du Canada, dont cinq sont établies au Québec ou en Ontario. Les Canadiens comptent parmi ceux qui dépensent le plus en soins dentaires dans le monde, ce qui est attribuable en partie à la prédominance de l'assurance dentaire privée, qui provient surtout des régimes de prestation liés à l'emploi. Comme c'est le cas pour les médecins, bon nombre de spécialités qui exigent deux ou trois ans d'études supérieures et de résidence sont apparues avec le temps, y compris (mais pas exclusivement) les orthodontistes, les parodontistes, les endodontistes, et les pédodontistes. De nombreux professionnels dentaires appuient les dentistes et les spécialistes dentaires dans leur travail; on pense entre autres aux assistants dentaires, aux hygiénistes dentaires et aux thérapeutes dentaires. Les organismes dentaires provinciaux sont responsables d'octroyer des permis à divers sous-groupes professionnels et d'en assurer l'autoréglementation, bien que le Collège royal des chirurgiens-dentistes du Canada joue un rôle similaire au CRMCC concernant l'établissement de normes relatives à l'éducation supérieure et à la formation.

4.2.4 Cheminement de carrière

Il existe peu de cheminements de carrière officiels menant à la gestion ou à l'établissement de politiques pour les cliniciens, y compris les médecins et les infirmiers, au sein du système de santé, et ce, malgré le fait que, de plus en plus, les cliniciens sont appelés à y assumer le rôle de gestionnaires. Par conséquent, on travaille bien à élaborer des cheminements de carrière, mais d'une façon ponctuelle qui varie selon les organismes individuels de soins de santé.

Créé à l'origine en 1970, le Collège canadien des leaders en santé, autrefois appelé Collège canadien des directeurs de services de santé, offre du soutien professionnel comprenant une revue, ainsi que des programmes et des services professionnels. Il offre aussi à ses membres, dont certains ont été ou sont encore des cliniciens, un programme fondé sur les compétences intitulé « Certified Health Executive ».

5. Prestation de services

Bien qu'il soit difficile de généraliser compte tenu de la nature décentralisée de l'administration et de la prestation des services de santé au Canada, le cheminement typique d'un patient commence par une visite auprès d'un médecin de famille qui déterminera le traitement de base à suivre, le cas échéant. Les médecins de famille font figure de contrôleurs : ce sont eux qui décident si leurs patients devraient subir des tests diagnostiques, obtenir des médicaments sur ordonnance, ou être recommandés à des spécialistes médicaux. Cependant, les ministères de la Santé des provinces ont redoublé leurs efforts en vue de réformer les soins primaires au cours de la dernière décennie. Plusieurs d'entre eux mettent l'accent sur la transition entre le bureau de médecin traditionnel où on ne retrouve que des médecins, et une pratique fondée sur des équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires pouvant fournir un plus vaste éventail de services de soins de santé primaires 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Dans les cas où le patient n'a pas de médecin de famille attiré ou a besoin d'aide après les heures de bureau, le premier point de contact peut être une clinique sans rendez-vous ou le service d'urgence d'un hôpital.

Les services de prévention de maladie, comme le dépistage des maladies, peuvent être dispensés par un médecin de famille, un bureau local de santé publique ou un programme de dépistage ciblé. Tous les gouvernements des provinces et des territoires ont des initiatives de santé publique et de promotion de la santé. Ils effectuent également la surveillance de la santé et gèrent la réaction aux épidémies. Alors que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) élabore et gère les programmes qui appuient la santé publique dans l'ensemble du Canada, la plupart des activités de santé publique quotidiennes et de l'infrastructure de soutien relèvent des gouvernements des provinces et des territoires.

La presque totalité des soins actifs est prise en charge par les hôpitaux du secteur public ou privé sans but lucratif au Canada, même si on retrouve des services ambulatoires et de diagnostic spécialisé dans les cliniques privées à but lucratif. La plupart des hôpitaux possèdent un service d'urgence alimenté par des unités de service médical d'urgence indépendantes qui procurent aux patients les soins de première intervention durant leur transport aux services d'urgence.

Concernant les médicaments sur ordonnance, tous les gouvernements des provinces et des territoires possèdent un programme de remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance qui couvre les médicaments sur ordonnance destinés aux patients externes pour les populations désignées (p. ex. les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide sociale), et le gouvernement fédéral couvre les médicaments des Premières nations et des Inuits admissibles. Ces assureurs publics dépendent fortement des ETS, y compris le PCEM mené par l'ACMTS, pour déterminer les médicaments qui devraient être inclus dans leur liste de médicaments assurés respective. Malgré la création d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques issue du Plan décennal adopté par les premiers ministres en 2004, il y a eu peu de progrès quant au programme pancanadien de couverture des médicaments onéreux.

Les services et les politiques de réadaptation et de soins de longue durée, y compris les soins à domicile et communautaires, les soins palliatifs et le soutien aux aidants naturels, varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre. Jusqu'aux années 1960, la plupart des soins de santé mentale étaient dispensés dans de grands hôpitaux psychiatriques gérés par la province. Depuis la désinstitutionnalisation, les personnes souffrant de troubles mentaux sont diagnostiquées et traitées par les psychiatres en consultation externe même s'ils peuvent être hospitalisés pendant un certain temps à l'unité de psychiatrie d'un hôpital. Les médecins de famille fournissent la majorité des soins de santé mentale primaires.

À la différence des soins de santé mentale, presque tous les soins dentaires sont financés par le secteur privé au Canada. Comme l'accès est largement déterminé par le revenu, les résultats sont très inéquitables. Les MCP sont aussi financées et offertes par le secteur privé.

Étant donné la disparité des résultats de santé chez les Autochtones, ainsi que les enjeux historiques liés à la prestation de services à des communautés qui comptent parmi les plus éloignées au Canada, les gouvernements FPT ont mis sur pied un certain nombre de programmes et de services ciblés. Alors que

l'état de santé des Autochtones s'est amélioré durant la période d'après-guerre, il continue à y avoir un écart significatif entre l'état de santé des populations autochtones et celui de la plupart des autres Canadiens.

5.1 Santé publique

La santé publique vise à améliorer l'état de santé, à prolonger la vie et à améliorer la qualité de vie au moyen de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des autres formes d'intervention en santé. Contrairement aux autres services mentionnés dans ce chapitre, la plus grande partie des politiques et des programmes en santé publique ciblent des populations plutôt que des personnes. Les gouvernements provinciaux sont depuis longtemps reconnus pour des interventions en santé publique remontant aussi loin que 1882, lorsque la *Loi sur la santé publique* de l'Ontario a établi un grand nombre de mesures en santé publique, un conseil de la santé permanent et le premier médecin-conseil en santé publique.

Au Canada, on associe généralement la santé publique aux six fonctions discrètes suivantes : l'évaluation de la santé de la population, la promotion de la santé, le contrôle et la prévention de la maladie et des blessures, la protection de la santé, la surveillance et la préparation en cas d'urgence et l'intervention en cas d'épidémie. Les gouvernements FPT (et leurs autorités déléguées, y compris les ASR) effectuent quelques-unes de ces fonctions, sinon toutes. Tous les gouvernements nomment un médecin-conseil en santé publique ou un administrateur en chef de la santé publique pour qu'il dirige leurs efforts en matière de santé publique dans leur compétence respective. Ces personnes sont généralement des médecins qui ont effectué des études spécialisées ou ont suivi une formation en santé publique.

Compte tenu de leurs grandes responsabilités en santé et en soins de santé, les ministères provinciaux de la Santé ont tous des directions générales de santé publique (certains d'entre eux ont même un organisme ou un ministère dédié à la santé publique) responsables des six fonctions discrètes de la santé publique. De plus, la plupart des ministères de la Santé ont lancé d'importantes initiatives en santé de la population au cours des dernières années. Dans certaines provinces, les ASR ont lancé leurs propres programmes de promotion de la santé publique et de prévention des maladies dans les secteurs qui en avaient le plus grand besoin selon leur population respective.

Le gouvernement fédéral fournit aussi une grande variété de services de santé publique principalement par l'entremise de l'ASPC, qui coordonne, du moins en partie, les six fonctions de la fonction publique décrites ci-dessus. L'ASPC est responsable de la surveillance des maladies, y compris d'établir des rapports à l'OMS et aux autres organisations internationales pertinentes. L'ASPC administre aussi un réseau de services de laboratoires pour le contrôle des maladies comme le Laboratoire national de microbiologie. Comme Santé Canada, l'ASPC est responsable de financer et d'administrer différents programmes de santé publique, dont certains mettent l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, y compris le programme d'Aide préscolaire aux Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale et la Stratégie en matière de modes de vie sains, ainsi que de programmes de prévention des maladies contre le sida et pour la réduction du tabac.

L'ACSP est un organisme bénévole qui se consacre à améliorer l'état de la santé publique au Canada. En association avec ses directions générales et ses associations provinciales et territoriales, l'ACSP prône une meilleure sensibilisation par rapport aux retombées des interventions en santé publique et encourage la recherche et l'enseignement en santé publique.

Les provinces sont principalement responsables de financer et administrer des programmes de dépistage pour la détection précoce du cancer, et tous les ministères provinciaux et territoriaux ont mis en œuvre un de ces programmes ou plus. Bien que leur approche, leur prestation et leur intégralité varient beaucoup, les gouvernements provinciaux adoptent des programmes de détection élaborés dans d'autres provinces une fois qu'ils se sont avérés une réussite. Par exemple, la Colombie-Britannique a été la première province à lancer un programme sur le cancer du sein axé sur la population en 1988. Deux ans plus tard, la province d'Ontario a commencé à fournir des tests de dépistage pour le cancer du sein axés sur la population pour les femmes âgées de 50 ans ou plus. Après quoi, l'Initiative canadienne sur le cancer du sein a été lancée au moyen de l'aide financière de Santé Canada, et une base de données pancanadienne sur la surveillance du dépistage du cancer du sein a été établie à l'aide des données provinciales. Les tests organisés de dépistage du cancer du sein constituent maintenant la norme plutôt que l'exception au Canada (Action Cancer Ontario, 2010; ASPC, 2011). On estime que les tests de dépistage ont contribué à environ la moitié des diminutions de la mortalité par cancer du sein au Canada entre 1986 et 2005 (Wadden, 2005). Les tests de dépistage et la surveillance du cancer du col de l'utérus ont suivi un parcours semblable dans les années 1990.

Dans les années 2000, de grands efforts ont été faits pour améliorer et rendre plus accessible les tests de dépistage du cancer colorectal, qui est la deuxième principale cause de mortalité par le cancer au Canada. En 2004, des lignes directrices cliniques ont été établies par rapport aux tests pour le cancer colorectal. En 2007, à la lumière du succès d'un projet pilote antérieur, le gouvernement de l'Ontario a établi un programme de dépistage du cancer colorectal axé sur la population dans toute la province, la même année où le gouvernement du Manitoba a établi son propre projet pilote de dépistage organisé. Un an plus tard, on a demandé à un grand échantillon de Canadiens s'ils avaient effectué le test recommandé pour le cancer colorectal afin d'établir l'incidence d'une méthode de dépistage axée sur la population plutôt que sur les médecins (tableau 5.1). Bien que les résultats auto-déclarés doivent être traités avec précaution, ils indiquaient cependant des niveaux beaucoup plus élevés de dépistage en Ontario et au Manitoba, et encourageront probablement d'autres provinces à établir des tests de dépistage axés sur la population pour le cancer colorectal.

Tous les ministères des provinces et des territoires de la Santé accordent aussi des ressources pour le contrôle des maladies infectieuses et transmissibles. Cependant, compte tenu de la portée géographique de ces maladies, et de la rapidité à laquelle elles se répandent, le gouvernement fédéral a commencé à jouer un rôle plus important tant en contrôle qu'en surveillance. L'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2003 et le rapport conseil qui l'a suivi ont constitué le catalyseur d'un changement de politique que de nombreux partisans de la santé publique demandaient depuis longtemps (Santé Canada, 2003). Un an plus tard, l'ASPC a été établie avec le mandat de surveiller les éclussions de maladies, se préparer contre elles et intervenir si la situation se présente, en plus de s'occuper d'autres fonctions de la santé publique.

Tableau 5.1

Tests effectués pour le cancer colorectal, auto-déclaré (% de la population provinciale ou territoriale), 2008

Province/Territoire	% de la population
Colombie-Britannique	37
Alberta	37
Saskatchewan	38
Manitoba	53
Ontario	50
Québec	28
Nouveau-Brunswick	34
Nouvelle-Écosse	32
Île-du-Prince-Édouard	32
Terre-Neuve-et-Labrador	34
Yukon (territoire)	29
Territoires du Nord-Ouest	30
Nunavut	–

Source : Wilkins & Shields (2009).

Remarque : On a demandé aux résidents s'ils avaient effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années, ou une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. La taille de l'échantillon au Nunavut était trop petite pour que le résultat soit fiable.

La planification et la programmation de l'immunisation constituent aussi une responsabilité des ministères des provinces et des territoires de la Santé (De Wals, 2011). Les services d'immunisation peuvent être fournis de différentes façons, mais les deux manières les plus courantes sont par l'entremise de médecins de famille, ou de bureaux régionaux de la santé publique. Le Comité consultatif national de l'immunisation est un comité pancanadien composé d'experts reconnus qui travaillent avec l'ASPC et lui font des rapports sur les résultats de leurs délibérations. Ses recommandations sont transmises au public, y compris aux fournisseurs de soins de santé et aux décideurs du système de santé, dans le *Guide canadien d'immunisation* qui est publié tous les cinq ans (CCNI, 2006).

5.2 Cheminement du patient

En raison de la nature décentralisée de la prestation des soins de santé, le cheminement du patient peut varier grandement selon la province ou le territoire de résidence. Les étapes suivantes font partie d'un cheminement hautement stylisé d'une femme nommée Marie vivant dans la partie plus urbaine et au sud du pays :¹

1. Lorsqu'elle devient malade, Marie visite son médecin de famille qui effectue un examen préliminaire. Selon le diagnostic, Marie pourrait recevoir une ordonnance de pharmacothérapie, pourrait être dirigée vers d'autres tests diagnostiques ou être dirigée auprès d'un spécialiste. Marie ne paie pas ses visites chez les médecins, ni le coût de tout test diagnostique médicalement nécessaire prescrit par le médecin.
2. Si on lui donne une ordonnance, Marie ira à la pharmacie de son choix et donnera l'ordonnance signée de son médecin au pharmacien. Si elle ne possède pas d'assurance privée ou ne satisfait pas aux critères du régime d'assurance-médicaments de sa province, Marie pourrait devoir payer le coût total du médicament.
3. Si le médecin l'envoie passer d'autres tests diagnostiques, Marie devra fournir du sang ou d'autres fluides corporels à un laboratoire privé ou effectuer des tests diagnostiques de base (p. ex. radiographie) ou avancés (p. ex. IRM), soit dans une clinique privée, soit dans un hôpital. Puisque ces tests sont médicalement nécessaires, Marie n'aura pas à payer de frais, peu importe le lieu où elle passe le test.
4. Les résultats diagnostiques de Marie seront envoyés à son médecin de famille. Une fois que le médecin reçoit les résultats, il fixera un nouveau rendez-vous à Marie pour une nouvelle consultation et, le cas échéant, lui expliquer les prochaines étapes du traitement.
5. Si elle est dirigée vers un médecin spécialiste (consultation), Marie sera examinée et ils prendront une décision quant à un traitement spécialisé. Son médecin de famille sera informé des résultats.
6. Si le traitement comporte une intervention chirurgicale ou toute autre intervention d'urgence, Marie sera informée d'une date à laquelle se présenter à l'hôpital ou, dans les cas nécessitant des interventions chirurgicales de routine, une clinique de chirurgie spécialisée.

¹ Dans le Grand Nord des provinces et dans les trois territoires du nord, le premier point de contact sera plus vraisemblablement une IA dans un centre de santé communautaire.

7. Lorsque Marie sortira de l'hôpital, son médecin de famille recevra un sommaire de congé de la part de son spécialiste pour permettre un suivi adéquat.
8. Si Marie a besoin de plus de services de soins à domicile ou de réadaptation, le médecin de Marie lui fournit l'aiguillage nécessaire. Si son médecin considère que ces services sont médicalement nécessaires, elle ne les paiera pas; autrement, elle pourrait devoir payer une partie ou l'intégralité des coûts, selon la couverture offerte par sa province de résidence.

5.3 Soins primaires/ambulatoires

Les soins primaires désignent le premier point de contact d'une personne avec le système de santé et comprend essentiellement les soins médicaux généraux pour les maladies et blessures communes. Ils peuvent, et devraient, comprendre certaines activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, bien que, contrairement aux services de santé publique décrits ci-dessus, ceux-ci soient fournis au plan individuel plutôt qu'à celui de la population. Les soins ambulatoires désignent les services médicaux non actifs fournis à une personne qui n'est pas limitée à un lit en milieu hospitalier en tant que malade hospitalisé au moment où les services sont fournis. Cependant, au Canada, puisque la plupart des soins ambulatoires spécialisés ont tendance à être fournis dans un hôpital à l'aide d'une approche de chirurgie ambulatoire, ce type de soins est abordé comme faisant partie des soins en milieu hospitalier dans la partie suivante.

Le modèle traditionnel de soins primaires au Canada a été fondé sur des médecins de famille individuels qui fournissent des services médicaux primaires fonctionnant selon le principe du paiement à l'acte. Alors que l'inscription des clients ou les autres formes de recrutement ou d'inscription des patients ne sont pas généralement utilisées, la plupart des médecins de famille ont un groupe relativement stable de patients après la période initiale requise pour établir un cabinet. De plus, alors que les patients sont libres de changer de médecin de famille, la plupart des gens choisissent d'entretenir une relation de longue durée avec un seul médecin.

Pendant les années 1970 et 1980, les provinces et les territoires ont établi diverses initiatives pour améliorer les soins primaires, y compris l'établissement de cliniques communautaires de soins primaires en Ontario et au Québec. Dans

les années 1990, de nombreuses réformes des soins de santé primaires ont été lancées à l'aide de projets pilotes. Malgré cette activité et les réformes antérieures, il y a eu peu de changements jusqu'à la fin du siècle (Huschison, Abelson & Lavis, 2001). Au cours de la dernière décennie, les ministères provinciaux et fédéraux ont redoublé leurs efforts pour réaliser des améliorations concrètes en soins de santé primaires.

Dans le Plan décennal de 2004 (voir la section 6.1), tous les gouvernements des provinces et des territoires se sont engagés à s'assurer qu'au moins 50 % de leurs résidents respectifs ont accès à des soins primaires en tout temps, que l'on appelle communément l'accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Certaines compétences ont établi des cibles quant au remplacement du paiement à l'acte par des contrats de paiement compensatoire qui encouragent d'accorder plus de temps à la consultation et au diagnostic. D'autres compétences explorent différents modèles de prestation de soins primaires, bien que la plupart des réformes soient plus évolutionnaires que révolutionnaires (Hutchinson et coll., 2011).

Le gouvernement de l'Ontario possède à présent un grand nombre de modèles de pratique des soins primaires qu'il évalue pour en déterminer le rendement (IRSS, 2012). Ceux-ci comprennent les centres de santé communautaires, un modèle de traitement annuel qui offre des services aux populations, dont le statut socioéconomique est plus faible; les groupes de la santé familiale fondés sur un modèle mixte de paiement à l'acte; les réseaux de santé familiale et les Organismes de santé familiale où les médecins sont financés selon un modèle mixte de capitation; et les équipes de santé familiale composées de plusieurs types de professionnels, dont les membres médecins sont financés à l'aide d'un modèle mixte de capitation. L'Institut de recherche en services de santé a comparé les cinq modèles concernant les visites au service d'urgence en une année (2008-2009 à 2009-2010), et a découvert que les patients/clients recrutés dans les centres de santé communautaires et les groupes de santé familiale faisaient beaucoup moins de visite au service d'urgence que ceux qui s'inscrivaient auprès des organismes de santé familiale, des équipes de santé familiale et des réseaux de santé familiale (IRSS, 2012).

5.4 Soins en milieu hospitalier/soins ambulatoires spécialisés

Au Canada, presque tous les soins secondaires, tertiaires et d'urgence, ainsi que la plus grande partie des soins ambulatoires spécialisés, sont effectués dans les hôpitaux. Selon la typologie présentée par Healy & McKee (2002), la tendance prédominante pendant des décennies s'est portée vers le modèle séparatiste de soins actifs plutôt qu'un modèle détaillé de soins curatifs en milieu hospitalier. Dans le modèle séparatiste, l'hôpital se spécialise en soins actifs et d'urgence, ce qui laisse les soins primaires aux médecins de famille ou aux cliniques de soins de santé communautaires et les soins institutionnels aux foyers de soins de longue durée et à d'autres établissements semblables. Il existe d'importantes exceptions et variations au Canada. Par exemple, en Colombie-Britannique, les hôpitaux sont responsables d'une grande quantité de soins de longue durée. Cependant, une tendance que l'on retrouve clairement au Canada est de consolider les soins tertiaires chez moins d'hôpitaux plus spécialisés, ainsi que l'attribution de certains types d'opérations chirurgicales non urgentes et de diagnostics de pointe à des cliniques spécialisées.

Historiquement, les hôpitaux au Canada étaient organisés et administrés d'un point de vue local, et presque tous les hôpitaux étaient administrés indépendamment des gouvernements fédéraux (Boychuk, 1999; Deber, 2004). Dans les provinces et les territoires qui se sont régionalisés, les hôpitaux ont été intégrés à un continuum de soins plus vaste soit à l'aide de l'appartenance directe de l'ASR ou au moyen de contrats auprès des ASR. Lorsque l'hôpital appartient aux ASR, les conseils d'administration des hôpitaux ont été dissous et les membres de la haute direction sont des employés de l'ASR. Si l'hôpital appartient à un organisme religieux ou d'une société civile séculaire, généralement un organisme à but non lucratif avec statut d'organisme de bienfaisance, il continue de posséder un conseil d'administration et une haute direction indépendants de l'ASR. Cependant, puisque les hôpitaux indépendants reçoivent la plus grande partie de leur flux de rentrées des ASR, ils se conforment habituellement aux objectifs généraux de l'ASR et sont intégrés d'une manière considérable aux services du continuum de soins de l'ASR.

Les services ambulatoires spécialisés sont généralement fournis dans les départements de soins externes des hôpitaux. Bien qu'il existe une tendance nette de fournir ces services dans des cliniques spécialisées et des cabinets de médecin, cette façon n'est pas devenue dominante concernant la prestation, en partie en raison de la réaction du public envers la transition de prestation offerte par des hôpitaux sans but lucratif à la prestation offerte par des cliniques à but

lucratif. Les organisations syndicales, en particulier, ont été hostiles envers ce changement puisqu'il pourrait signifier une transition d'effectif syndiqué à un effectif non syndiqué, et l'un des plus gros syndicats du secteur public au Canada, le Syndicat canadien de la fonction publique, a exprimé clairement son opposition envers la sous-traitance avec l'entreprise privée (Syndicat canadien de la fonction publique, 2005). De plus, la Coalition canadienne de la santé, un organisme de la société civile consacré à protéger l'assurance-maladie universelle au Canada, a aussi fait pression contre les initiatives de privatisation provinciales, y compris les partenariats publics-privés entre les hôpitaux (les PPP au Canada) (Shrybman, 2007).

5.5 Soins d'urgence

Les soins d'urgence au Canada désignent les soins fournis dans un service d'urgence, que l'on appelle aussi parfois simplement les urgences ou la salle d'urgence, dans un hôpital qui est doté d'employés 24 heures sur 24 par des médecins et du personnel infirmier d'urgence. Les soins d'urgence comprennent aussi les services médicaux d'urgence qui fournissent du transport (p. ex. ambulance routière ou aérienne) et les soins préhospitaliers ou interhospitaliers pendant le transport, notamment ceux fournis par les premiers intervenants et les techniciens médicaux d'urgence qui stabilisent le patient avant et pendant le transport. Les médecins qui pratiquent la médecine d'urgence sont soit des spécialistes membres du CRMCC, soit des médecins de famille spécialistes qui sont accrédités par le Collège des médecins de famille du Canada. Les IA peuvent être certifiées à titre d'infirmières d'urgence par l'entremise de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

D'importantes préoccupations ont été soulevées à propos de la fréquentation excessive des urgences et des longues périodes d'attentes pendant la dernière décennie. Lors d'un sondage effectué en 2004–2005, 62 % des directeurs d'urgences ont affirmé voir la fréquentation excessive comme un problème majeur ou grave (ACMTS, 2006). Les faits, bien que limités, appuient la perception prévalente selon laquelle la période du tri au traitement en salle d'urgence a considérablement augmenté, et le temps passé par les patients dans les services d'urgence a aussi augmenté régulièrement (Bullard et coll., 2009).

Au Canada, un homme atteint d'appendicite aiguë un dimanche matin suivrait le processus suivant :

1. L'homme se présente directement aux urgences (la grande majorité des patients des services d'urgence se présentent sans la recommandation d'un MG). Il est emmené à l'hôpital par un membre de la famille ou par ambulance.
2. Une fois au service d'urgence, il fournit sa carte d'assurance maladie provinciale et décrit brièvement le problème. On le renvoie ensuite auprès d'une infirmière de triage qui évalue l'urgence de la plainte après un examen plus poussé. Le délai d'attente avant d'être admis dans une salle d'urgence pour passer plus de tests et faire l'objet d'examen dépend du degré d'urgence.
3. L'homme se fait ensuite examiner par un médecin d'urgence qui l'informe du diagnostic et de l'intervention chirurgicale recommandée.
4. Une équipe médicale effectue la procédure ou la chirurgie nécessaire.

5.6 Soins pharmaceutiques

Les médicaments administrés en service interne par les hôpitaux sans être facturés aux patients font partie du régime d'assurance-maladie. Les produits pharmaceutiques pour patients externes, dont le coût peut être couvert en tout ou en partie par des régimes d'assurance-médicaments publics ou privés, sont prescrits par des médecins, et en de rares occasions, par d'autres fournisseurs de soins de santé qui ont le droit de prescrire certaines catégories de médicaments. Les personnes peuvent obtenir leurs médicaments sur ordonnance dans des pharmacies au détail. Presque toutes les pharmacies, qu'elles soient indépendantes ou qu'elles fassent partie d'une chaîne, vendent une foule de produits autres que des médicaments sur ordonnance et en vente libre. Les pharmacies situées dans des épiceries font directement concurrence aux pharmacies autonomes en vendant des médicaments sur ordonnance et en vente libre.

Les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires varient concernant l'étendue et la profondeur de la couverture, et ces différences sont le plus prononcées pour ce qui est des médicaments onéreux (Menon, Stafinski & Stuart, 2005; Grootendorst & Hollis, 2011; McLeod et coll., 2011). Contrairement à tous les autres régimes provinciaux, le programme d'assurance-médicaments du Québec est un régime d'assurance sociale publique dans lequel le secteur privé joue un rôle clé (Pomey et coll., 2007). Pour ajouter encore plus de complexité à ces différences provinciales et territoriales, les patients des Premières Nations et des Inuits admissibles sont couverts par l'entremise

d'un programme de services de santé non assurés. La seule exception est la pharmacothérapie chez les malades hospitalisés : puisqu'on considère que les médicaments sur ordonnance fournis dans les hôpitaux font partie de la couverture universelle, ils sont fournis aux résidents de toutes les provinces et de tous les territoires, y compris aux Premières Nations et aux Inuits, par les gouvernements PT sans frais.

Concernant la couverture d'assurance publique et privée pour les médicaments sur ordonnance, il existe un gradient est-ouest au Canada qui révèle que les résidents des quatre provinces canadiennes de l'ouest, de même que de l'Ontario et du Québec ont une couverture particulièrement plus profonde que celle des résidents des quatre provinces atlantiques (Romanow, 2002). En réaction à ce problème de politique, certains experts ont longtemps débattu sur un régime d'assurance-médicament national unique, de même qu'une seule liste des médicaments assurés en plus d'un seul organisme pour régler le prix des produits pharmaceutiques. Cependant, une telle approche est contestée par deux impératifs opposés : celui des gouvernements provinciaux, surtout du Québec, qui désirent garder le contrôle sur les politiques provinciales concernant les médicaments, notamment les régimes de médicaments sur ordonnance, et celui du gouvernement fédéral, qui a résisté contre le fardeau financier et le futur risque fiscal d'un programme de couverture pharmaceutique financé et géré par le gouvernement fédéral (Marchildon, 2007).

À l'exception du Québec, les gouvernements ont convenu de permettre à l'ACMTS d'établir un processus pancanadien pour examiner l'efficacité clinique et le rapport coût-qualité des nouveaux médicaments sur ordonnance appelé le PCEM, qui a été lancé en 2003. Cependant, le PCEM ne fait que des recommandations, et ce sont les gouvernements provinciaux qui, finalement, décident de tenir compte ou non des analyses du PCEM lorsqu'ils établissent la liste des produits pharmaceutiques spécifiques à inclure dans leur liste des médicaments assurés respective. En 2004, dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* signé par les premiers ministres, tous les gouvernements PT, à l'exception du Québec, ont établi un groupe de travail des ministres de la Santé pour élaborer et mettre en œuvre une « Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques » qui portait sur les neuf mesures de suivi suivantes (SCIC, 2004) :

- réagir aux préoccupations continues envers l'insécurité financière provoquée par une couverture faible et incohérente des médicaments onéreux (Phillips, 2009), afin d'élaborer, d'évaluer et d'établir le coût des possibilités de couverture pour les médicaments onéreux;

- établir une liste nationale commune des médicaments assurés pour les compétences y participant en fonction de l'innocuité et du rapport coûts-efficacité;
- accélérer l'accès aux médicaments considérés comme une découverte pour les besoins non satisfaits en santé à l'aide d'améliorations au processus fédéral d'autorisation des médicaments;
- renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments;
- étudier des stratégies d'achat en vue d'obtenir les prix les plus avantageux pour les Canadiens quant aux médicaments et aux vaccins;
- rehausser les mesures pour influencer le comportement des professionnels de la santé concernant les prescriptions, afin que les médicaments ne soient utilisés qu'en cas de besoin, et que le bon médicament soit utilisé pour régler le bon problème;
- élargir les pratiques de prescription électronique à l'aide de l'élaboration et de la mise en œuvre accélérées des DSE;
- accélérer l'accès aux médicaments non brevetés et atteindre la parité internationale sur le prix des médicaments génériques;
- rehausser l'analyse des générateurs de coûts et du rapport coûts-efficacité, y compris les pratiques exemplaires, dans les politiques publiques des régimes d'assurance-médicaments.

Bien que le comité ministériel ait fait des progrès continus, le travail sur les neuf mesures de réforme avait grandement cessé d'ici la fin de la décennie. Cet arrêt a été engendré en partie par les changements apportés à l'administration du gouvernement provincial et fédéral dans les années qui ont suivi, et il laisse un vide quant à la politique qui devra être traitée à l'avenir (CCS, 2009).

5.7 Soins intermédiaires/de réadaptation

Les services de réadaptation pour les malades hospitalisés fournis dans les hôpitaux et les établissements spécialisés de réadaptation sont considérés comme des services médicalement nécessaires et sont offerts gratuitement aux Canadiens. La réadaptation pour les malades hospitalisés a tendance à mettre l'accent sur l'orthopédie (immédiatement après une arthroplastie de la hanche ou du genou), les attaques, la dysfonction cérébrale, l'amputation d'un membre ou les lésions à la moelle épinière, dont environ deux-tiers (63 %) concerne l'orthopédie et la réadaptation après-attaque (ICIS, 2008a). La couverture

publique, y compris l'indemnisation des travailleurs pour les services de réadaptation pour patient externe, varie selon la province et le territoire, et les paiements de RAMP et de coûts déboursés sont fréquents (Landry et coll., 2008; Landry, Raman & Al-Hamdan, 2010). Ces services destinés aux patients externes sont généralement fournis dans des cliniques ou des milieux de travail dirigés par des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes.

5.8 Soins de longue durée

Cette section met l'accent sur les services de soins de longue durée fournis aux adultes plus âgés, ainsi qu'aux personnes de tout âge atteintes d'incapacités physiques, de maladies chroniques ou de difficultés d'apprentissage. Les soins de longue durée peuvent être fournis dans des établissements fondés sur les installations ou dans la communauté à l'aide de soins à domicile ou d'autres services de soutien. Les soins pour les troubles de la santé mentale aigus et chroniques sont abordés à la section 5.11. Puisque les soins de longue durée ne sont pas jugés un service assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les politiques publiques, les subventions, les programmes et les régimes réglementaires pour les soins de longue durée varient selon les provinces et les territoires (Chan & Kenny, 2002; Berta et coll., 2006; Hirdes, 2002).

Il existe différents soins de longue durée axés sur les installations au Canada : de soins en établissement avec certains services d'aide à la vie autonome à des installations de traitement des maladies chroniques (que l'on appelait auparavant des maisons de soins infirmiers) pourvus de supervision infirmière 24 heures sur 24. La plupart des soins en établissement sont financés par le secteur privé, alors que les soins d'urgence de longue durée qui offrent une supervision infirmière en tout temps sont financés par le public, par l'entremise des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les établissements de soins de longue durée sont soumis à différents régimes provinciaux et territoriaux quant à l'homologation et aux contrôles de la qualité, ainsi qu'à différents critères d'agrément. La propriété varie aussi considérablement au pays (Berta et coll., 2006). Dans certaines provinces, la plupart des lits de soins de longue durée sont situés dans des établissements à but lucratif : par exemple, en Ontario, 60 % des lits financés par le public sont situés dans des établissements à but lucratif (Berta, Laporte & Valdamanis, 2005). Dans d'autres provinces, la plupart des lits de soins de longue durée financés par le public sont situés dans des établissements à but non lucratif appartenant au gouvernement provincial et par les autorités de santé régionales, ou par des organismes communautaires ou religieux : par exemple, en Colombie-Britannique, 70 % des lits de soins de

longue durée sont situés dans des établissements à but non lucratif (McGrail et coll., 2007). Dans tous les cas, les établissements à but non lucratif ont tendance à être plus grands, avec des niveaux de dotation plus élevés en soins directs, parce que les besoins de leurs résidents ont tendance à être plus complexes, et nécessitent donc des niveaux de soins plus élevés (Berta et coll., 2006). Alors qu'il existe certaines données selon lesquelles on associe de meilleurs résultats pour les patients chez les établissements de soins de longue durée à but non lucratif, comparativement aux établissements à but lucratif, plus de recherches sont nécessaires pour mettre ce lien à l'épreuve (McGrail et coll., 2007).

Dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux plus intégrés, les soins à domicile peuvent constituer une solution de rechange rentable aux soins en établissement. Par surcroît, les augmentations des soins à domicile financés par le public au Canada ont révélé que ceux-ci diminuent l'utilisation des services hospitaliers, diminuent la dépendance envers des fournisseurs de soins informels, et augmentent les niveaux d'état de santé perçu par soi (Stabile, Laporte & Coyte, 2006; Hollander et coll., 2009). Bien que le pourcentage et le profil de base des Canadiens qui reçoivent des soins à domicile subventionnés par le public aient peu changé entre la moitié des années 1990 à la moitié des années 2000 (tableau 5.2), il existe des preuves que les besoins des personnes recevant des soins à domicile ont gagné en intensité. Par exemple, alors que 8 % des bénéficiaires de soins à domicile étaient incontinents en 1994–1995, la proportion a plus que doublé, jusqu'à 17 % en 2003 (Wilkins, 2006).

Tableau 5.2

Caractéristiques des bénéficiaires de soins à domiciles subventionnés par le gouvernement au Canada, 1994–1995 et 2003

	1994 à 1995	2003
Population canadienne recevant des soins à domicile subventionnés par le gouvernement, 18 ou plus (%)	2,5	2,7
Femmes (%)	32,7	34,6
Aide sociale en tant que principale source de revenus (%)	38,9	33,8
Moyenne de jours à l'hôpital au cours de la dernière année	13,4	8,6
Âge moyen en années	64,9	62,0

Source : Wilkins (2006).

De manière semblable aux autres pays à revenu élevé, les Canadiens plus âgés et frêles sont les bénéficiaires de la plupart des soins de longue durée en établissement et à domicile. Dans la plupart des provinces, les soins de longue durée ont été de plus en plus intégrés à un système de soins de santé axé sur la géographie à l'aide des ASR, et les ministères de la Santé des provinces

possèdent généralement une division responsable des soins de longue durée. Il existe aussi différents services privés et accommodements, particulièrement dans les grands centres urbains, que les Canadiens plus âgés et leur famille peuvent acheter.

5.9 Services offerts aux aidants naturels

Chaque province et territoire possède ses propres politiques et programmes concernant les aidants naturels, généralement en tant que partie de l'ensemble de services et d'avantages des soins à domicile fournis par le gouvernement PT particulier. Depuis 2002, le gouvernement fédéral a fourni des crédits d'impôt aux fournisseurs de soins admissibles. Pour répondre au travail accompli par le Secrétariat sur les soins palliatifs et de fin de vie (2001–2007), le gouvernement du Canada a lancé les prestations de soignant, qui offrent aux travailleurs six semaines de congé payé de leur emploi pour aider des membres de leur famille vivant les six derniers mois de leur vie. Les prestations de soignant font partie du programme de l'assurance-emploi et ne sont donc pas offertes aux travailleurs non standards et aux travailleurs autonomes.²

Par conséquent, les prestations de soignant sont limitées dans leur appui des soignants non rémunérés (Flagler & Dong, 2010; Williams et coll., 2011). Les estimations récentes de la valeur économique des aidants naturels révèlent le degré auquel les soins de longue durée à domicile dépendent du bénévolat (Hollander, Guiping & Chappell, 2009). Cependant, les chercheurs, tout comme les groupes de revendication des aidants ont remis en question la durabilité de cette politique. Une étude a conclu que plus la proportion de membres extérieurs à la famille, mâles et géographiquement éloignés faisant partie du réseau d'aidants naturels d'un patient est élevée, moins les soins sont durables (Fast et coll., 2004). Dans certains cas, les soins donnés par les aidants naturels peuvent être insuffisants. Il semble aussi y avoir une division urbaine et rurale dans l'appui offert aux aidants naturels, avec beaucoup plus de programmes existants pour les aidants en milieu urbain (Crosato & Leipert, 2006). Il existe aussi d'importantes différences concernant la qualité des services de soutien à domicile plus généralement (Sims-Gould & Martin Matthews, 2010).

² Bien que quelques-unes de ces prestations aient été récemment accordées aux travailleurs autonomes de façon volontaire, le recrutement est faible, car seul un petit pourcentage des travailleurs autonomes ont accepté de verser leurs cotisations.

5.10 Soins palliatifs

Puisque les termes « soins en hospice » et « soins palliatifs » sont utilisés de manière interchangeable au Canada malgré leurs définitions historiques différentes (Syme & Bruce, 2009), le terme « soins palliatifs » tel qu'il est utilisé ici comprend les deux formes de soins. Wright et coll. (2008) ont démontré qu'il existe une corrélation positive entre le revenu, ainsi que le développement humain comme mesuré par l'Indice de développement humain (IDH) des Nations Unies, et la disponibilité des services de soins palliatifs entre les pays. Le Canada est semblable aux pays à revenu élevé et à IDH élevé de l'OCDE en ce qui concerne l'offre et l'intégration de services de soins palliatifs. Semblablement à la division générale entre le financement public et privé des soins de santé, un peu plus de 70 % des services de soins palliatifs sont financés par le public au moyen de plans de santé FPT (Dumont et coll., 2009).³

Le niveau de financement public est en partie dû au fait que la plus grande partie des soins palliatifs au Canada sont fournis à des patients qui meurent d'un cancer et qui, à leur tour, reçoivent une grande quantité de soins en fin de vie dans les hôpitaux, malgré que dans certains cas le patient préfère recevoir des soins palliatifs à domicile (Leeb, Morris & Kasman, 2005; Widger et coll., 2007). Cependant, au cours des dernières années, un changement radical s'est manifesté dans l'emplacement des soins en fin de vie. Dans la période de 1994 à 2004, la proportion de Canadiens mourant dans des hôpitaux est passée de 77,7 % à 60,6 %, alors que celle de personnes qui sont décédées dans des établissements de soins de longue durée est passée de 3 % à 9,9 %, et celle de personnes décédées dans leur domicile est passée de 19,3 % à 29,5 % (Wilson et coll., 2008).

Depuis sa fondation en 1991, l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP), un organisme de bienfaisance à but non lucratif, a été un défenseur constant de l'accès aux soins palliatifs dans un milieu extérieur aux hôpitaux, et de l'établissement de normes et de lignes directives nationales relatives à la pratique des soins palliatifs externes (Association canadienne de soins palliatifs, 2002). Cette situation est en partie attribuable au fait qu'il existe des différences énormes dans la nature de ces services au Canada, comme le représente le tableau 5.3 par les soins palliatifs à domicile. De plus, le Sénat du Canada a favorisé la sensibilisation envers les soins palliatifs et a recommandé une stratégie pancanadienne pour réaliser un système plus cohérent, plus complet et plus intégré des soins palliatifs (Sénat du Canada, 2010).

³ On mentionne le gouvernement fédéral dans ce contexte parce que le ministère des Anciens Combattants offre des services de soins palliatifs aux vétérans admissibles des Forces armées canadiennes.

Tableau 5.3

Services de soins palliatifs à domicile selon chaque instance au Canada, 2008

Province ou territoire	Accès en tout temps à des services de soins infirmiers ou de soins personnels	Accès en tout temps à des services de gestion de cas	Protocole pour renvois	Suivi du temps passé en attente	Politique pour soins en équipe	Enseignement interprofessionnel	Appui envers la recherche
Colombie-Britannique	*	-	-	-	*	-	-
Alberta	*	-	-	-	*	*	*
Saskatchewan	-	*	*	-	*	-	-
Manitoba	*	-	*	-	*	*	*
Ontario	*	*	*	*	-	*	*
Nouveau-Brunswick	*	-	*	*	*	-	-
Nouvelle-Écosse	*	-	-	-	-	-	-
Île-du-Prince-Édouard	-	-	*	-	*	*	*
Terre-Neuve-et-Labrador	-	*	*	-	*	*	*
Nunavut	-	-	*	*	*	*	*
Territoires du Nord Ouest	-	-	-	*	-	-	-
Yukon	-	-	*	-	*	*	*

Source : Tiré de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada (2008).

Remarque : Le Québec n'a pas participé à l'enquête.

La plupart des grands hôpitaux au Canada possèdent des unités de soins palliatifs, un développement qui a été lancé par la séparation du traitement du cancer en tant que soins curatifs et palliatifs dans les années 1970. Alors que les soins de fin de vie en milieu hospitalier sont relativement uniformes au Canada, il existe de grandes différences des services de soins palliatifs à domicile financés et administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux (Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, 2008). Il existe aussi une grande variété dans les politiques et les programmes de soins palliatifs à l'échelle nationale (Williams et coll., 2010).

5.11 Soins de santé mentale

Au cours des cinquante dernières années, les soins de santé mentale pour les personnes atteintes de maladie mentale grave et chronique ont évolué, en ne favorisant plus de grands hôpitaux psychiatriques dans lesquels les patients vivaient pendant de très longues périodes, mais plutôt un traitement épisodique dans les ailes psychiatriques des hôpitaux, et des soins externes à l'aide de

médicaments sur ordonnance. La « désinstitutionnalisation » ayant eu lieu dans les années 1960 et au début des années 1970 a été précipitée par des thérapies professionnelles changeantes en association avec l'introduction de nouvelles pharmacothérapies (Sealy & Whitehead, 2004; Dyck, 2011).

Pour des raisons historiques, certains services de santé mentale, et particulièrement ceux qui ne sont pas fournis par des hôpitaux ou par des médecins, n'ont jamais été compris en tant que services complètement assurés en vertu de la LCS. Les politiques passées associées au développement de l'assurance-maladie universelle au Canada mettaient l'accent sur le traitement en milieu hospitalier et sur une position privilégiée pour les médecins (les médecins de famille et les psychiatres) par rapport aux autres fournisseurs de soins de santé mentale (Mulvale, Ableson & Goering, 2007). Par exemple, les services fournis par des psychologues sont en grande partie privés et sont payés par le RAMP dans le cadre des avantages sociaux offerts par l'employeur ou des coûts déboursés (Romanow & Marchildon, 2003).

Une conséquence de cette politique passée, en partie, est que les médecins de famille fournissent la plus grande partie des services primaires de santé mentale au Canada. Les résultats d'une grande enquête par sondage auprès de médecins de famille en Saskatchewan ont révélé que 80 % des répondants rencontraient au moins six patients atteints de problèmes de santé mentale par semaine, alors qu'un quart de ces médecins rencontraient plus de 20 patients atteints de troubles de santé mentale par semaine. Un grand nombre de médecins de famille étaient frustrés par la qualité des services qu'ils pouvaient offrir à leurs patients. De plus, 60 % de ces médecins de famille cogéraient les problèmes de santé mentale de leurs patients avec d'autres professions, et ils étaient particulièrement insatisfaits de la gestion avec les psychiatres (Clatney, MacDonald & Shah, 2008).

Comme presque tous les autres pays de l'OCDE, les résultats du Canada concernant la santé mentale et les troubles du comportement ne se sont pas améliorés de beaucoup depuis la mise en œuvre de la désinstitutionnalisation (OCDE, 2008). En 2006, le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a recommandé d'établir une commission nationale afin d'élaborer une politique pancanadienne sur les soins de santé mentale et les toxicomanies (Sénat du Canada, 2006). Un an plus tard, la Commission de la santé mentale du Canada fut établie par le gouvernement fédéral, avec l'appui de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf le Québec. En 2012, après

des consultations approfondies avec les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, la Commission a publié son premier rapport important qui établissait une stratégie sur la santé mentale (CSMC, 2009; CSMC, 2012).

En raison de limitations des données, il existe peu d'études qui comparent la qualité et le volume des soins de santé mentale au Canada par rapport à d'autres pays. Dans leur étude comparant le Canada et l'Australie, Tempier et coll. (2009) ont retrouvé un niveau beaucoup plus élevé de troubles anxieux dans la population canadienne (4,6 %) par rapport à la population de l'Australie (2,7 %), bien que le taux de dépendance à l'alcool et aux médicaments soit quelque peu plus faible. Malgré les similitudes entre les niveaux et la disponibilité des fournisseurs de soins de santé mentale, les consultations en santé mentale étaient plus basses au Canada (51,3 %) par rapport à l'Australie (64,6 %).

5.12 Soins dentaires

Presque tous les services de soins de santé dentaires sont fournis par des praticiens indépendants qui gèrent leur propre cabinet. Le paiement de ces services est effectué à l'aide du RAMP ou d'un paiement direct déboursé. Si un résident provincial ou territorial reçoit de l'aide sociale, une partie ou la totalité des coûts pour les services dentaires personnels peuvent être couverts par le gouvernement provincial ou territorial. D'une manière semblable, si une personne des Premières Nations ou des Inuits est admissible, une partie ou la totalité des coûts sera couverte par le gouvernement fédéral à l'aide du programme de services de santé non assurés. Presque 54 % de tous les soins dentaires financés par le privé sont financés par un RAMP, qui lui est obtenu par l'entremise de régimes de prestations aux employés (Hurley & Guindon, 2008). Le solde restant est financé directement par des paiements déboursés.

Contrairement à la plupart des pays à revenu élevé, le Canada fournit très peu de subventions publiques pour donner accès aux soins dentaires. Actuellement, 95 % de tous les services dentaires sont financés par le privé, un niveau semblable à celui des États-Unis, de l'Espagne et du Portugal, les seuls autres pays riches comportant des niveaux aussi élevés de financement privé pour les services dentaires (Grignon et coll., 2010). Ce degré de dépendance sur le financement privé, en l'absence d'autres obstacles à l'accès, a produit de grandes inégalités en soins dentaires (Leake & Birch, 2008; Wallace & MacEntee, 2012). Ces inégalités sont directement reliées au fait que les Canadiens dont le revenu est plus faible ont des visites moins fréquentes chez le dentiste en raison des coûts (Santé Canada, 2010).

Afin d'aborder ces inégalités, les gouvernements ont lancé quelques programmes ciblés de services dentaires et de santé buccodentaire. Le premier programme provincial de ce type, lancé par le gouvernement de la Saskatchewan pendant les années 1970, ciblait les écoliers. À l'aide d'infirmières dentaires et de para-professionnels dentaires, le Saskatchewan Health Dental Program (Programme de santé dentaire de la Saskatchewan) s'est révélé très efficace, mais a été démantelé en l'espace de dix ans (Wolfson, 1997). Ce fut suivi par un programme semblable au Manitoba qui ciblait les enfants en milieu rural, mais celui-ci a aussi été discontinué par l'administration subséquente (Marchildon, 2011). L'Ontario possède le CINOT (Enfants ayant besoin de soins dentaires), ainsi que Beaux sourires Ontario, un programme pour les ménages à faible revenu lancé en 2010 (Ito, 2011). Comme mentionné ci-dessus, le gouvernement fédéral finance le plus important programme ciblé au Canada en fournissant une couverture pour les soins dentaires à l'aide du programme de services de santé non assurés.

5.13 Médecines complémentaires et parallèles

Les médecines complémentaires et parallèles (MCP) regroupent tous les systèmes de médecine non occidentaux, comme la médecine traditionnelle chinoise et la médecine autochtone, de même que les médecines particulières et les thérapies comme l'herboristerie, la thérapie de relaxation et la réflexologie. Jonas & Levin (1999) ont catalogué quelque 4 000 différentes MCP, y compris l'homéopathie, chiropractie et la massothérapie. Bien que ces pratiques varient grandement, la plupart des MCP ont au moins quatre caractéristiques en commun (Smith & Simpson, 2003) :

- on suppose qu'elles fonctionnent en conjonction avec les propres mécanismes de guérison du corps;
- elles sont « holistiques », en ce sens qu'elles traitent la personne tout entière;
- elles essaient de faire participer la personne de sorte qu'elle joue un rôle actif dans le processus de guérison;
- elles mettent l'accent sur la prévention des maladies et sur le bien-être tout autant que sur le traitement.

Comme c'est le cas pour la plupart des pays de l'OCDE, les Canadiens ont fait preuve d'un intérêt grandissant pour les APCS. Le taux de croissance pour certaines catégories de praticiens de médecine douce a largement

devancé le taux de croissance des fournisseurs de soins de santé traditionnels (Clarke, 2004). En même temps, la réaction des professions établies de soins de santé envers les praticiens des MCP varie de l'acceptation au scepticisme, et même à l'hostilité (Kelner et coll., 2004; Nahas & Balla, 2011). Certains groupes des MCP, y compris les naturopathes, les acuponcteurs en médecine traditionnelle chinoise et les homéopathes, ont répondu à ces défis en cherchant à faire reconnaître le caractère professionnel de leurs services, et à établir une autoréglementation (Welsh et coll., 2004; Gilmour et coll., 2002).

Depuis 2004, les produits de santé naturels sont réglementés par la Direction des produits de santé naturels de Santé Canada. Santé Canada désigne par « produits de santé » tous les produits ne contenant que les ingrédients répertoriés à l'annexe 1 du *Règlement sur les produits de santé naturels* de la *Loi sur les aliments et drogues* (p. ex. plante ou matière végétale, algue, bactérie, champignon, amino-acide et vitamine), les médecines homéopathiques ou les médecines traditionnelles, et exclut les produits contenant les ingrédients répertoriés à l'annexe 2 (p. ex. tabac, drogue ou substance contrôlée, et les antibiotiques préparés à partir d'algue, de bactérie ou de champignon). Les produits de santé naturels sont vendus sous forme posologique et sont conçus pour être utilisés : dans le diagnostic, le traitement, l'atténuation ou la prévention d'une maladie, d'un trouble ou d'un état physique anormal ou de ses symptômes chez les humains; pour maintenir ou favoriser la santé; pour restaurer ou corriger une fonction de la santé humaine; pour restaurer ou corriger des fonctions organiques chez les humains; ou pour modifier des fonctions organiques chez les humains d'une façon qui maintient ou favorise la santé. En s'appuyant sur une enquête effectuée par Statistique Canada en 2007, 290 firmes spécialisées en produits de santé au Canada vendaient des dizaines de milliers de produits de santé naturels et généraient 1,7 milliard de dollars canadiens en revenus (Cinnamon, 2009).

5.14 Services de santé offerts aux Canadiens autochtones

Le terme « Canadiens autochtones » comprend les résidents des Premières nations, les Inuits et les Métis, en référence aux descendants des peuples qui vivaient dans l'étendue géographique appelée maintenant Canada avant la colonisation par les Européens. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de fournir des services assurés à tous leurs résidents, y compris aux Canadiens autochtones, en vertu de la *Loi canadienne*

sur la santé. Le gouvernement fédéral finance et administre des postes de soins infirmiers, des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que des services de santé publique dans les réserves des Premières nations et dans les communautés des Inuits, et fournit aussi des services primaires dans les réserves et des services de soins d'urgence dans les secteurs éloignés et isolés où les services assurés des PT ne sont pas disponibles. De plus, le gouvernement fédéral fournit des services de santé non assurés à environ 846 000 Premières nations et Inuits admissibles (consulter la section 2.3.2).

Historiquement, les efforts du gouvernement de cibler les besoins en santé des Canadiens autochtones ont eu peu de succès. Par exemple, dans le cas de la santé dentaire, la couverture financée par le fédéral des services dentaires pour les Premières nations et les Inuits admissibles en vertu du programme de services de santé non assurés semble avoir eu peu d'effet sur l'écart présent entre les Canadiens autochtones et les non-autochtones (Lawrence et coll., 2009; Gignon et coll., 2010).

En raison de ces écarts continus, les organismes et les chefs autochtones ont demandé plus de contrôle sur le financement et la prestation des services de santé. Depuis les années 1990, une série d'ententes de transfert de financement en matière de santé entre le gouvernement fédéral et les organisations des Premières nations et des Inuits a donné plus de contrôle aux Autochtones, particulièrement dans les secteurs de soins de santé primaires (Lavoie, 2004). De telles initiatives ont engendré un mouvement sur la santé des Autochtones prônant une philosophie plus uniquement autochtone envers la santé et les soins de santé. Dans la même veine, l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) fut fondée en 2000 avec le mandat d'améliorer la santé des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis⁴. Selon Lmechuk-Favel & Jock (2004), les forces du mouvement de la santé autochtone, au-delà des avantages possibles de l'autonomisation et du contrôle, comprennent la guérison holistique qui adopte une approche culturellement distincte aux soins de santé primaires, en mettant l'accent sur les synergies produites lorsque l'on combine la santé autochtone et leur médecine à des approches plus conventionnelles en matière de santé.

⁴ L'ONSA fut officiellement fermée en juin 2012 après les coupures faites au budget du gouvernement fédéral de 2012.

6. Principales réformes de la santé

Depuis 2005, année où la première édition de cette étude a été publiée (Marchildon, 2005), il n'y a pas eu d'importantes initiatives de réforme de la santé pancanadiennes. Cependant, les ministères individuels des provinces et des territoires de la Santé ont concentré leurs efforts sur deux catégories de réformes, l'une ayant rapport à la réorganisation ou à la mise au point de leurs systèmes de santé régionaux, et l'autre portant sur l'amélioration de la qualité et de la ponctualité des soins primaires, actifs et chroniques, de même que l'expérience du patient reliée à ceux-ci.

Le but principal de la régionalisation était de tirer profit de l'intégration verticale en gérant des établissements et des fournisseurs englobant un vaste éventail de services de santé, en particulier pour améliorer la coordination entre les services curatifs « en aval » avec les interventions et les services liés à la santé publique et à la prévention des maladies qui sont davantage « en amont ». Au cours des dix dernières années, dans un effort de tirer profit des économies d'échelle et d'envergure dans la prestation de service ainsi que de réduire les coûts d'infrastructure, il s'est développé une tendance à la centralisation, ce qui fait que les ministères de la Santé des provinces réduisent le nombre d'ASR (voir le tableau 2.3). Deux provinces, l'Alberta et l'Île du Prince Édouard, possèdent maintenant un seul ASR responsable de la coordination de tous les services de soins actifs et de longue durée (mais non les soins primaires) dans leurs provinces respectives.

Influencés principalement par les initiatives d'amélioration de la qualité aux États-Unis et au Royaume-Uni, les ministères de la Santé des provinces ont mis sur pied des institutions et des mécanismes afin d'améliorer la qualité, la sécurité, la ponctualité et la sensibilité des services de santé. Six provinces ont créé des conseils de qualité des soins de santé pour accélérer les initiatives d'amélioration de la qualité. Deux gouvernements provinciaux ont également lancé des initiatives axées sur le patient qui visent à améliorer à la fois

l'expérience du patient et du soignant. De plus, la plupart des ministères et des ASR ont instauré certains aspects de mesure du rendement dans le but de faire progresser leurs processus et leurs résultats. Le mécontentement des patients qui doivent composer avec de longs délais d'attente dans les services d'urgences des hôpitaux et pour certains types d'opérations chirurgicales non urgentes telles que les arthroplasties est à l'origine d'efforts dans toutes les provinces pour mieux gérer et réduire les délais d'attente.

En revanche, le progrès est plus limité du côté intergouvernemental depuis le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (SCIC, 2004). À la suite de cette rencontre, les gouvernements des provinces et des territoires ont utilisé les transferts de fonds fédéraux supplémentaires pour réduire les délais d'attente dans les domaines prioritaires, redynamiser la réforme de soins primaires et fournir une couverture supplémentaire pour les services à domicile susceptibles de remplacer les soins en milieu hospitalier. Alors que quelques gouvernements des provinces et des territoires ont introduit une couverture de médicaments onéreux sous quelque forme pour leurs résidents, ils n'ont pas réussi à élaborer une approche pancanadienne concernant l'administration et la couverture des médicaments sur ordonnance.

6.1 Analyse des réformes récentes

L'ère moderne de réforme canadienne des soins de santé a débuté à la fin des années 1980 et au début des années 1990 après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* (1984). Cette loi fédérale instaura une couverture universelle qui à l'origine avait été établie par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et la *Loi sur les soins médicaux* (1966). En retirant le financement de transfert des compétences qui autorisaient les frais modérateurs et la surfacturation à parts égales, puis en rendant la plus grande partie des 250 millions de dollars canadiens retirés au départ après que les provinces en infraction aient éliminé les frais modérateurs et la surfacturation, le gouvernement fédéral a instauré le principe de la couverture du premier dollar.

Puisque la couverture universelle se limitait toujours aux services d'hôpital et de médecin médicalement nécessaires, sans effort continu pour élargir cet ensemble de services couverts universellement, cette couverture « étroite mais profonde » est demeurée le statu quo politique au Canada depuis. En même temps, la loi dissuadait les gouvernements de diminuer la couverture universelle pour les soins de santé malgré les coupures majeures faites dans les dépenses publiques pour réagir à des décennies de déficit budgétaire et

une économie ralentie au début et au milieu des années 1990. Inversement, lorsque l'économie s'est améliorée et que les gouvernements ont bénéficié de bons fiscaux en raison de la réduction des paiements effectués sur la dette, ils ont choisi de ne pas augmenter la couverture universelle, même légèrement, malgré les recommandations d'une Commission royale (Romanow, 2002) et un Comité sénatorial (Sénat du Canada, 2002). Par conséquent, aucun changement important n'a été fait par rapport aux services de santé universels depuis l'introduction du régime d'assurance-maladie.

Dans la partie qui suit, des réformes plus récentes et progressives de la santé ont été divisées en deux mouvements, l'un motivé par le désir d'une meilleure coordination et intégration au moyen d'une réorganisation structurelle, et l'autre par des préoccupations par rapport à la qualité des soins. Dans le premier ensemble de réformes, les gouvernements de tout le Canada, encouragés par des experts en politique et de nombreux rapports de commission, ont tenté d'exercer un certain contrôle de gestion sur ce qui était un système de paiement passif. Cependant, la rationalisation et le resserrement des budgets de la santé globaux dans les années 1990 ont aussi créé la perception selon laquelle les services s'étaient détériorés. Pour réagir au mécontentement des électeurs, les gouvernements ont augmenté les dépenses par rapport aux services de santé de manière significative. Depuis 2000, les réformes, accompagnées de grandes augmentations en dépenses par les gouvernements canadiens, ont mis l'accent sur l'amélioration de la qualité et de la rapidité des services de santé.

Au cours des années 1990, la plupart des gouvernements provinciaux, pour citer un certain sous-ministre de la Santé, couraient deux lièvres à la fois : l'un d'eux représenté par la réduction de coûts à l'aide d'établissements de santé et de rationalisation des ressources humaines, et l'autre par une réforme visant à améliorer la qualité et l'accès à l'aide d'une intégration mieux gérée des services dans tout le continuum de la santé, ainsi qu'un rééquilibre des soins de maladie pour en faire des services de « mieux-être » (Adams, 2001). La réduction des coûts fut effectuée, du moins en partie, en diminuant le nombre de lits d'hôpitaux et de fournisseurs de soins de santé. Pour réagir à la diminution de la demande de soins hospitaliers entraînée par de nouvelles technologies médicales qui ont diminué la durée du séjour, certains hôpitaux furent fermés, et d'autres convertis en établissements de soins de longue durée ou en centres de mieux-être, ou encore regroupés en unités plus larges.

Dans chaque province, la prestation des services a été rationalisée d'une façon ou d'une autre en raison des budgets de la santé restrictifs. En Ontario, cette rationalisation a été réalisée à l'aide d'une commission indépendante

responsable de recommander de mettre en œuvre le regroupement des hôpitaux (Sinclair, Rochon & Leatt, 2005) alors que dans plusieurs autres provinces, ce regroupement a été effectué par l'entremise des ASR. Cependant, l'objectif principal de la régionalisation était de tirer profit de l'intégration verticale : c'est-à-dire, gérer les établissements et les fournisseurs englobant le continuum de soins en un seul organisme administratif capable d'améliorer la coordination des services curatifs et préventifs pour les patients individuels ainsi que les interventions à l'échelle de la population (Marchildon, 2006; Axelsson, Marchildon & Repullo-Labrador, 2007). Cette réforme structurelle était centrale aux recommandations de commissions indépendantes et de groupes de travail qui ont envoyé leurs rapports au gouvernement du Québec (1988), de la Nouvelle-Écosse (1989), de l'Alberta (1989), de l'Ontario (1990), de la Saskatchewan (1990) et de la Colombie-Britannique (1991), ce qui a aidé à créer un élan de réforme structurelle dans les années 1990 (Mhatre & Deber, 1992).

La régionalisation en tant que réforme fait toujours l'objet de grands débats. De plus, malgré des améliorations importantes de collecte de données à l'échelle des ASR par l'ICIS, depuis 2011, aucune évaluation systématique et comparative n'a été effectuée pour déterminer si cette réforme structurelle a atteint ses principaux objectifs en santé, notamment le transfert de plus de ressources en provenance des soins curatifs à la prévention de la maladie et aux interventions et initiatives de promotion de la santé à l'échelle de la santé individuelle et de la population.

Influencés principalement par les initiatives et les mouvements d'amélioration de la qualité aux États-Unis et au Royaume-Uni, les ministères de la Santé au Canada ont mis sur pied des institutions et des mécanismes afin d'améliorer la qualité, la sécurité, la ponctualité et la sensibilité des services de santé. Six gouvernements provinciaux ont établi des conseils sur la qualité afin qu'ils travaillent avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé pour fournir des soins de meilleure qualité, diminuer le taux d'erreurs médicales et améliorer l'efficacité et les résultats en soins de santé. La plupart des ministères et des ASR utilisent au moins quelques indicateurs et mesures pour relever le faible rendement et améliorer les processus, de même que les résultats. À l'échelle pancanadienne, le Conseil canadien de la santé détermine les pratiques exemplaires et évalue le rendement dans les principaux secteurs de réforme et diffuse les résultats à tous les gouvernements ainsi qu'au grand public.

Entre la moitié et la fin des années 1990, les gouvernements commençaient à investir du temps et des ressources dans leurs infrastructures de renseignements, de recherche et de gestion des données en santé. En 1994, le gouvernement

fédéral et les gouvernements provinciaux ont établi l'ICIS pour conserver, améliorer, utiliser et diffuser des données administratives dans le cadre d'un plus grand effort de la part des gouvernements afin de mieux comprendre et évaluer leur système de santé respectif. L'ICIS était à l'origine un regroupement des activités de Statistique Canada, des programmes de renseignements en santé de Santé Canada, du Hospital Medical Records Institute et du groupe des Systèmes d'information de gestion. Grâce à un partenariat avec Statistique Canada, l'ICIS est devenu l'un des principaux entrepôts de données en santé au monde, avec des bases de données abondantes sur les dépenses, les services, l'infrastructure et les ressources humaines en santé.

Ces améliorations dans la collecte, l'organisation et la diffusion de données sur le système de santé ont été motivées par les recommandations de commissions et groupes de travail indépendants, ainsi que par des rapports importants destinés aux gouvernements provinciaux de l'Ontario (2000), du Québec (2000), de la Saskatchewan (2001) et de l'Alberta (2001), ainsi qu'au gouvernement fédéral (Romanow, 2002; Sénat du Canada, 2002). En même temps, les ministères de la Santé au Canada ont fait preuve de plus de réticence que les autres ministères de la Santé de l'OCDE envers l'utilisation d'indicateurs de rendement en tant qu'outil pour gérer les organismes de prestation dans leur système de santé respectif. Ils étaient peu disposés à créer les processus intergouvernementaux et les institutions servant à effectuer les comparaisons systématiques du rendement entre les systèmes de santé provinciaux, y compris l'établissement de formes volontaires (intergouvernementales) d'évaluation du rendement (Fenna, 2010; Fafard, 2012).

Après les recommandations de la Commission royale Romanow en 2002, les premiers ministres FPT se sont réunis pour décider des recommandations de la commission à mettre en œuvre. Dans *l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, ils ont mis l'accent sur le relancement de la réforme des soins primaires, l'amélioration de la couverture des médicaments onéreux, l'exécution de services de soins à domicile pour remplacer les services en milieu hospitalier et l'accélération de l'adoption des ASR (SCIC, 2003).

En 2004, les premiers ministres FPT ont négocié le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, l'entente intergouvernementale en santé la plus importante qui ait été atteinte au cours des dix dernières années. En plus d'augmenter le niveau du Transfert canadien en matière de santé, le Plan décennal garantissait aussi que le gouvernement fédéral allait augmenter les transferts fédéraux en matière de santé aux provinces et aux territoires de 6 % par année pendant les dix années suivantes. En échange de ce financement

généreux, les gouvernements des provinces et des territoires ont convenu des priorités politiques clés, y compris les délais d'attente, les soins à domicile et les politiques des produits pharmaceutiques. Alors que certains gouvernements ont fait des progrès dans l'un de ces secteurs ou plus, comme on l'examine ci-dessous, l'aspect collaboratif ou pancanadien de ces efforts, particulièrement ceux axés sur les changements transformateurs, n'a pas été concrétisé (Sénat du Canada, 2012).

Le Plan décennal a été facilité par un Fonds pour la réduction des délais d'attente (5,5 milliards de dollars canadiens sur 10 ans) pour aider les provinces à atteindre leurs cibles concernant les délais d'attente dans cinq domaines prioritaires : le cancer, les troubles cardiaques, la restauration de la vue, le remplacement articulaire et l'imagerie diagnostique. Les gouvernements des provinces et des territoires ont travaillé avec l'ICIS afin d'établir des points de référence pour chaque domaine prioritaire, sauf l'imagerie diagnostique¹. Toutes les provinces fournissent à l'ICIS des données d'attente comparables, et toutes les provinces², à l'exception du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador, ont établi des cibles par rapport à des points de repère établis individuellement (Fafard, 2012). De plus, toutes les provinces informent leurs résidents des délais d'attente dans ces domaines prioritaires. Dans l'ensemble, elles ont fait des progrès quant à la gestion et à la diminution des délais d'attente pour les interventions chirurgicales et les diagnostics depuis 2004. Alors qu'il existe toujours un grand écart entre les provinces, la plupart des Canadiens reçoivent ces interventions prioritaires dans les délais prescrits par les provinces (ICIS, 2012b). Depuis 2004, les gouvernements des provinces ont obtenu des résultats variables en effectuant les réformes nécessaires pour atteindre les cibles de délais d'attente malgré l'afflux de financement fédéral supplémentaire.

Dans le Plan décennal, les gouvernements ont convenu d'accorder la couverture du premier dollar à des services ciblés de soins à domicile dans trois secteurs : (1) deux semaines de soins actifs à domicile après la sortie de l'hôpital; (2) deux semaines de soins actifs à domicile en santé mentale; et (3) les soins de fin de vie à domicile. Il semble que la plupart des provinces fournissent à présent une couverture pour ces services limités, bien qu'il existe toujours une grande variation provinciale et territoriale concernant d'autres services de soins à domicile (Association canadienne des soins de santé, 2009).

¹ Selon la plus grande partie des participants, il n'existe pas assez de données sur les délais d'attente appropriés pour ce qui est de l'imagerie diagnostique.

² Puisque les patients qui vivent dans les territoires sont habituellement renvoyés à des hôpitaux dans les provinces quant aux opérations non urgentes, on exclut les trois territoires du reste de la discussion par rapport aux délais d'attente.

Le progrès sur les soins primaires a aussi été déterminé comme une priorité politique dans le Plan décennal. Tous les gouvernements ont convenu de donner accès (24 heures sur 24, sept jours par semaine) à des équipes de soins primaires multidisciplinaires à au moins 50 % de leur population respective d'ici 2011, ce qui représente un engagement de taille compte tenu du fait que la plus grande partie des soins primaires étaient toujours offerts par des médecins en 2004. Alors qu'on n'a pas encore déterminé si une province ou un territoire a atteint la cible d'accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine, il semble qu'environ les trois quarts des médecins de famille travaillent à présent dans des cabinets multi-professionnels (Hutchison et coll., 2011).

À l'exception du gouvernement du Québec, qui a déclaré qu'il n'abandonnerait pas, ni ne changerait son programme de remboursement des médicaments, l'entente de 2004 a aussi engagé les gouvernements PT à travailler avec le gouvernement fédéral sur ce que l'on appela plus tard la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Sous la direction des ministres FPT de la Santé, cette initiative avait pour but de créer un système pancanadien de couverture des médicaments sur ordonnance et de politiques concernant les prix. Cependant, malgré quelques progrès rapides, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a éventuellement été abandonnée en raison de manque d'intérêt de la part des gouvernements participants, l'un des échecs les plus notables du Plan décennal (CCS, 2009; MacKinnon & Ip, 2009). Alors que de nombreux gouvernements des provinces ont lancé une couverture pour les médicaments onéreux d'eux-mêmes, cette initiative s'est parfois réalisée au détriment de la couverture catégorique pour les Canadiens plus âgés, et on ignore si ces changements ont produit une amélioration globale de la protection financière (Daw & Morgan, 2012).

6.2 Développements à venir

Le Plan décennal termine à la fin de l'année financière 2013–2014. Les débats concernant l'avenir du rôle fédéral et ses engagements de financement envers les provinces et les territoires ont eu une place prédominante dans les élections fédérales de 2011. Plusieurs mois après l'élection (en décembre 2011), le gouvernement fédéral a annoncé sa décision quant à l'avenir du Transfert canadien en matière de santé, une décision unilatérale dans un secteur ayant fait l'objet de discussions intergouvernementales importantes au cours des dernières années. C'est pour cette raison qu'elle a provoqué la grande surprise des gouvernements provinciaux et territoriaux, de même que des médias. L'un

des changements les plus importants au Transfert canadien en matière de santé est la cessation d'un élément de péréquation régionale qui avantageait les provinces moins fortunées. Après 2014, les parts provinciales seront distribuées uniquement selon le nombre d'habitants. Alors que le gouvernement fédéral a accepté de continuer d'augmenter le transfert de 6 % pendant trois autres années après 2014, à compter de 2016–2017, toute augmentation du Transfert canadien en matière de santé sera liée au taux de croissance économique du pays, avec un plancher minimum de 3 %. En même temps, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il n'utiliserait plus son pouvoir de dépenser pour encourager ou établir des objectifs du système de santé. Il se fierait aux gouvernements provinciaux à la place pour qu'ils établissent leurs propres priorités et objectifs de réforme en santé.

Au cours des dix dernières années, l'économie canadienne dynamique et la posture fiscale positive du gouvernement fédéral et des gouvernements des provinces ont produit un dividende budgétaire qui a été investi en grande partie dans les soins de santé et dans la diminution des taxes. Avec le ralentissement économique présent depuis 2008, le dividende budgétaire disparaît, et les deux ordres du gouvernement font face à des contraintes budgétaires plus serrées et à des choix plus difficiles de dépenses en santé. De manière semblable à ce qui s'est déroulé du début à la moitié des années 1990 (Tuohy, 2002), cette approche ne mettra pas seulement de la pression sur une réalisation plus rapide de progrès par rapport aux réformes existantes en santé, mais pourrait aussi précipiter de nouvelles réformes en santé dont le but est d'optimiser les ressources.

7. Évaluation du système de santé

Lorsqu'on en évalue le rendement, le système de santé canadien a su protéger financièrement les Canadiens contre les coûts élevés des services hospitaliers et des médecins. En même temps, l'étroitesse de la portée des services universels couverts par l'assurance maladie a causé d'importantes lacunes relativement à la couverture. Concernant les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires, par exemple, et selon la situation d'emploi et de la province ou du territoire de résidence, ces lacunes sont comblées par les RAMP et, au moins concernant la pharmacothérapie, par les régimes provinciaux destinés aux personnes âgées et aux personnes démunies. Lorsque la couverture publique des médicaments et des soins dentaires ne comble pas les écarts laissés par la couverture privée, l'accès équitable constitue un défi important. Puisque la majorité du financement des soins de santé provient des recettes fiscales générales des gouvernements FPT et que les sources de revenus vont de progressives à proportionnelles, il y a équité sur le plan du financement. Cependant, dans la mesure où le financement est un déboursé ou un bénéficiaire lié aux emplois qui sont généralement mieux rémunérés, l'équité sur le plan du financement s'en trouve diminuée.

On remarque des disparités à l'égard de l'accès aux soins de santé, mais en dehors de quelques secteurs comme les soins dentaires et les soins de santé mentale, elles ne semblent pas être importantes. À titre d'exemple, il paraît y avoir un biais en faveur des pauvres pour ce qui est des soins primaires et un biais en faveur des riches pour l'utilisation des services de médecins spécialistes, mais l'écart dans les deux cas n'est pas grand. Le gradient est-ouest du Canada, les provinces moins fortunées à l'est et les provinces plus fortunées à l'ouest, est abordé de façon systématique au moyen de paiements de péréquation provenant des sources de revenus fédérales et destinés aux provinces pauvres afin de

s'assurer qu'elles ont les fonds nécessaires pour fournir des services publics de niveau comparable, notamment des soins de santé, sans devoir recourir à des taux d'imposition exorbitants.

Alors que les Canadiens sont généralement satisfaits de la protection financière offerte par l'assurance maladie, ils sont moins satisfaits de l'accès aux soins de santé. En particulier, depuis les années 1990, ils sont devenus mécontents face à l'accès aux médecins et à des services d'urgence bondés dans les hôpitaux, ainsi qu'aux délais d'attente grandissants pour les opérations chirurgicales non urgentes. Lors d'une enquête menée en 2010 auprès des patients du Fonds du Commonwealth, par exemple, le Canada se classe derrière l'Australie, la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis pour l'expérience du patient au point de vue des soins de médecins et des chirurgies non urgentes (CCS, 2011b). Si l'on examine plutôt les indicateurs du rendement du système de santé plus objectifs tels que la mortalité évitable, l'évaluation du rendement du système de santé canadien est plus positive, avec des résultats bien meilleurs que ceux que l'on observe au Royaume-Uni et aux États-Unis, bien qu'ils ne soient pas aussi bons que ceux de l'Australie, de la Suède et de la France. Le rendement du Canada mesuré selon un indice d'indicateurs de la qualité des soins de santé s'est également amélioré au cours de la dernière décennie, au fur et à mesure que les gouvernements provinciaux, appuyés par des conseils de qualité des soins de santé et d'autres organismes, ont appliqué plus systématiquement des mesures d'amélioration de la qualité. Enfin, les gouvernements, les organismes de soins de santé et les fournisseurs de soins consacrent davantage d'efforts à améliorer l'expérience globale du patient.

7.1 Objectifs énoncés du système de santé

À la lumière de l'histoire du régime d'assurance-maladie appuyé par les lois provinciales et territoriales sur le régime d'assurance-maladie et la *Loi canadienne sur la santé*, les Canadiens s'attendent à continuer de recevoir un accès universel aux services hospitaliers et de médecins médicalement nécessaires sans coûts directs. Cette attente souvent perçue comme un droit fondamental par les Canadiens souligne le rôle des deux ordres du gouvernement de protéger financièrement les personnes si les soins de santé deviennent nécessaires. Elle laisse entendre aussi que les Canadiens devraient avoir un accès équitable aux services médicalement nécessaires, une supposition reflétée dans le critère d'universalité et d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* et la réexpression de ces principes dans les lois provinciales et territoriales sur

le régime d'assurance-maladie. Cependant, les soins de santé vont bien au-delà du régime d'assurance-maladie, et la protection financière et l'équité d'accès sont inférieures en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance, aux soins de longue durée, aux soins dentaires et aux soins de la vue.

Bien que les résultats varient selon le secteur dont il est question, à la lumière d'une série de mesures, les résultats en santé et de services de santé, y compris la qualité, sont raisonnablement bons au Canada en général. Cependant, les évaluations de la satisfaction des patients ne sont pas aussi bonnes, du moins lorsqu'on les compare à ceux de certains autres pays de l'OCDE. Alors qu'il s'agit sans aucun doute d'une conséquence de divers facteurs, le mécontentement envers les longs délais d'attente est probablement l'un des plus grands facteurs contributifs, sinon le plus grand. Un autre facteur peut être le manque historique de transparence et de responsabilité en soins de santé canadiens, un aspect que les gouvernements traitent à présent en fournissant plus de renseignements sur les listes d'attente, la navigation des patients, les prestations et la qualité, ainsi que les objectifs de réforme et de rendement des ministères provinciaux de la Santé, les ASR et les autres organismes de soins de santé.

7.2 Protection financière et équité sur le plan du financement

7.2.1 Protection financière

La protection financière mesure le degré auquel les personnes sont protégées des conséquences financières de la maladie. Trois facteurs soutiennent le besoin de protection financière : l'incertitude quant au besoin de soins de santé compte tenu de l'imprévisibilité du moment et de la gravité de la maladie; le coût élevé de la plupart des interventions et des traitements; et la perte possible de revenu en raison d'un mauvais état de santé.

Historiquement, la protection financière était la principale motivation menant à l'introduction du régime d'assurance-maladie universel au Canada. Bien que la couverture soit large (aucuns frais modérateurs), la portée du régime d'assurance maladie est étroite, puisqu'elle se limite aux services hospitaliers et des médecins. Par conséquent, le débat se poursuit sur la question de savoir si la protection financière est appropriée pour les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et les autres secteurs, ainsi que pour les services non inclus dans le régime d'assurance maladie.

Le tableau 7.1 met l'accent sur le mélange de couvertures des RAMP et des coûts déboursés dans les secteurs et les services extérieurs au régime d'assurance maladie. Pour ce qui est des médicaments sur ordonnance, les RAMP constituent une source de couverture aussi importante que les régimes de couverture publique. Au cours des années 1990, de nombreuses personnes se sont prononcées en faveur d'un programme national de soins pharmaceutiques universel qui fournirait la couverture du premier dollar. Lors des années 2000, principalement pour des raisons de coûts, ces opinions s'étaient transformées en diverses propositions en faveur d'un programme plus ciblé sur les médicaments onéreux pourvu d'une couverture du premier dollar. Même si les efforts visant à établir une politique pancanadienne ont échoué, la plus grande partie des provinces ont lancé une couverture pour les médicaments onéreux au cours des dix dernières années. Cependant, en raison du niveau élevé de partage des coûts des patients, ainsi que de la diminution de la couverture pour les Canadiens plus âgés dans certaines provinces, ces changements n'ont pas nécessairement augmenté la couverture globale (Daw & Morgan, 2012).

Tableau 7.1

Dépenses déboursées par rapport à la couverture de l'assurance maladie privée pour les services hors du régime d'assurance maladie, montant (milliards de dollars canadiens) et pourcentage de dépenses totales en soins de santé au Canada, 2008

	Dépenses déboursées (milliards \$CAN)	% de dépenses de santé en catégorie	Dépenses des RAMP (milliards \$CAN)	% de dépenses de santé en catégorie
Médicaments sur ordonnance	4,2	17,8	8,5	36,1
Soins dentaires	4,5	100,0	0,0	0,0
Établissements autres que les hôpitaux	5,2	44,4	6,0	51,0
Médicaments en vente libre et fournitures de santé personnelles	4,3	64,3	1,6	24,1
Professionnels fournissant l'assurance maladie autres que les médecins	4,9	28,5	0,0	0,0

Sources : ICIS (2010b); Hurley & Guindon (2011).

Il n'existe pratiquement aucune couverture publique pour les soins dentaires. Alors que les gouvernements provinciaux ont fourni une couverture ciblée pour les soins dentaires des enfants à l'occasion, l'élan ne s'est pas maintenu pour une couverture universelle pancanadienne ou dans les provinces individuelles (Marchildon, 2011).

Presque les deux-tiers des coûts des services non médicaux fournis par la plupart des autres professionnels de soins de santé sont effectués par montant déboursé. Un autre quart du coût est couvert par l'entremise du RAMP, et

un pourcentage minuscule passe par les fonds publics. Ces professionnels comprennent entre autres les dentistes, les psychologues, les chiropraticiens, les optométristes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Bien que certains de ces groupes aient réussi à obtenir une certaine couverture publique pour leurs services, cette couverture varie considérablement entre les provinces et les territoires.

Au Canada, il existe une très petite couverture du RAMP pour les soins de longue durée en établissement. Cependant, chaque province et territoire fournit des subventions ciblées pour les personnes nécessitant des soins de longue durée plus intensifs, et cette initiative est reflétée dans le fait que les paiements déboursés représentent moins du tiers des dépenses totales dans cette catégorie. À ce jour, aucun effort concerté en politique n'a eu lieu pour aborder le manque de protection financière pour les soins de longue durée, partiellement en raison des subventions fournies sous condition de ressources par tous les gouvernements des provinces et des territoires.

7.2.2 Équité sur le plan du financement

L'équité sur le plan du financement est déterminée par le degré auquel les sources individuelles de financement en santé sont progressives, proportionnelles ou régressives. Une source de financement en santé est progressive si la proportion de revenu qu'une personne paie augmente selon le revenu. Une source de financement en santé est régressive si la proportion de revenu qu'une personne paie baisse. La source de financement est proportionnelle si la proportion de revenue qu'une personne paie reste la même dans tous les niveaux de revenu. Plus le système de financement en santé est progressif, plus l'équité sur le plan du financement est grande.

Comme nous l'avons expliqué au Chapitre 3, les paiements déboursés représentent 15 % des revenus, et les RAMP représentent 13 % des revenus pour toutes les dépenses en santé au Canada en 2009, lesquels proviennent presque tous des avantages sociaux pourvus dans les plans d'emplois axés sur les groupes. Ces prestations sont habituellement restreintes aux emplois permanents mieux rémunérés et à salaire élevé, alors que les travailleurs à faible revenu ont souvent des emplois saisonniers ou temporaires à salaire moindre, qui sont exactement le type d'emploi où on ne pourvoit pas de prestations de RAMP (Hurley & Guindon, 2008). Selon le secteur de la santé, les soins dentaires fournissent l'un des exemples les plus extrêmes de dépendance envers

le financement privé. Au Canada, 95 % du financement pour les soins dentaires provient soit de paiements déboursés, soit de RAMP, un chiffre beaucoup plus élevé que celui de presque tous les pays de l'OCDE à revenu élevé.

Par rapport aux sources de financement de RAMP et de paiements déboursés, les recettes fiscales générales sont plus équitables, en redistribuant une certaine partie du revenu des ménages à revenu plus élevé aux ménages à revenu plus faible. Le degré de cette redistribution dépend de la progressivité générale du régime fiscal général. Comme nous l'avons examiné au chapitre 3, différentes sources de revenus composent le Trésor des gouvernements au Canada. Bien que la plus grande source soit l'impôt sur le revenu, une source de taxe progressive, d'autres taxes, notamment les taxes à la consommation, ont tendance à être régressives, ce qui complique la tâche d'évaluer la progressivité du régime fiscal dans son ensemble. Alors que les régimes fiscaux sont souvent perçus comme progressifs, la réalité varie selon le mélange relatif et la structure des taxes qui composent la base du Trésor d'un gouvernement individuel, qu'il soit fédéral, provincial ou territorial.

Dans son analyse de l'équité sur le plan du financement en santé en Colombie-Britannique, McGrail (2007) a conclu que le mélange et l'incidence des taxes entraînaient en réalité un système de financement de la santé quasi-proportionnel entre les groupes de revenu. À la lumière de ce résultat, elle a conclu qu'alors que le régime d'assurance maladie est redistribué entre les groupes de revenu, il s'agissait principalement du résultat d'une plus grande utilisation des services d'assurance maladie parmi les groupes à revenu plus faible plutôt que d'équité sur le plan du financement. Il faut garder à l'esprit que les primes d'assurance-maladie, une taxe de vote régressive en réalité, fait toujours parties du mélange de financement en santé en Colombie-Britannique. Puisque les primes d'assurance-maladie n'existent pas ou ont été intégrées aux régimes fiscaux actuels, cela pourrait signifier que les autres provinces possèdent un financement relativement plus progressif en santé que la Colombie-Britannique. Cependant, de telles analyses empiriques du financement en santé n'ont pas été effectuées dans les autres provinces.

7.3 Expérience du patient et équité d'accès aux soins de santé

7.3.1 Expérience du patient

Pour réagir au mécontentement grandissant du public (consulter la section 2.9 et le tableau 7.2) provoqué par la réduction des coûts publics du début à la moitié des années 1990, une tendance s'est clairement manifestée envers des réformes qui rendront le système de santé plus adapté aux patients. Ce mouvement, que l'on pourrait qualifier de soins axés sur les patients, a gagné en importance au Canada, comme le décrit la section 2.9.5. Il est encore trop tôt pour connaître les retombées de ces changements, de même que celles des autres réformes provinciales et territoriales dont le but est de rendre le système plus souple.

Tableau 7.2

Opinion des patients sur les délais d'attente, l'accès et les systèmes de santé, Canada et certains pays de l'OCDE, 2010 (% de répondants dans l'enquête du Fonds du Commonwealth)

Pays	% de répondants					Opinion générale que le système de santé a besoin d'un changement fondamental ou d'une restructuration
	Attente pour opération chirurgicale non urgente (>4 mois)	Attente pour un rendez-vous avec un spécialiste (>2 mois)	Difficulté d'obtenir des soins après les heures normales sans aller aux urgences	Accès au médecin et aux infirmières lorsque malade	Attente pour consulter un médecin ou une infirmière lorsque malade (>5 jours)	
Australie	18	28	59	65	14	75
Canada	25	41	65	45	33	61
France	7	28	63	62	17	58
Suède	22	31	68	57	25	53
Royaume-Uni	21	19	38	70	8	37
États-Unis	7	9	63	57	19	68

Source : Schoen, Osborn & Squires (2010).

Au cours des dix dernières années, le mécontentement des patients était surtout dirigé vers les longs délais d'attente pour les diagnostics de pointe, les services de spécialistes et les opérations chirurgicales non urgentes. Les délais d'attente ont aussi été un problème dans certains services d'urgence dans les hôpitaux situés dans les centres urbains. Enfin, l'accès aux soins primaires, surtout dans les collectivités où il existe une pénurie de médecins de famille, ou que ceux-ci refusent de prendre en charge de nouveaux patients, a aussi fait

grandir le mécontentement des patients. Ces problèmes sont reflétés dans une étude comparative menée par le Fonds du Commonwealth en 2010 (Schoen, Osborn & Squires, 2010).

Le tableau 7.2 représente les résultats des données d'enquête du Fonds du Commonwealth pour le Canada et ses cinq pays de comparaison. Concernant l'expérience du patient envers les délais d'attente pour les opérations chirurgicales non urgentes, les services de spécialiste et l'accès aux soins médicaux de base, le Canada se classe derrière l'Australie, la France, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis. Cependant, lorsqu'il en vient à la pression sur les salles d'urgence après les heures normales en raison du manque de soins primaires 24 heures sur 24, sept jours par semaine, les Canadiens se heurtent à peu près aux mêmes difficultés que les patients en Australie, en France, en Suède et aux États-Unis. À la lumière de ces faibles résultats, il n'est pas surprenant que la plupart des Canadiens (61 % dans l'échantillon) croient que le système de santé a besoin d'une réforme majeure ou d'une restructuration par rapport au pourcentage beaucoup plus élevé d'Australiens et d'Américains qui sont arrivés aux mêmes conclusions à propos de leur système de santé respectif.

7.3.2 Équité d'accès aux soins de santé

L'introduction d'un régime universel d'assurance maladie a amélioré l'accès aux services hospitaliers et de médecins, en plus des avantages que l'on en retire (Enterline et coll., 1973; van Doorslaer & Masseria, 2004; James et coll., 2007). Malgré ce changement stratégique important dans les années 1950 et 1960, les inégalités perdurent. Bien que ces inégalités soient regroupées dans les secteurs hors de l'assurance maladie où le financement est en grande partie privé, elles sont aussi présentes dans quelques services qui y sont reliés. Les Canadiens à revenu plus faible ont tendance à utiliser davantage les services actifs en milieu hospitalier que les Canadiens à revenu élevé, mais il existe un biais en faveur des riches pour l'utilisation des services de médecins spécialistes, ainsi que pour les chirurgies ambulatoires (Allin, 2008; McGrail, 2008).

Alors que les données probantes sur les soins primaires sont mixtes, une étude détaillée en Colombie-Britannique a découvert qu'il y avait une utilisation plus élevée de médecins de soins primaires parmi les Canadiens les plus pauvres (McGrail, 2008). Une étude a découvert des inégalités constantes en fonction de l'éducation et du revenu dans l'utilisation des services de santé mentale (Stelle et coll., 2007), un résultat troublant compte tenu de l'incidence accrue de maladie mentale au Canada. D'autres études soulignent le degré auquel les inégalités

existent dans l'utilisation de services externes au régime d'assurance maladie, y compris les soins dentaires, la réadaptation, la physiothérapie, l'ergothérapie et la pathologie de la parole (Huchison, 2007; Grigon et coll., 2010).

Au Canada, l'objectif d'atteindre une meilleure égalité régionale a aussi façonné le financement du système de santé. Cette égalité « géographique » est recherchée à l'aide de deux instruments : le premier est la péréquation, et le deuxième est le Transfert canadien en matière de santé; deux des plus importantes dépenses annuelles du gouvernement fédéral. Introduits pour la première fois lorsqu'une assurance-hospitalisation universelle fut adoptée à l'échelle nationale, les paiements de péréquation du gouvernement fédéral fournissent aux gouvernements provinciaux possédant une assiette fiscale moins garnie la capacité de financement nécessaire pour exécuter des programmes comme le régime d'assurance maladie. Au début des années 1980, la péréquation était jugée comme une dimension de la fédération si importante qu'elle fut ajoutée à la constitution canadienne et le paragraphe 36(2) des *Lois constitutionnelles de 1982* stipule que le gouvernement du Canada a l'obligation de « faire des paiements de péréquation propres à donner aux gouvernements provinciaux des revenus suffisants pour les mettre en mesure d'assurer les services publics à un niveau de qualité et de fiscalité sensiblement comparable ».

Le Transfert canadien en matière de santé fournit une redistribution régionale explicite et implicite. Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, des revenus sont prélevés à l'échelle nationale, puis redistribués aux provinces, et ces provinces à assiette fiscale moins garnie tirent profit des revenus prélevés dans les provinces plus riches. Une péréquation explicite, qui aide les provinces moins riches, est actuellement intégrée au Transfert canadien en matière de santé. Dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de son prédécesseur, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, la formule qui calculait la part de chaque province comportait un degré de péréquation dans lequel les provinces moins fortunées recevaient un montant légèrement plus élevé par habitant que les provinces plus riches. Après 2014, cet élément de péréquation sera éliminé en faveur de paiements faits strictement par habitant. Néanmoins, tant que les revenus fédéraux financent une partie des coûts des soins de santé provinciaux, une certaine redistribution des parties plus riches du pays (où les contribuables paient un revenu et un impôt plus élevés) aux parties du pays moins fortunées : une forme implicite de redistribution du revenu qui n'existerait pas si les provinces à elles seules obtenaient les recettes nécessaires pour leurs propres dépenses en soins de santé.

7.4 Résultats de santé, résultats des services de santé et qualité des soins

7.4.1 Santé de la population et mortalité évitable

Puisque les tendances concernant l'état de santé ont déjà été résumées à la section 1.5, cette section mettra l'accent sur les améliorations apportées à la santé de la population qui peuvent être attribuées au système de santé. Il est extrêmement difficile de distinguer la contribution du système de santé à la santé, compte tenu de tous les programmes organisés, toutes les politiques et les interventions visant à prévenir et traiter la maladie et les blessures. Face à ces difficultés, des chercheurs ont par après perfectionné une approche connue sous le nom de mortalité évitable pour isoler les retombées du système de santé des autres déterminants de la santé.

La mortalité évitable désigne le décès en raison de certaines maladies où la mort ne se serait pas produite si ces personnes avaient eu accès à des soins de santé efficaces et rapides. En isolant les cas où la mort aurait pu être évitée et la maladie en question traitée (au moins jusqu'à un certain âge), la mortalité évitable tente de saisir le degré auquel le système de santé a été efficace ou non pour éviter la mort (Nolte & McKee, 2004, 2008). Cette méthodologie est fondée sur divers indicateurs de la mortalité qui sont ensuite regroupés en une échelle de mortalité évitable unique.

Tableau 7.3

Taux et classement de la mortalité évitable au Canada et dans certains pays de l'OCDE pendant la dernière année disponible

	Dernière année de données disponibles	Taux de mortalité évitable (décès évitables standardisés par 100 000 habitants)	Classement parmi 31 pays de l'OCDE	Taux de changement annuel de 1997 à la dernière année disponible (%)
Australie	2004	68	7	-5,1
Canada	2004	74	11	-3,4
France	2006	59	1	-2,8
Suède	2006	68	5	-3,3
Royaume-Uni	2007	86	19	-5,2
États-Unis	2005	103	24	-1,7

Source : Gay et coll. (2011).

Le tableau 7.3 souligne les résultats du Canada et de ses pays comparateurs à la lumière d'une étude plus importante des 31 pays de l'OCDE dans laquelle la mortalité évitable standardisée variait de 59 à 200 décès par 100 000 habitants (Gay et coll., 2011). Alors que la mortalité évitable du Canada est dans les chiffres plus bas, son classement n'est pas aussi élevé que la France (en première position), la Suède et l'Australie. D'un autre côté, le rendement du Canada était bien meilleur que celui du Royaume-Uni et des États-Unis. De plus, le taux annuel du déclin en mortalité évitable, bien que beaucoup plus lent que celui de l'Australie et du Royaume-Uni, soit légèrement plus élevé que le taux de déclin en Suède et en France, et deux fois plus élevé que le taux des États-Unis.

Ces résultats sont conformes à une étude de cas canadienne qui compare le progrès effectué (comme mesuré par le taux de déclin en mortalité évitable dans les quartiers les plus pauvres par rapport aux quartiers les plus riches) pendant 25 ans après l'introduction du régime d'assurance maladie universel. Alors que l'assurance maladie a eu une incidence énorme sur la diminution de l'écart de mortalité évitable entre le riche et le pauvre, cette diminution dans l'écart est presque entièrement attribuable à l'amélioration de l'accès aux soins médicaux plutôt qu'aux autres types d'intervention en santé. Lorsque l'on examine la mortalité évitable d'interventions en santé publique, on constate qu'il y a eu peu de changement sur cette période, ce qui souligne le potentiel inexploité des politiques, des programmes et des interventions en santé publique (James et coll., 2007).

Cet argument s'applique aussi aux interventions en santé de la population, les soi-disant déterminants non médicaux ou sociaux de la santé. Malgré les réussites des Canadiens concernant la conceptualisation précoce sur l'importance des facteurs de santé de la population, il semble que les antécédents concrets du pays soient faibles. Bryant et coll. (2011) ont affirmé que le sujet avait été séparé en cinq domaines depuis les années 1980 : (1) les répercussions quant à la redistribution des taxes et des politiques de transfert; (2) la pauvreté familiale et infantile; (3) les politiques en logement; (4) l'éducation et les soins des jeunes enfants; et (5) la planification et les politiques sur la santé urbaine et métropolitaine.

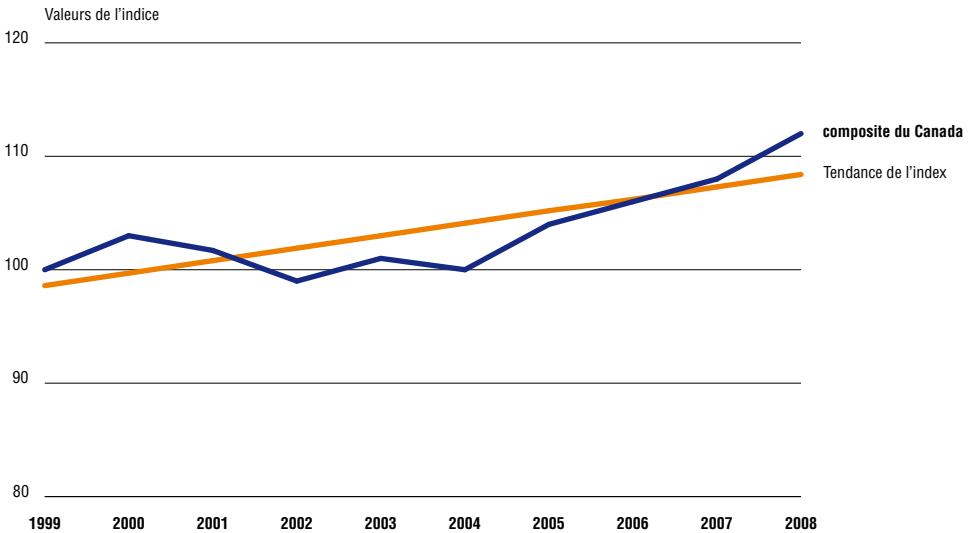
7.4.2 Résultats des services de santé et qualité des soins

Pendant des années, l'ICIS a recueilli et affiné des données afin de produire des mesures de qualité des services de santé. En établissant un indice de la qualité en fonction de huit mesures de l'ICIS, Marchildon & Lockhart (2010) ont découvert qu'une tendance globale s'est manifestée vers l'amélioration de la

qualité au Canada depuis la fin des années 1990 (fig. 7.1). Alors que l'OCDE a lancé récemment un projet important sur les indicateurs de la qualité, il n'est pas encore possible de comparer le Canada aux autres pays de l'OCDE concernant les mesures directes de qualité des services de santé.

Fig. 7.1

Indice et tendance des huit indicateurs de qualité, 1999–2009



Source : Marchildon & Lockhart (2010).

Remarque : Bien que les huit indicateurs de l'ICIS soient axés sur les soins actifs, les conditions propices aux soins ambulatoires et les réadmissions à l'hôpital pour certaines conditions particulières sont utilisées pour déterminer la continuité des soins au-delà des soins actifs, et sont par conséquent utilisées en tant que mesure plus vaste de la qualité du système de santé.

Concernant le grand public et les décideurs du système de santé, les délais d'attente se sont révélés des indicateurs importants de la qualité au Canada. Comme nous l'avons décrit au chapitre 6, les premiers ministres ont établi cinq domaines prioritaires concernant les délais d'attente dans le Plan décennal de 2004 : le cancer, les troubles cardiaques, le remplacement articulaire, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique. Ils ont ensuite demandé à leurs ministres de la Santé respectifs de produire un ensemble de points de références pancanadiens par rapport auxquels on pourrait mesurer le rendement avec le temps.

En 2005, les ministres de la Santé ont produit six points de référence concernant les délais d'attente par rapport à certaines interventions dans quatre des cinq domaines prioritaires : (1) la radiothérapie pour traiter le cancer sur quatre semaines; (2) les pontages aortocoronariens dans un délai de 2 à 26 semaines selon l'urgence des soins; (3) les interventions chirurgicales pour extraire les cataractes dans un délai de 16 semaines; (4) le remplacement de la hanche dans un délai de 26 semaines; (5) le remplacement du genou dans un délai de 26 semaines; et (6) la réparation chirurgicale de fractures à la hanche dans un délai de 48 heures. Alors que les ministres de la Santé ont été incapables de s'entendre par rapport aux points de repère pancanadiens des IRM et des tomodensitogrammes, certains ministères de la Santé ont établi leurs propres seuils de délais d'attente par rapport aux diagnostics de pointe. Le tableau 7.4 indique que bien que la plupart des provinces ont atteint ou sont près de leurs points de repère quant à la radiothérapie contre le cancer et de pontage aortocoronarien, elles ont toujours des progrès à faire avant d'atteindre les points de repère sur les délais d'attente attribués au remplacement des articulations et à la restauration de la vue.

7.4.3 Équité des résultats

Comme chez les autres pays de l'OCDE, il existe une relation solide entre le statut socioéconomique et les résultats en santé : plus le statut est bas, plus les résultats en santé sont faibles. Au Canada, il existe aussi de nombreuses preuves d'une relation solide entre le statut socioéconomique et l'utilisation des soins de santé : plus le niveau d'éducation et de revenu d'une personne est faible, par exemple, plus ils ont de risques d'utiliser davantage les services de soins de santé (Mustard et coll., 1997; Roos & Mustard, 1997; Curtis & MacMinn, 2008). La question de politique cossée est le degré auquel les interventions et les services du système de santé existants et proposés amélioreront les résultats en santé.

Tableau 7.4

Pourcentage de patients recevant des soins respectant les points de repère pancanadien, par province, 2011

	Radiothérapie contre le cancer (<4 semaines)	Pontage aortocoronarien (<2 à 26 semaines)	Extraction des cataractes (<16 semaines)	Remplacement de la hanche (<26 semaines)	Remplacement du genou (<26 semaines)	Réparation de fracture de la hanche (<48 heures)
Colombie-Britannique	67	79	76	76	99	76
Alberta	98	95	59	80	70	81
Saskatchewan	99	100	58	75	62	84
Manitoba	100	97	71	59	52	85
Ontario	97	100	88	90	85	78
Québec	99	— ^a	88	82	78	— ^a
Nouveau-Brunswick	95	99	85	72	53	83
Nouvelle-Écosse	83	100	65	62	44	79
Île-du-Prince-Édouard	96	— ^b	67	71	55	81
Newfoundland and Labrador	96	100	71	82	62	87
Canada	97	99	82	82	75	79

Source : ICIS (2012b). ^a Données fournies dans un format qui n'était pas comparable à celles des autres compétences et ont donc été omises; ^b Il n'existe aucun chirurgien qui effectue des pontages aortocoronariens à l'Île-du-Prince-Édouard : les résidents sont envoyés dans d'autres provinces pour recevoir ce service de santé.

Divers érudits ayant analysé les résultats de l'Enquête conjointe Canada États-Unis sur la santé, 2002–2003 ont éclairci davantage la question. Les deux pays ont découvert une corrélation positive entre le revenu et la santé de la population, mais dans le quintile inférieur de revenu, les Canadiens sont en meilleure santé que les Américains. De manière semblable, aux niveaux inférieurs d'éducation, les Canadiens sont en meilleure santé que les Américains, un résultat attribué en partie à la politique d'assurance maladie universelle (Lasser, Himmelstein & Woolhandler, 2006; Eng & Feeny, 2007; McGrail et coll., 2009).

Certains groupes socioéconomiques, particulièrement les populations autochtones canadiennes, ont un état de santé et des résultats en santé extrêmement bas par rapport à la plus grande partie de la population. Le gouvernement fédéral a financé et administré un grand nombre de programmes axés sur la santé publique et la population pour réduire l'écart en santé, notamment en raison de ses responsabilités fiduciaires envers les Premières nations et les Inuits. Au cours des dernières années, les gouvernements des

provinces et des territoires ont aussi lancé des politiques et des programmes ciblés. Malgré ces nombreux efforts, il existe tout de même un grand écart en santé (Frohlick, Ross & Richmond, 2006; Loppie Reading & Wien, 2009).

Lors du recensement de 2006, les immigrants représentaient près de 20 % de la population canadienne, et on prévoit que ce pourcentage se situera au delà de 25 % d'ici 2031. Contrairement aux peuples autochtones, les immigrants au Canada ont tendance, en moyenne, à posséder une meilleure santé, du moins, comme mesurée par les taux standardisés de mortalité. Ce phénomène est connu sous le nom « d'effet de l'immigrant en santé », un effet qui baisse au fur et à mesure qu'ils passent des années au Canada (Ng, 2011). Concernant l'accès aux services de soins de santé, le manque de compétences en langues (en anglais ou en français, selon la province de résidence) constitue un obstacle, surtout pour les immigrantes (Pottie et coll., 2008). Alors qu'on a prouvé qu'il existe des obstacles autres que la langue, comme un revenu plus faible ou les différences socioculturelles, quant à l'accès aux services de soins de santé, les anomalies d'accès aux soins de santé entre les immigrants et les non immigrants sont moins nombreuses au Canada, comparativement aux immigrants et les non immigrants aux États-Unis (Asanin & Wilson, 2008; Siddiqi, Zuberi & Nguyen, 2009). Les exceptions à l'effet de l'immigrant en santé sont les femmes des États-Unis et de l'Afrique subsaharienne (Ng, 2011).

Il existe d'autres grandes différences entre les sexes pour ce qui est des résultats en santé et des tendances en services de santé au Canada. De plus, il existe certaines preuves qui indiquent que les femmes, et particulièrement les femmes plus âgées, sont moins susceptibles que les hommes de recevoir les soins intensifs dont elles ont besoin, et sont plus susceptibles de mourir suite à une maladie grave (Fowler et coll., 2007). De plus, les femmes plus âgées courent un risque plus élevé de recevoir des médicaments inadéquats. Ces résultats ne peuvent être généralisés dans tous les domaines, en partie parce que les analyses axées sur le sexe font rarement partie des études en santé, notamment les essais cliniques, malgré la politique des Instituts de recherche en santé du Canada qui appuie les analyses différenciées selon les sexes. Mais surtout, sans plus d'analyses différenciées selon les sexes, il est extrêmement difficile de comprendre les raisons sous-jacentes qui expliquent les différences entre les sexes présentes dans les résultats (Bierman, 2007).

Au Canada, la plus grande partie des soignants bénévoles sont des femmes. De plus, elles y mettent, en moyenne, beaucoup plus d'énergie que les hommes (Brazil et coll., 2009). Les femmes occupent aussi la plus grande partie des postes de travailleurs moins rémunérés en santé dans les hôpitaux et les foyers

de soins de longue durée, en plus d'effectuer les tâches de nettoyage et de soins pour les patients et les résidents. Elles occupent aussi la plupart des postes auxiliaires et de soutien dans le système de santé (Armstrong, Armstrong & Scott-Dixon, 2006).

7.5 Efficacité du système de santé

7.5.1 Efficacité dans l'allocation des ressources

L'efficacité dans l'allocation des ressources stipule qu'un système de santé distribue des services conformément à « la valeur que les personnes attribuent à ces biens et services » (Hurley, 2010, p. 36). Lorsque les biens et services de santé sont financés par le secteur privé, comme c'est le cas dans presque 30 % des dépenses en santé au Canada, ce sera fait à l'aide du marché comme influencé ou modifié par le RAMP. Dans le cas des services de santé financés par le public, l'efficacité dans l'allocation des ressources est plus difficile à établir. En effet, la notion économique de l'efficacité dans l'allocation des ressources peut avoir peu de sens lorsqu'on l'applique aux dépenses publiques en santé, sauf pour ce qui est de savoir si les gouvernements ont atteint un équilibre approprié en allocation du financement parmi les ressources (p. ex. investissements en capital, intrants en effectifs ou encore les médicaments sur ordonnance) et les secteurs de service (p. ex. santé publique, soins primaires, soins actifs ou soins de longue durée).

Les systèmes de santé des provinces et des territoires sont financés à l'aide des recettes fiscales générales, ce qui donne aux gouvernements beaucoup de souplesse sur l'allocation des dépenses parmi les ressources et les secteurs de service (voir le chapitre 3). Les processus de budgétisation nécessitent que les cabinets du gouvernement provincial et leurs sous-comités respectifs, surtout les comités du Conseil du Trésor des cabinets, exécutent l'allocation entre des besoins concurrents parmi une myriade de demandes de programmes et de politiques économiques et sociaux. Depuis que les gouvernements provinciaux ont augmenté les dépenses en soins de santé après les années de restriction pendant les années 1990, certaines personnes ont fait valoir que les allocations des cabinets aux soins de santé ont supplanté les autres besoins publics (Boothe & Carson, 2003; MacKinnon, 2004). Cependant, un examen empirique de cette hypothèse a conclu que ce n'était pas le cas (Landon et coll., 2006).

Une fois que les ministères de la Santé reçoivent leur budget, ils en font l'allocation parmi différents services et secteurs de la santé en fonction des besoins historiques et des demandes du secteur, ainsi que des priorités de réforme et de politiques en santé, comme transmises par le cabinet. Dans les compétences de l'échelle régionale, la majorité du financement du Ministère est distribué aux ASR en fonction de diverses méthodologies, y compris des formules axées sur les besoins de la population, des calculs axés sur l'activité, une budgétisation fondée sur le passé et les priorités stratégiques immédiates du gouvernement. Cependant, on a fait peu de comparaisons empiriques entre ces différentes méthodologies et de leurs retombées d'efficacité en allocation des ressources.

7.5.2 Efficacité technique

L'efficacité technique indique le degré auquel un système de santé s'appuie sur les niveaux minimaux d'intrants concernant un extrant particulier, ou le niveau maximal d'extrants en fonction d'un ensemble établi d'intrants. Pour relever les gains d'efficacité technique possibles, les gestionnaires du système de santé réfléchiront à savoir s'il est possible d'obtenir plus d'extrants à l'aide des mêmes intrants, ou s'il est possible d'obtenir le même extrant avec moins d'intrants (Hurley, 2010).

Peu d'études ont été effectuées sur l'efficacité technique des systèmes de santé au Canada, partiellement en raison des défis provenant du grand nombre d'intrants, ainsi que d'extrants dans un système de santé complexe, qu'il s'agisse d'une ASR ou d'un système de santé provincial. Cependant, les pays de l'OCDE, y compris le Canada, ont un intérêt grandissant envers l'exécution d'évaluations sur l'optimisation des ressources (OCDE, 2010a, b).

Dans une certaine mesure, la récente mise en pratique de méthodes de « production frugale » dans certains systèmes de santé provinciaux et chez certaines ASR pour tenter d'atteindre une meilleure efficacité technique. Les techniques de production frugales furent premièrement élaborées par le fabricant de voitures japonais Toyota pour obtenir une meilleure efficacité technique et une meilleure qualité en production automobile, celles-ci ont d'abord été adaptées à trois hôpitaux en Ontario en 2005, puis à une ASR et à un hôpital catholique en Saskatchewan un an plus tard. L'objectif de ces projets de production frugale était de diminuer les délais d'attente pour les opérations chirurgicales, mais aussi d'améliorer la sécurité des patients (Fine et coll., 2009). Aucune évaluation systématique n'a été faite sur ces méthodes et sur les initiatives frugales subséquentes au Canada, mais une étude comparative

de leurs retombées sur 15 services d'urgences d'hôpitaux dans trois pays, l'Australie, le Canada et les États-Unis, ont découvert une baisse des délais d'attente, de la longueur totale du séjour et de la proportion de patients quittant le service d'urgence avant d'avoir reçu un diagnostic ou un traitement, ainsi que des améliorations dans la satisfaction des patients (Holden, 2011).

7.6 Transparence et responsabilité

Les systèmes de santé au Canada sont plus transparents aujourd'hui qu'ils ne l'ont été depuis des décennies en raison d'un grand nombre de tendances et d'améliorations. Les Canadiens, que ce soit dans leur rôle de citoyen, de contribuable ou de patient, demandent une plus grande transparence de la part de leur gouvernement et de leurs organismes de soins de santé que par le passé. Du côté de la fourniture, ils ont actuellement accès à des renseignements de la part de divers nouveaux organismes provinciaux et intergouvernementaux, notamment le Conseil canadien de la santé, qui fournit des rapports accessibles sur l'état des soins de santé au Canada. De plus, différents groupes de réflexion fournissent aussi des rapports sur les questions du système de santé qui sont préoccupantes ou intéressantes pour les Canadiens.

Santé Canada présente un rapport annuel aux gouvernements et au grand public sur la *Loi canadienne sur la santé*, y compris sur tout renseignement par rapport aux gouvernements provinciaux pouvant constituer une violation de la Loi et de ses cinq critères fondamentaux de gestion publique, d'intégrité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité (Santé Canada, 2011). Cependant certaines réserves ont été exprimées quant à ce qui est vraiment compris dans l'ensemble des services de santé universels en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Plus particulièrement, des particuliers ont à l'occasion poursuivi leur gouvernement provincial en justice pour que certains services soient ajoutés à cet ensemble à l'aide d'arguments fondés sur la Charte des droits et libertés, et au moins un érudit a affirmé qu'il s'agissait là d'un mécanisme utile de responsabilité en soins de santé, surtout compte tenu du manque d'autres processus à la portée des citoyens canadiens (Jackman, 2010).

La *Loi canadienne sur la santé* stipule aussi que les gouvernements des provinces et des territoires doivent mentionner le financement de transfert qu'ils reçoivent du gouvernement fédéral, qui est utilisé pour offrir les services de soins de santé publique à leurs résidents respectifs. Les demandes de transparence concernant les transferts fédéraux aux gouvernements des provinces et des territoires pour la santé ont éventuellement mené le gouvernement à diviser son

transfert omnibus global en deux en 2004 : le Transfert canadien en matière de santé consacré à la santé, et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (McIntosh, 2004). Cette initiative s'est déroulée des années après une dispute fédérale-provinciale quant à la valeur « réelle » de la partie du transfert global sur la santé, le gouvernement provincial ne cessant d'exagérer sa valeur, et le gouvernement provincial la sous-estimant systématiquement (Marchildon, 2004).

À l'aide de leur site Web, la plupart des ministères de la Santé des provinces et des territoires fournissent des renseignements détaillés sur leurs services, y compris une liste complète des prestations et indemnités provinciales ou territoriales en soins de santé. À quelques exceptions près, les gouvernements des provinces et des territoires ont aussi fait relativement preuve de transparence en élaboration de nouvelles politiques en santé, en partie par leur utilisation fréquente et publique de commissions et d'organismes ministériels consultatifs au cours des deux dernières décennies. Inévitablement, ces processus ont été menés à l'aide de consultations et d'audiences publiques. La Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow, le premier ministre de la Saskatchewan, a effectué l'ensemble le plus complet de consultations auprès des Canadiens. De 2001 à 2002, la Commission Romanow a parrainé des audiences publiques ouvertes, des forums télévisés, des ateliers d'experts, des forums régionaux, des séances de dialogue en partenariat et une série de 12 séances de dialogue délibératif d'une journée avec la participation d'une sélection au hasard de presque 500 citoyens canadiens (Romanow, 2002; Maxwell et coll., 2002; Maxwell, Rosell & Forest, 2003).

Au-delà de la participation aux politiques parlementaires à l'échelle FPT du gouvernement, la participation directe du public à la gouvernance de la santé s'est limitée à des échelles plus régionales et locales (Flood & Archibald, 2005). Alors qu'il y a eu un mouvement vers l'élection d'un citoyen aux conseils des ASR dans les débuts de la régionalisation, presque tous les conseils des ASR sont nommés par les gouvernements provinciaux désormais (Abelson & Eyles, 2004; Chessie, 2009) (consulter la section 2.9).

Quant aux attentes envers le gouvernement et les autres intervenants publics de justifier la gestion des systèmes de santé à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale, les Canadiens ont bénéficié d'un établissement de rapports plus public sur les indicateurs et les mesures du rendement. Le travail de l'ICIS depuis sa fondation en 1994 a été essentiel quant à fournir l'infrastructure et les méthodes de comparaison pour rendre cette évolution possible (Morris & Zelmer, 2005). De plus, le mandat du CCS de fournir des renseignements

sur le système de santé dans un format accessible a aussi facilité ce type de responsabilité publique. La publication récente d'un guide populaire sur les indicateurs de la santé de la part du conseil reflète ce mandat (CCS, 2011c).

8. Conclusions

Au Canada, la couverture publique et privée des services de santé est grandement segmentée selon le secteur de santé. La couverture universelle du premier dollar est réservée aux services hospitaliers et de médecins médicalement nécessaires. Les autres biens et services de santé, notamment les médicaments sur ordonnance, les soins de réadaptation et les soins de longue durée, sont soumis à une couverture ou à des subventions ciblées qui couvrent certains écarts laissés par les RAMP et les paiements déboursés, mais dans les secteurs où les fonds privés constituent la principale source de financement, comme les soins dentaires, il existe des degrés élevés d'inégalité d'utilisation et de résultats en santé.

Établir et réaliser les normes et objectifs pancanadiens dans une fédération très décentralisée nécessite une grande collaboration intergouvernementale et interprovinciale. Les vingt dernières années ont produit un réseau dense d'organismes intergouvernementaux. Alors que la collaboration a réussi dans certains secteurs (p. ex. assurer l'accessibilité universelle aux services hospitaliers et de médecins), elle n'a pas été aussi efficace dans d'autres secteurs (p. ex. utilisation plus efficace de la TI). Les normes nationales sont extrêmement difficiles à satisfaire dans les secteurs autres que les services hospitaliers et de médecins. Historiquement, les grands changements stratégiques peuvent être plus faciles à mettre en œuvre dans des États unitaires dont les systèmes de santé sont centralisés, mais les systèmes décentralisés peuvent offrir plus de possibilités d'expérimentation, ainsi qu'un milieu riche dans lequel évaluer les expériences naturelles. Voici là le potentiel offert par les systèmes de santé des provinces au Canada, un potentiel que l'on pourrait exploiter davantage dans les prochaines années.

Alors qu'il y a eu des efforts perceptibles pour améliorer la prise en main personnelle des patients au Canada au cours des dernières années, elle reste tout de même sous-développée comparativement aux efforts semblables dans

la plupart des pays de l'OCDE. Ces progrès ont été réalisés malgré le fait que les Canadiens possèdent une piètre perception d'au moins certaines dimensions de leur système, notamment de la rapidité des soins et de l'adaptation au patient. Un tel mécontentement constitue un défi pour les gouvernements canadiens qui ont mis l'accent sur l'amélioration de la rapidité, de la qualité et de la sécurité des services de santé. Récemment, certaines améliorations se sont manifestées concernant les résultats de qualité, ainsi que dans la diminution des délais d'attente.

Au sujet des dépenses en santé, le Canada est presque identique aux autres pays de l'OCDE quant à son expérience récente, bien que les sources précises des pressions liées aux coûts puissent varier. L'un des récents facteurs de coûts les plus importants est l'inflation du secteur de la santé, provoquée principalement par les augmentations récentes de la rémunération des médecins et du personnel infirmier, ainsi que des paiements faits aux autres travailleurs des soins de santé (ICIS, 2011b). Ces augmentations ont été accompagnées d'une augmentation importante dans l'utilisation des médicaments sur ordonnance.

Dans l'ensemble, un grand réinvestissement a eu lieu en soins de santé publique au Canada depuis les compressions budgétaires du début à la moitié des années 1990. Cette initiative a entraîné un plus grand nombre de médecins et du personnel infirmier, de même qu'une augmentation dans leur proportion par rapport à la population générale. De plus, les gouvernements ont beaucoup investi en immobilisations, y compris d'équipement médical. Pour ce qui est des technologies d'imagerie comme les tomodensitomètres et les appareils d'IRM, le Canada se classe dans la moyenne ou supérieur à la moyenne parmi ses comparateurs de l'OCDE. En un sens, les Canadiens ont effectué une révolution complète, de l'abondance dans les années 1980 à la famine pendant les années 1990, puis de retour à l'abondance dans les années 2000.

Les résultats provenant de l'établissement de priorité en réforme de la santé à l'aide d'accords FPT ont été mitigés ou faibles. La décision du gouvernement fédéral de ne pas participer aux prochaines réunions des premiers ministres constitue en partie un jugement par rapport aux efforts infructueux du passé, ainsi qu'une opinion politique selon laquelle le gouvernement fédéral ne devrait pas être mêlé à un domaine situé dans la compétence constitutionnelle de base des provinces. Puisque la plupart des gouvernements au Canada sont en déficit budgétaire, le manque de discussion entre les deux ordres du gouvernement diminue la possibilité d'obtenir un consensus pancanadien sur les priorités en santé pendant les années à venir. Par conséquent, l'innovation proviendra plus vraisemblablement des provinces et territoires individuels dans un environnement fiscal plus serré que celui dont les gouvernements canadiens ont profité pendant les dix dernières années.

9. Appendices

9.1 Références

- ABELSON, J., et J. EYLES. « Public participation and citizen governance in the Canadian health system », dans P. G. Forest, G. P. Marchildon et T. McIntoch, éd. *Changing health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 279–311.
- ACMETS. *Impact et changement : rapport annuel de 2009–2010*, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Ottawa, 2011.
- ACMETS. *Le surpeuplement des urgences au Canada : qu'en est-il exactement et qu'y a-t-il à faire?*, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Ottawa, 2006.
- ACTION CANCER ONTARIO. *Ontario breast cancer screening program 20th anniversary report*, Action Cancer Ontario, Toronto 2010.
- ADAMS, D. « Canadian federalism and the development of national health goals and objectives », dans D. Adams, éd. *Federalism, democracy and health policy in Canada*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2001, p. 61–105.
- ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. *A sustainable health system for Alberta: report of the MLA Task Force on Health Care Funding and Revenue Generation*, Alberta Health and Wellness, Edmonton, 2002.
- ALLIN, S. « Does equity in healthcare use vary across Canadian provinces », *Healthcare Policy*, vol. 3, no 4, 2008, p. 83–99.
- ANIS, A. H. « Pharmaceutical policies in Canada: another example of federal provincial discord », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, no 4, 2000, p. 523–526.
- ARMSTRONG, P., H. ARMSTRONG et K. SCOTT-DIXON. *Critical to care: women and ancillary work in health care*, Women and Health Care Reform, Toronto, 2006.
- ASANIN, J., et K. WILSON. « "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada », dans *Social Science & Medicine*, vol. 66, no 6, 2008, p. 1271–1283.
- ASPC & ICIS. *Obésité au Canada*, Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ASPC. *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*, Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la Santé, Ottawa, 2008.
- ASPC. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006*, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, 2011.

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. *Model to guide hospice palliative care: based on national principles and norms of practice*, Association canadienne de soins palliatifs, Ottawa, 2002.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS DE SANTÉ. *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*, Association canadienne des soins de santé, Ottawa, 2009.
- AXELSSON, R., G. P. MARCHILDON et J. R. REPULLO-LABRADOR. « Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems », dans R. B. Saltman, V. Bankauskaite et K. Vrangbæk, éd. *Decentralization in health care*, New York : McGraw-Hill for European Observatory on Health Systems and Policies, 2007, p. 141–166.
- BABCOCK, R. H. « Blood on the factory floor: the workers' compensation movement in Canada and the United States », dans R. B. Blake et J. A. Keshenéd. *Social fabric or patchwork quilt : the development of social policy in Canada*, Peterborough (ON), Broadview Press, 2006, p. 45–58.
- BADGLEY, R. F., et S. WOLFE. *Doctor's strike: medical care and conflict in Saskatchewan*, Macmillan of Canada, Toronto, 1967.
- BAKER, L. C., S. W. ATLAS et C. C. AFENDULIS. « Expanded use of imaging technology and the challenge of measuring value », dans *Health Affairs*, vol. 27, no 6, 2008, p. 1467–1478.
- BALL, G. D. C., et L. J. MCCARGAR. « Childhood obesity in Canada: a review of prevalence estimates and risk factors for cardiovascular diseases and type 2 diabetes », dans *Canadian Journal of Applied Physiology*, vol. 28, no 1, 2003, p. 117–140.
- BANQUE MONDIALE. Données, Banque mondiale, (<http://donnees.banquemondiale.org/>, consulté le 21 avril 2011), Washington D.C., 2011.
- BATES, J., C. LOVATO, et T. BULLER-TAYLOR. « “Mind the gap”: seven key issues in aligning medical education and healthcare policy », dans *Healthcare Policy*, vol. 4, no 2, 2008, p. 46–58.
- BATTISTA, R. N., et coll. « Health technology assessment in Canada », dans *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25 (supplément), 2009, p. 53–60.
- BÉGIN, M. *Medicare: Canada's right to health*, Optimum Publishing, Ottawa, 1988.
- BERTA, W., A. LAPORTE et V. VALDAMANIS. « Observations on long-term care in Ontario, 1996–2002 », dans *Canadian Journal of Aging*, vol. 24, no 1, 2005, p. 71–84.
- BERTA, W., et coll. « A pan-Canadian perspective on institutional long-term care », dans *Health Policy*, vol. 79, no 2–3, 2006, p. 175–194.
- BIERMAN, A. S. « Sex matters: gender disparities in quality and outcomes of care », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, no 12, 2007, p. 1520–1521.
- BOESSENKOOL, K. J. *Fixing the fiscal imbalance: turning GST revenues over to the provinces in exchange for lower transfers*, School of Public Policy, Calgary, 2010.
- BOOTHE, P., et M. CARSON. *What happened to health-care reform?*, CD Howe Institute, Toronto, 2003.
- BOSWELL-PURDY, J., et coll. « Population health impact of cancer in Canada, 2001 », *Chronic Disease in Canada*, vol. 28, no 1–2, 2007, p. 42–55.
- BOYCHUK, T. « After medicare: regionalization and Canadian health care reform », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2, 2009, p. 353–378.
- BOYCHUK, T. *The making and meaning of hospital policy in the United States and Canada*, University of Michigan Press, Ann Arbor, 1999.

- BOYLE, S. *Health systems in transition: United Kingdom (England)*, Copenhagen, OMS, bureau régional de l'Europe au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhagen, 2011.
- BRAËN, A. « Health and the distribution of powers in Canada », dans T. McIntosh, P. G. Forest et G. P. Marchildon, éd. *The governance of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 25–49.
- BRAZIL, K. et coll. « Gender differences among Canadian spousal caregivers at the end of life », dans *Health and Social Care in the Community*, vol. 17, no 2, 2009, p. 159–166.
- BRYANT, T., et coll. « Canada: a land of missed opportunity for addressing the social determinants of health », dans *Health Policy*, vol. 101, no 1, 2011, p. 44–55.
- BULLARD, M. J., et coll. « Tracking emergency department overcrowding in a tertiary care academic institution », dans *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 3, 2009, p. 99–106.
- CANADA. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Volume I, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964.
- CANADA. *Plan fédéral d'intervention d'urgence*, gouvernement du Canada, Ottawa, 2011.
- CAULFIELD, T. « Medical malpractice, the common law, and healthcare reform », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh et P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 80–109.
- CCNI. *Guide canadien d'immunisation, 7e éd.*, Agence de la santé publique du Canada au nom du Comité consultatif national de l'immunisation, Ottawa, 2006.
- CCPSSR. *Suffisamment, c'est combien? Redéfinir l'autosuffisance en personnel de santé – Un document de travail*, Santé Canada au nom du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Ottawa, 2009.
- CCPSSR. *Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique*, Santé Canada au nom du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Ottawa, 2007.
- CCRPS. *Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations*, Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé, Toronto, 2006.
- CCRPS. *Un rapport provisoire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les collègues régissant les professions de la santé et les membres de professions de la santé réglementées*, Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé, Toronto, 2008.
- CCS (2010a). *Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments sur ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*, Conseil canadien de la santé, Toronto, 2010.
- CCS (2010b). *Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*, Conseil canadien de la santé, Toronto, 2010.
- CCS (2011a). *Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé : Guide de référence pour les Canadiens*, Conseil canadien de la santé, Toronto, 2011.
- CCS (2011b). *Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*, Conseil canadien de la santé, Toronto, 2011.
- CCS. *Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques*, Conseil canadien de la santé, Toronto, 2009.

- CHAFE, R., W. LEVINSON et T. SULLIVAN. « Disclosing errors that affect multiple patients », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, no 11, 2009, p. 1125–1127.
- CHAN, B. (2002a). *Du surplus à la pénurie perçue : évolution de la main-d'œuvre médicale*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.
- CHAN, B. (2002b). « The declining comprehensiveness of primary care », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, no 4, 2002, p. 429–434.
- CHAN, P., et S. R. KENNY. « National consistency and provincial diversity in delivery of long-term care in Canada », dans *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 13, no 2–3, 2002, p. 83–99.
- CHESSIE, K. « Health system regionalization in Canada's provincial and territorial health systems: do citizen governance boards represent, engage and empower? », dans *International Journal of Health Services*, vol. 39, no 4, 2009, p. 705–724.
- CHESSIE, K. « The shifting discourse of “public participation”: implications in changing models of health system regionalization », dans T. McIntosh, B. Jeffery et N. Muhajarine, *Redistributing health: new directions in population health research in Canada*, Regina, CPRC Press, 2010, p. 74–92.
- CHEVREUL, K., et coll. *Health Systems in Transition: France*. Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'OMS de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhagen, 2010.
- CINNAMON, B. *Résultats de l'Enquête sur les aliments fonctionnels et les produits de santé naturels – 2007*, Statistique Canada (Division des enquêtes-entreprises spéciales et de la statistique de la technologie – Documents de travail), Ottawa, 2009.
- CLARKE, J. N. *Health, illness, and medicine in Canada*, 4e édition., Oxford University Press, Toronto, 2004.
- CLATNEY, L., H. MACDONALD et S. M. SHAH. « Mental health care in the primary setting: family physicians' perspectives », dans *Canadian Family Physician*, vol. 54, no 6, 2008, p. 884–889.
- COLLÈGE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Registered nurses in the extended class*, Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Toronto, 2004.
- COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*, Institut canadien pour la sécurité des patients, Edmonton, 2002.
- CONSEIL CANADIEN DES ORGANISMES BÉNÉVOLES EN SANTÉ. *Increasing wellness in Canadians: the role of health charities*, Conseil canadien des organismes bénévoles en santé, Ottawa, 2001.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. *Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Conseil canadien sur l'apprentissage, Ottawa, 2007.
- COUSIN, M. « Health care and human rights after Auton and Chaoulli », dans *McGill Law Journal*, vol. 54, no 4, 2009, p. 717–738.
- COYTE, P. C., et S. LANDON. « Cost-sharing and block-funding in a federal system: a demand systems approach », dans *Canada Journal of Economics*, vol. 23, no 4, 1990, p. 817–838.

- CROSATO, K. E., et B. LEIPERT. « Rural women caregivers in Canada », dans *Rural and Remote Health*, vol. 6, no 2, 2006, p. 52.
- CSMC. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary, 2012.
- CSMC. *Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Commission sur la santé mentale du Canada, Calgary, 2009.
- CURTIS, L. J., et W. J. MACMINN. « Health care utilization in Canada: twenty-five years of evidence », dans *Canadian Public Policy*, vol. 34, no 1, 2008, p. 65–87.
- DAGNONE, T. *For patients' sake: Patient First Review Commissioner's report to the Saskatchewan Minister of Health*, ministère de la Santé de la Saskatchewan, Regina, 2009.
- DAW, J. R., et S. G. MORGAN. « Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork: a review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010 », dans *Health Policy*, vol. 104, no 1, 2012, p. 19–26.
- DE WALSH, P. « Optimizing the acceptability, effectiveness and cost of immunization programs: the Quebec experience », dans *Expert Review of Vaccines*, vol. 10, no 1, 2011, p. 55–62.
- DEBER, R. B. « Delivering health care: public, not-for-profit, or private? », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh et P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 233–296.
- DENIS, J. L. « Governance and management of change in Canada's health system », dans P. G. Forest, G. P. Marchildon et T. McIntosh, éd. *Changing health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 82–114.
- DONALDSON, C. « Fire, aim ... ready? Alberta's big bank approach to healthcare disintegration », dans *Healthcare Policy*, vol. 6, no 1, 2010, p. 22–31.
- DUCKETT, S. « Second wave reform in Alberta », dans *Healthcare Management Forum*, vol. 25, no 4, 2010, p. 156–158.
- DUMONT, J. C., et coll. *International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities*, Organisation de coopération et de développement économiques et Organisation mondiale de la Santé, Paris, 2008.
- DUMONT, S., et coll. « Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a palliative perspective », dans *Palliative Medicine*, vol. 23, no 8, 2009, p. 708–717.
- DYCK, E. « Dismantling the asylum and charting new pathways into the community: mental health care in 20th century Canada », dans *Histoire Sociale/Social History*, vol. 44, no 2, 2011, p. 181–196.
- ÉLECTIONS CANADA. Élection générale de 2011 : résultats préliminaires. Ottawa, Élections Canada (http://enr.elections.ca/ElectoralDistricts_f.aspx, consulté le 22 mai 2011), 2011.
- ÉLECTIONS CANADA. Résultats officiels du scrutin : Quarantième élection générale 2008, Élections Canada (<http://www.elections.ca/scripts/OVR2008/default.html>, consulté le 21 avril 2011), Ottawa, 2008.
- ENG, K., et D. FEENY. « Comparing the health of low income and less well-educated groups in the United States and Canada », dans *Population Health Metrics* 5:10 (en ligne à l'adresse : <http://www.pophealthmetrics.com/content/5/1/10>, consulté le 25 septembre 2012), 2007.

- ENTERLINE, P. E., et coll. « The distribution of medical services before and after “free” medical care: the Quebec experience », dans *New England Journal of Medicine*, vol. 289, no 22, 1973, p. 1174–1178.
- EVANS, R. G., et K. M. MCGRAIL. « Richard III, Barer-Stoddart and the daughter of time », dans *Healthcare Policy*, 3(3), 2008, p. 18–28.
- FAFARD, P. « Intergovernmental accountability and health care: reflections on the recent Canadian experience », dans P. Graefe, J. M. Simmons et L. A. White, éd. *Overpromising and underperforming? Understanding and evaluating new intergovernmental accountability regimes*, Toronto, University of Toronto Press, 2012, p. 31–55.
- FAST, J., et coll. « Characteristics of family/friend care networks of frail seniors », dans *Canadian Journal of Aging*, vol. 23, no 1, 2004, p. 5–19.
- FENNA, A. *Benchmarking in federal systems*, Forum des fédérations, Ottawa, 2010.
- FINE, B. A., et coll. « Leading lean: a Canadian healthcare leader’s guide », dans *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 3, 2009, p. 32–41.
- FLAGLER, J., et W. DONG. « The uncompassionate elements of the Compassionate Care Benefits Program: a critical analysis », dans *Global Health Promotion*, vol. 17, no 1, 2010, p. 50–59.
- FLEGEL, K. M., P. C. HÉBERT et N. MACDONALD. « Is it time for another medical curriculum revolution? », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, no 1, 2008, p. 11.
- FLOOD, C. M. « Chaoulli’s legacy for the future of Canadian health care policy », dans B. Campbell et G. P. Marchildon, éd. *The governance of health care in Canada*, Toronto, James Lorimer, 2007, p. 256–191.
- FLOOD, C. M. « The evidentiary burden for overturning government’s choice of regulatory instrument: the case of direct-to-consumer advertising of prescription drugs », dans *University of Toronto Law Journal*, vol. 60, no 2, 2010, p. 397–424.
- FLOOD, C. M., et S. CHOUDHRY. « Strengthening the foundations: modernizing the Canada Health Act », dans T. McIntosh, P. G. Forest et G. P. Marchildon, éd. *The governance of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 346–387.
- FLOOD, C. M., et T. ARCHIBALD. « The illegality of private health care in Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, no 6, 2001, p. 825–830.
- FLOOD, C. M., et T. ARCHIBALD. *Hamstrung and hogtied: cascading constraints on citizen governance in medicare*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2005.
- FLOOD, C. M., K. ROACH et L. SOSSIN. *Access to care, access to justice: the legal debate over private health insurance in Canada*, University of Toronto Press, Toronto, 2005.
- FLOOD, C. M., M. STABILE et C. TUOHY. « What is in and out of medicare? Who decides? », dans C. M. Flood, éd. *Just medicare: What’s in, what’s out, how we decide*, Toronto, University of Toronto Press, 2006.
- FOWLER, R. A., et coll. « Sex and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, no 12, 2007, p. 1513–1519.
- FROHLICK, K. L., N. ROSS et C. RICHMOND. « Health disparities in Canada today: some evidence and a theoretical framework », dans *Health Policy*, vol. 79, no 2–3, 2006, p. 132–143.

- GAY, J. G., et coll. *Mortality amenable to health care in 31 OECD countries*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2011.
- GECHERT, S. « Supplementary private health insurance in selected countries: lessons for EU governments », dans *CESifo Economic Studies*, vol. 56, no 3, 2010, p. 444–464.
- GERDTHAM, U. G., et B. JÖNSSON. « International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis », dans A. J. Culyer et J. P. Newhouse, éd. *Handbook of Health Economics*, volume 1, Amsterdam, Elsevier, 2000, p. 1–45.
- GIACOMINI, M., F. MILLER et G. BROWMAN. « Confronting the “grey zones” of technology assessment: evaluating genetic testing services for public insurance coverage in Canada », dans *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 19, no 2, 2003, p. 301–315.
- GILMOUR, J., M. KELNER et B. WELLMAN. « Opening the door to complementary and alternative medicine: self-regulation in Ontario », dans *Law & Policy*, vol. 24, no 2, 2002, p. 149–174.
- GLAUSER, W. « Private clinics continue explosive growth », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, no 8, 2011, p. E437–E438.
- GLAZIER, R. H., et coll. « Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, no 11, 2009, p. E72–E81.
- GOLDING, L. *Wait times: legal issues – patient rights*, Fasken Martineau DuMoullin LLP, National Health Law Group, Toronto, 2005.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Évaluation nationale de la planification des mesures d'urgence dans les centres hospitaliers du Canada*, Gouvernement du Canada, Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, Ottawa, 2002.
- GRESCHNER, D. « How will the Charter of Rights and Freedoms and evolving jurisprudence affect health care costs? », dans T. McIntosh, P. G. Forest et G. P. Marchildon, éd. *The governance of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 83–124.
- GRIGNON, M., et coll. « Inequity in a market-based health system: evidence from Canada's dental sector », dans *Health Policy*, vol. 98, no 1, 2010, p. 81–90.
- GRIGNON, M., V. PARIS et D. POLTON. « The influence of physician-payment methods on the efficiency of the health care system », dans P. G. Forest, G. P. Marchildon et T. McIntosh, éd. *Changing health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 207–240.
- GRISHABER-OTTO, J., et S. SINCLAIR. *Bad medicine: trade treaties, privatization and health care reform in Canada*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, 2004.
- GROOTENDORST, P., et A. HOLLIS. *Gestion des dépenses pharmaceutiques – aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 2011.
- GRUPE D'EXPERTS SUR LA PÉRÉQUATION ET LA FORMULE DE FINANCEMENT DES TERRITOIRES. *Pour réaliser un dessein national : Remettre la péréquation sur la bonne voie*, ministère des Finances Canada, Ottawa, 2006.
- GRZYBOWSKI, S., et E. A. ALLEN. « Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, no 7, 1999, p. 1025–1028.
- HAILEY, D. M. « Health technology assessment in Canada: diversity and evolution », dans *Medical Journal of Australia*, vol. 187, 2007, p. 286–288.

- HALL, E. M. *Canada's national-provincial health program for the 1980s*, Santé et Bien-être social, Ottawa, 1980.
- HEALY, J., et J. MCKEE. « The role and function of hospitals », dans M. McKee et J. Healy, éd. *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham, R.-U., Open University Press, 2002, p. 59–80.
- HILLMAN, B. J., et J. C. GOLDSMITH. « The uncritical use of high-tech medical imaging », dans *New England Journal of Medicine*, vol. 363, no 1, 2010, p. 4–6.
- HIRDES, J. « Long-term care funding in Canada », dans *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 13, no 2–3, 2002, p. 69–81.
- HOLDEN, R. J. « Lean thinking in emergency departments: a critical review », dans *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, no 3, 2011, p. 265–278.
- HOLLANDER, M. J., et coll. « Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings and the case for integrated care for seniors », dans *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 1, 2009, p. 38–47.
- HOLLANDER, M. J., L. GUIPING et N. L. CHAPPELL. « Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly », dans *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 9, 2009, p. 42–49.
- HOUSTON, C. S. *Steps on the road to medicare : why Saskatchewan led the way*, McGill-Queen's University Press, Montréal, 2002.
- HU, J., et coll. « Trends in mortality from ischemic heart disease in Canada, 1986 – 2000 », dans *Chronic Diseases in Canada*, vol. 27, no 2, 2006, p. 85–91.
- HURLEY, J. *Health economics*, McGraw-Hill Ryerson, Toronto, 2010.
- HURLEY, J., et coll. « Parallel lines do intersect: interactions between the workers' compensation and provincial publicly financed healthcare systems in Canada », dans *Healthcare Policy*, vol. 3, no 4, 2008, p. 100–112.
- HURLEY, J., et G. E. GUINDON. *Private health insurance in Canada*, McMaster University, document de travail Centre d'économie de la santé et d'analyse des politiques, Hamilton, 2008.
- HURLEY, J., et G. E. GUINDON. *Private health insurance in Canada*, McMaster University, version mise à jour du document de travail de 2008 du Centre d'économie de la santé et d'analyse des politiques, fourni par l'auteur, Hamilton, 2011.
- HUTCHISON, B. « Disparities in healthcare access and use: yackety-yack, yackety-yack », *Healthcare Policy*, vol. 3, no 2, 2007, p. 10–12.
- HUTCHISON, B., et coll. « Primary health care in Canada: systems in motion », dans *Milbank Quarterly*, vol. 89, no 2, 2011, p. 256–288.
- HUTCHISON, B., J. ABELSON et J. LAVIS. « Primary care in Canada: so much innovation, so little change », dans *Health Affairs*, vol. 20, no 3, 2001, p. 116–131.
- ICIS (2008a). *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2006–2007*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2008.
- ICIS (2008b). *L'imagerie médicale au Canada, 2007*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2008.
- ICIS (2010a). *Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence en 2008–2009*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2010.
- ICIS (2010b). *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975–2010*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2010.

- ICIS (2010c). *Base des données nationale sur les médecins, 2009–2010*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2010.
- ICIS (2010d). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2010.
- ICIS (2010e). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2010.
- ICIS (2011a). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 2000 à 2009 – guide de référence*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2011b). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2011c). *Indicateurs de santé 2011*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2011d). *Points saillants des hospitalisations et des visites aux services d'urgence en 2009–2010*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2011e). *Tendances des dépenses nationales en santé, 1975 à 2011*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2011f). *Base de données nationale sur les médecins, 2009–2010 Publication des données*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2011.
- ICIS (2012a). *Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale*, Institut canadien d'information sur la santé (<http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/%20tabbedcontent/types+of+care/specialized+services/medical+imaging/cihi010642>, consulté le 11 mars 2012), Ottawa, 2012.
- ICIS (2012b). *Les temps d'attente au Canada – un résumé, 2012*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2012.
- ICSP. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement aux patients et aux proches*, Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.
- ICSP. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation*, Institut canadien pour la sécurité des patients, Edmonton, 2008.
- INFOROUTE SANTÉ DU CANADA. *Architecture SDSE – Un cadre d'interopérabilité pour le DES*, Inforoute Santé du Canada, Montréal, 2003.
- INFOROUTE SANTÉ DU CANADA. *Architecture SDSE – Un cadre d'interopérabilité pour le DES*, Inforoute Santé du Canada, Montréal, 2006.
- IRSS. *Comparison of primary care models in Ontario by demographics, case mix and emergency department use, 2008/09 to 2009/10*, Institut de recherche en services de santé, Toronto, 2012.
- ITO, D. « Oral health for all Ontarians: why not a future reality? », dans A. Yalnizyan, G. Aslanyan, éd. *Putting our money where our mouth is: the future of dental care in Canada*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2011, p. 18–19.
- JACKMAN, M. « Charter review as a health care accountability mechanism in Canada », dans *Health Law Journal*, vol. 18, 2010, p. 1–29.
- JACKMAN, M. « Section 7 of the Charter and health-care spending », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh et P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 110–136.
- JAMES, P. D., et coll. « Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance », dans *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, no 4, 2007, p. 287–296.

- JHA, A. K., et coll. « The use of health information technology in seven nations », dans *International Journal of Medical Informatics*, vol. 77, no 12, 2008, p. 848–854.
- JOHNSON, A. W. (2004b). *Dream no little dreams: a biography of the Douglas Government of Saskatchewan, 1944–1961*, University of Toronto Press, Toronto, 2004.
- JOHNSON, J. R. (2004a). « International trade agreements and Canadian health care », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh et P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 369–402.
- JONAS, W. B., et J. S. LEVIN, éd. *Essentials of complementary and alternative medicine*, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphie, 1999.
- KAPUR, A. « Global solidarity against globalized tobacco: the world's first modern health treaty », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, no 10, 2003, p. 1263–1264.
- KATZMARZYK, P. T., et C. MASON. « Prevalence of class I, II and III obesity in Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, no 2, 2006, p. 156–157.
- KATZMARZYK, P. T., et I. JANSSEN. « The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update », dans *Canadian Journal of Applied Physiology*, vol. 29, no 1, 2004, p. 90–115.
- KELNER, M., et coll. « Responses of established healthcare to the professions of CAM in Ontario », dans *Social Science & Medicine*, vol. 59, no 5, 2004, p. 915–930.
- KICKBUSCH, I. « The contribution of the World Health Organization to the new public health and health promotion », dans *American Journal of Public Health*, vol. 93, no 3, 2003, p. 383–388.
- LA COALITION POUR DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ DU CANADA. *Les soins palliatifs à domicile au Canada : rapport d'étape*, La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, Ottawa, 2008.
- LAHEY, W., et R. CURRIE. « Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice », dans *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19(supplément 1), 2005, p. 197–223.
- LAMPARD, R. « The Hoadley Commission (1932–34) and health insurance in Alberta », dans *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2, 2009, p. 429–452.
- LANDON, S., et coll. « Does health-care spending crowd out other provincial government expenditures? », dans *Canadian Public Policy*, vol. 32, no 2, 2006, p. 121–141.
- LANDRY, M. D., et coll. « Shifting sands: assessing the balance between public, private not-for-profit and private-for-profit physiotherapy delivery in Ontario, Canada », dans *Physiotherapy Research International*, vol. 13, no 3, 2008, p. 189–199.
- LANDRY, M. D., S. RAMAN et E. AL-HAMDAN. « Accessing timely rehabilitation services for a global aging society? Exploring the realities within Canada's universal health care system », dans *Current Aging Science*, vol. 3, no 2, 2010, p. 143–150.
- LASSER, K. E., D. U. HIMMELSTEIN et S. WOOLHANDLER. « Access to care. Health status and health disparities in the United States and Canada: results from a cross-national population-based survey », dans *American Journal of Public Health*, vol. 96, no 7, 2006, p. 1300–1307.
- LAVOIE, J. G. « Governed by contracts: the development of indigenous primary health services in Canada, Australia and New Zealand », dans *Journal of Aboriginal Health*, vol. 1, no 1, 2004, p. 6–24.

- LAWRENCE, H., et coll. « Oral health inequities between young Aboriginal and non-Aboriginal children living in Ontario, Canada », dans *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 37, no 6, 2009, p. 495–508.
- LAWSON, G., et A. F. NOSEWORTHY. « Newfoundland's cottage hospital system », dans *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2, 2009, p. 477–498.
- LAZAR, H., et F. ST-HILAIRE. *Money, politics and health care: reconstructing the federal-provincial partnership*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, 2004.
- LEAKE, J. L., et S. BIRCH. « Public policy and the market for dental services », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 2008, p. 287–295.
- LEE, D. S., et coll. « Trends in risk factors of cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, no 3–4, 2009, p. E55–E66.
- LEEB, K., K. MORRIS et N. KASMAN. « Dying of cancer in Canada's acute care facilities », dans *Healthcare Quarterly*, vol. 8, no 3, 2005, p. 26–28.
- LEESON, H. « Constitutional jurisdiction over health and health care services in Canada », dans T. McIntosh, P. G. Forest et G. P. Marchildon, éd. *The governance of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 50–82.
- LÉGER, P. T. *Physician payment mechanisms: an overview of policy options for Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 2011.
- LEMCHUK-FAVEL, L., et J. G. JOCK. « Aboriginal health systems in Canada: nine case studies », dans *Journal of Aboriginal Health*, vol. 1, no 1, 2004, p. 6–24.
- LETT, W. « Private health clinics remain unregulated in most of Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, no 8, 2008, p. 986–987.
- LEVINSON, W., et T. H. GALLAGHER. « Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007 », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 177, no 3, 2007, p. 265–267.
- LEWIS, S., et D. KOURI. « Regionalization: making sense of the Canadian experience », dans *Healthcare Papers*, vol. 5, no 1, 2004, p. 12–31.
- LOPPIE READING, C., et F. WIEN. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples health*, Centre national de collaboration de la santé autochtone, Prince George, 2009.
- LOZEAU, D. « Des rituels and des hommes: la gestion de la qualité en milieu hospitalier au Québec », dans *Administration publique du Canada*, vol. 42, no 4, 1999, p. 542–565.
- MACDOUGALL, H. « Into thin air: making national health policy, 1939–45 », dans *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2, 2009, p. 283–313.
- MACKENZIE, H. *Financing Canada's hospitals: public alternatives to P3s*, Hugh Mackenzie and Associates, Toronto, 2004.
- MACKINNON, J. « The arithmetic of health care », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, no 6, 2004, p. 603–604.
- MACKINNON, N. J., et I. IP. « The national pharmaceuticals strategy: rest in peace, revive or renew? », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, no 8, 2009, p. 801–803.
- MADDELENA, V. « Governance, public participation and accountability: to whom are regional health authorities accountable? », dans *Healthcare Management Forum*, vol. 19, no 3, 2006, p. 30–35.

- MAKOMASKI, I. E. M., et M. J. KAISERMAN. « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998 », dans *Canada Journal of Public Health*, vol. 95, no 1, 2004, p. 38–44.
- MARCHILDON, G. P. « Access to basic dental care in Canada and the heavy hand of history », dans A. Yalnizyan, G. Aslanyan, éd. *Putting our money where our mouth is: the future of dental care in Canada*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2011, p. 20–22.
- MARCHILDON, G. P. « Federal Pharmacare: prescription for an ailing federation? », dans B. Campbell et G. P. Marchildon, éd. *Medicare: facts, myths, problems and promise*, Toronto, Lorimer, 2007, p. 268–284
- MARCHILDON, G. P. « Health care », dans J. C. Courtney, D. E. Smith, éd. *The Oxford handbook of Canadian politics*, New York, Oxford University Press, 2010, p. 434–450.
- MARCHILDON, G. P. « Health security in Canada: policy complexity and overlap », dans *Social Theory & Health*, vol. 6, no 1, 2008, p. 74–90.
- MARCHILDON, G. P. « Regionalization and health services restructuring in Saskatchewan », dans C. M. Beach et coll. *Health services restructuring in Canada: New evidence and new directions*, McGill-Queen's University Press, Montréal, 2006, p. 33–57.
- MARCHILDON, G. P. « The policy history of Canadian medicare », dans *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 20, 2009, p. 247–260.
- MARCHILDON, G. P. *Health systems in transition: Canada*, Bureau régional de l'Europe de l'OMS au nom de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhagen, 2005.
- MARCHILDON, G. P. *Three choices for the future of medicare*, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, 2004.
- MARCHILDON, G. P., CHATWOODS. « Northern Canada », dans *Circumpolar Health Supplements*, vol. 2012, no 9, 2012, p. 41–51.
- MARCHILDON, G. P., et K. SCHRIJVERS. « Physician resistance and the forging of public health care: a comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s », dans *Medical History*, vol. 55, no 2, 2011, p. 203–222.
- MARCHILDON, G. P., et N. C. O'BYRNE. « From Bennetcare to medicare: the morphing of medical care insurance in British Columbia », dans *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2, 2009, p. 453–475.
- MARCHILDON, G. P., et W. LOCKHART. « Common trends in public stewardship of health care », dans B. Rosen, A. Israeli et S. Shortell, éd. *Improving health and healthcare. Who is responsible? Who is accountable?*, Jérusalem, Israeli National Institute for Health Policy Research au nom de la (Quatrième conférence internationale de Jérusalem), 2010, p. 62–75.
- MARTENS, P. J., et coll. *The health and health care use of registered First Nations people living in Manitoba: a population-based study*, Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, 2002.
- MAXWELL, J., et coll. *Dialogue entre citoyens sur l'avenir des soins de santé au Canada : rapport préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2002.
- MAXWELL, J., S. ROSELL et P. G. FOREST. « Giving citizens a voice in healthcare policy in Canada », *BMJ*, vol. 326, no 7397, 2003, p. 1031–1033.

- MCDONNELL, T. E., et D. E. MCDONNELL. « Policy forum: taxing for health care: the Ontario model, 2004 », dans *Canadian Tax Journal*, vol. 53, no 1, 2005, p. 107–134.
- MCGRAIL, K. « Income-related inequities: cross-sectional analyses of the use of medicare services in British Columbia in 1992 and 2002 », dans *Open Medicine*, vol. 2, no 4, 2008, p. E3–E10.
- MCGRAIL, K. « Medicare financing and redistribution in British Columbia, 1992 and 2002 », dans *Health Policy*, vol. 2, no 4, 2007, p. 123–137.
- MCGRAIL, K. M., et coll. « For-profit versus not-for-profit delivery of long-term care », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, no 1, 2007, p. 57–58.
- MCGRAIL, K. M., et coll. « Income-related health inequities in Canada and the United States: a decomposition analysis », dans *American Journal of Public Health*, vol. 99, no 10, 2009, p. 1856–1863.
- MCINTOSH, T. « Intergovernmental relations, social policy and federal transfers after Romanow », dans *Canadian Public Administration*, vol. 47, no 1, 2004, p. 27–51.
- MCINTOSH, T., et coll. « Population health and health system reform: needs-based funding for health services in five provinces », dans *Canadian Political Science Review*, vol. 4, no 1, 2010, p. 42–61.
- MCINTOSH, T., et M. DUCIE. « Private health facilities in Saskatchewan: marginalizing through legalization », dans *Canadian Political Science Review*, vol. 3, no 4, 2009, p. 47–62.
- MCINTOSH, T., R. TORGERSON et N. KLASSEN. *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2007.
- MCKILLOP, I. « Financial rules as a catalyst for change in the Canadian health care system », dans P. G. Forest, G. P. Marchildon et T. McIntosh, éd. *Changing health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004.
- MCLEOD, L., et coll. « Financial burden of household out-of-pocket expenditures for prescription drugs: cross-sectional analysis based on national survey data », dans *Open Medicine*, vol. 5, no 1, 2011, p. E1–E9.
- MCMAHON, M., S. MORGAN et C. MITTON. « The Common Drug Review: a NICE start for Canada? », dans *Health Policy*, vol. 77, no 3, 2006, p. 339–351.
- MENON, D., et T. STAFINSKI. « Health technology assessment in Canada: 20 years strong? », dans *Value in Health*, vol. 12 (supplément 2), 2009, p. S14–S19.
- MENON, D., T. STAFINSKI et G. STUART. « Access to drugs for cancer: does where you live matter? », dans *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, no 6, 2005, p. 454–458.
- MHATRE, S. L., et R. B. DEBER. « From equal access to health care to equitable access to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports », dans *International Journal of Health Services*, vol. 22, no 4, 1992, p. 645–668.
- MIDDLETON, C., B. VEENHOF et J. LEITH. *Intensité de l'utilisation d'Internet au Canada : comprendre les différents types d'utilisateurs*, Statistique Canada, Division des enquêtes-entreprises spéciales et de la statistique de la technologie – Document de travail, Ottawa, 2010.
- MILLS, E. J., et coll. « The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis », *BMJ*, vol. 343, 2011, p. D7031.

- MINORE, B., et M. KATT. *Aboriginal health care in northern Ontario: impacts of self-determination and culture*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, 2007.
- MINTZES, B., et coll. « Influence of direct to consumer advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey », dans *BMJ*, vol. 324, 2002, p. 278–279.
- MOHR, J. « American medical malpractice litigation in historical perspective », dans *JAMA*, vol. 283, no 13, 2000, p. 1731–1737.
- MORGAN, S., et J. HURLEY. « Technological change as a cost-driver in health care », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh, P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 27–50.
- MORRIS, K., et J. ZELMER. *Public reporting on performance measures in health care*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2005.
- MULVALE, G., J. ABELSON et P. GOERING. « Mental health service delivery in Ontario, Canada: how do policy legacies shape prospects for reform », dans *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, no 4, 2007, p. 363–389.
- MUSTARD, C. A., et coll. « Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province », dans *Social Science & Medicine*, vol. 45, no 3, 1997, p. 383–397.
- NAHAS, R., et A. BALLA. « Complementary and alternative medicine for prevention and treatment of the common cold », dans *Canadian Family Physician*, vol. 57, no 1, 2011, p. 31–36.
- NAYLOR, C. D. *Private practice, public payment: Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911–1966*, McGill-Queen's University Press, Montréal, 1986.
- NG, E. « Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité », *Statistique Canada, Rapports sur la santé*, vol. 22, no 4, 2011, p. 1–5.
- NG, E., et D. W. OMARIBA. *La littératie en santé et les immigrants au Canada : Déterminants et effets sur les résultats pour la santé*, Conseil canadien sur l'apprentissage, Ottawa, 2010.
- NICKLIN, W. *L'utilité et les répercussions de l'agrément dans le milieu des soins de santé : analyse documentaire*, Agrément Canada, Ottawa, 2011.
- NOLTE, E., et M. MCKEE. « Measuring the health of nations: updating an earlier analysis », dans *Health Affairs*, vol. 27, no 1, 2008, p. 58–71.
- NOLTE, E., et M. MCKEE. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*, Nuffield Trust, Londres, 2004.
- O'REILLY, p. (2000). *Health care practitioners: an Ontario case study in policy making*, University of Toronto Press, Toronto.
- O'REILLY, p. « The federal/provincial/territorial health conference system », dans D. Adams, éd. *Federalism, democracy and health policy in Canada*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2001.
- OCDE (2010a). *Health care systems: getting more value for money*, Organisation de coopération et de développement économiques, (Notes stratégiques du Département d'économie), Paris, 2010.
- OCDE (2010b). *Value for money in health spending*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2010.

- OCDE (2011a). *OECD economic surveys: Canada*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2011.
- OCDE (2011b). *OECD. StatExtracts*, Organisation de coopération et de développement économiques (<http://stats.oecd.org/Inadex.aspx?DataSetCode=SHA>, consulté le 25 avril 2011), Paris, 2011.
- OCDE. *Mental health in OECD countries: policy brief*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2008.
- OMS (2011a). *Global health observatory data repository*, Organisation mondiale de la Santé, (<http://apps.who.int/ghodata>, consulté le 25 avril 2011), Genève, 2011.
- OMS. *Convention cadre pour la lutte antitabac*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003.
- OMS. *Mortality Database*, Organisation mondiale de la Santé, (<http://who.int/healthinfo/morttables/en/>, consulté le 18 avril 2011), Genève, 2011.
- OMS. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004*, Organisation mondiale de Santé, Genève, 2007.
- OMS. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2010.
- OSTRY, A. *Change and continuity in Canada's health care system*, CHA Press, Ottawa, 2006.
- OUELLET, R. « The effects of international trade agreements and options for upcoming negotiations », dans G. P. Marchildon, T. McIntosh et P. G. Forest, éd. *The fiscal sustainability of health care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 403–422.
- PARIS, V., et E. DOCTEUR. *Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Canada*, (document de travail en santé), Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2006.
- PEDERSON, A. E., et T. F. HACK. « The British Columbia patient navigation model: a critical analysis », dans *Oncology Nursing Forum*, vol. 38, no 2, 2011, p. 200–206.
- PHILIPPON, D. J., et J. BRAITHWAITE. « Health system organization and governance in Canada and Australia: a comparison of historical developments, recent policy changes and future implications », dans *Healthcare Policy*, vol. 4, no 1, 2008, p. E168–E186.
- PHILLIPS, K. *La couverture des médicaments onéreux au Canada*, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 2009.
- PNUD. *Human development report 2011*, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, 2011.
- PNUD. *Rapport sur le développement humain 2010. La vraie richesse des nations : les chemins du développement humain*, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, 2010.
- POMEY, M. P., et coll. « Public/private partnerships for prescription drug coverage: policy formulation and outcomes in Quebec's universal drug insurance program, with comparisons to the medicare Prescription Drug program », dans *Milbank Quarterly*, vol. 85, no 3, 2007, p. 469–498.
- POTTIE, K., et coll. « Language, proficiency, gender and self-reported health », dans *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99, no 6, 2008, p. 505–510.
- PRICHARD, J. R. *Liability and compensation in health care*, University of Toronto Press, Toronto, 1990.

- REID, G. J., et coll. « Access to family physicians in southwestern Ontario », dans *Healthcare Policy*, vol. 5, no 2, 2009, p. E187–E206.
- REQUEJO, F. « Federalism and democracy: the case of minority nations: a federalist deficit », dans M. Burgess, et A. Gagnon, éd. *Federal democracies*, Londres, Routledge 2010, p. 275–298.
- ROCK, G. « Changes in the Canadian blood system: the Krever Inquiry, Canadian Blood Services and Héma-Québec », dans *Transfusion Science*, vol. 22, no 1, 2000, p. 29–37.
- ROEMER, R., A. TAYLOR et J. LARIVIERE. « Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control », dans *American Journal of Public Health*, vol. 95, no 6, 2005, p. 936–938.
- ROGOWSKI, W. « Current impact of gene technology on healthcare: a map of economic assessments », dans *Health Policy*, vol. 80, no 2, 2007, p. 340–357.
- ROMANOW, R. J. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, 2002.
- ROMANOW, R. J., et G. P. MARCHILDON. « Psychological services and the future of health care in Canada », dans *Canadian Psychology*, vol. 44, no 3, 2003, p. 283–298.
- ROOS, N., et C. A. MUSTARD. « Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no », dans *Milbank Quarterly*, vol. 75, no 1, 1997, p. 89–111.
- RUGGERI, J., et B. WATSON. *Federal fiscal abundance and interregional redistribution*, Caledon Institute for Social Policy, Ottawa, 2008.
- RUNNELS, V., K. LABONTE et C. PACKER. « Reflections on the ethics of recruiting foreign-trained human resources for health », dans *Human Resources for Health*, vol. 9, no 2 (<http://www.human-resources-health.com/contet/9/1/2>, consulté le 25 septembre 2012), 2011.
- SANTÉ CANADA. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 2003.
- SANTÉ CANADA. *Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire partie 1 : Plan directeur*, Santé Canada, Ottawa, 2002.
- SANTÉ CANADA. *Programme des matériels médicaux : Plan stratégique 2007–2012 : Préparer l'avenir*, Santé Canada, Ottawa, 2007.
- SANTÉ CANADA. *Rapport annuel de 2009–2010 sur l'application de la Loi canadienne de la santé*, Santé Canada, Ottawa, 2011.
- SANTÉ CANADA. *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007–2009*, Santé Canada, Ottawa, 2010.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *A new perspective on the health of Canadians: the Lalonde report*, Santé et Bien-être Canada, Ottawa, 1974.
- SCHOEN, C., et coll. « A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences », dans *Health Affairs*, vol. 28, no 6, 2009, p. W1171–W1183.
- SCHOEN, C., R. OSBORN et D. SQUIRES. « How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries », dans *Health Affairs*, vol. 29, no 12, 2010, p. W2323–W2334.
- SCHOEN, C., R. OSBORN, D. SQUIRES, et coll. « New 2011 survey of patients with complex care needs in 11 countries finds that care is often poorly coordinated », dans *Health Affairs*, d'abord en ligne, 9 novembre (doi: 10.1377/hlthaff.2011.10923), 2011.

- SCIC. *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (5 février 2003), Ottawa, 2003.
- SCIC. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (16 septembre 2004), Ottawa, 2004.
- SEALY, P., et P. C. WHITEHEAD. « Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, no 4, 2004, p. 249–257.
- SÉNAT DU CANADA. *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Ottawa, 2006.
- SÉNAT DU CANADA. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens*, Volume 6, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Ottawa, 2002.
- SÉNAT DU CANADA. *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*, Sénat du Canada, Ottawa, 2010.
- SÉNAT DU CANADA. *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Sénat du Canada, Ottawa, 2012.
- SHARMA, S., C. XIA, C. ROACH, et coll. « Assessing dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: the Arctic Inuit in Nunavut, Canada », dans *British Journal of Nutrition*, vol. 103, 2010, p. 749–759.
- SHRYBMAN, S. « P3 hospitals and the principles of medicare », dans B. Campbell, et G. P. Marchildon, éd. *Medicare: facts, myths, problems and promise*, Toronto, Lorimer, 2007, p. 197–211.
- SIDDIQI, A., D. ZUBERI et Q. C. NGUYEN. « The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: comparing the United States to Canada », dans *Social Science & Medicine*, vol. 69, no 10, 2009, p. 1452–1459.
- SIMACH, L. *Littératie en matière de santé et population immigrantes*, Agence de la santé publique du Canada (note d'information sur les politiques), Ottawa, 2009.
- SIMS-GOULD, J., et A. MARTIN-MATTHEWS. « We share the care: family caregivers' experiences of their older relative receiving home support services », dans *Health and Social Care in the Community*, vol. 18, no 4, 2010, p. 415–423.
- SINCLAIR, D., M. ROCHON et P. LEATT. *Riding the third rail: the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996–2000*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, 2005.
- SMITH, M. *Charte des droits des patients : un aperçu comparatif*, Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, Ottawa, 2002.
- SMITH, M. J., et J. E. SIMPSON. « Alternative practices and products: a survival guide », dans *Health Policy Research Bulletin (Health Canada)*, vol. 7, 2003, p. 3–5.
- STABILE, M., A. LAPORTE et P. C. COYTE. « Household responses to public home care programs », dans *Journal of Health Economics*, vol. 25, no 4, 2006, p. 674–701.

- STABILE, M., et C. WARD. « The effects of delisting publicly funded health-care services », dans C. M. Beach et coll. *Health services restructuring in Canada: new evidence and new directions*, McGill-Queen's University Press, Montréal, 2006, p. 83–109.
- STÅHL, T., et coll., éd. *Health in all policies: prospects and potentials*, ministère des Affaires sociales et de la Santé et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Helsinki, 2006.
- STATISTIQUE CANADA. *La mosaïque ethnoculturelle du Canada, Recensement de 2006*, Statistique Canada, Ottawa, 2008.
- STATISTIQUE CANADA. *Recensement de la population de 2006*, Statistique Canada, Ottawa, 2006.
- STATISTIQUE CANADA. *Recensement de la population de 2011*, Statistique Canada, Ottawa, 2011.
- STATISTIQUE CANADA. *Tableau 052 – 0005 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (fichier de données personnalisé)*, Statistique Canada, Ottawa, 2009.
- STATISTIQUE CANADA. *Tableau 202 – 0705 : Coefficients de Gini du revenu du marché après impôt*, Statistique Canada, Ottawa, 2012.
- STEELE, L. S., et coll. « Educational level, income level and mental health service use in Canada: associations and policy implications », dans *Healthcare Policy*, vol. 3, no 1, 2007, p. 96–106.
- SUTHERLAND, J. M. (2011a). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 2011.
- SUTHERLAND, J. M., et coll. « British Columbia hospitals: examination and assessment of payment reforms (B-CHeaPR) », dans *BMC Health Services Research* 2011, vol. 11, no 50, <http://biomedcentral.com/1472-6963/11/150>, 2011.
- SUTHERLAND, R. (2011b). *False positives: private profit in Canada's medical laboratories*, Fernwood Publishing, Halifax, 2011.
- SYME, A., et A. BRUCE. « Hospice and palliative care. What unites us? What divides us? », dans *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, vol. 11, no 1, 2009, p. 19–24.
- SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Innovation exposes: an ongoing inventory of major privatization initiatives in Canada's health care system, 2004–2005*, Syndicat canadien de la fonction publique, Ottawa, 2005.
- TARRIDE, J., et coll. « Economic evaluations conducted by Canadian health technology assessment agencies: where do we stand? », dans *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 24, no 4, 2008, p. 437–444.
- TAYLOR, M. G. *Health insurance and Canadian public policy: the seven decisions that created the Canadian healthcare systems*, 2e édition, McGill-Queen's University Press, Montréal, 1987.
- TEMPIER, R., et coll. « Mental disorders and mental health care in Canada and Australia: comparative and epidemiological findings », dans *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 44, no 1, 2009, p. 63–72.
- TOUATI, N., et M. P. POMEY. « Accreditation at a crossroads: are we on the right track? », dans *Health Policy*, vol. 90, no 2–3, 2009, p. 156–165.

- TULLY, P., et E. SAINT-PIERRE. « La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986–1987 à 1994–1995 », *Rapports de Statistique Canada sur la santé*, vol. 8, no 4, 1997, p. 33–39.
- TUOHY, C. H. « Single-payer, multiple systems: the scopes and limits of subnational variation under a federal health policy framework », dans *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 34, no 4, 2009, p. 453–496.
- TUOHY, C. H. « The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada », dans *Health Affairs*, vol. 21, no 3, 2002, p. 32–46.
- TZOUNTZOURIS, J. P., et J. H. GILBERT. « Role of educational institutions in identifying and responding to emerging health human resource needs », dans *Healthcare Papers*, vol. 9, no 2, 2009, p. 6–19.
- UIT. *Measuring the information society, 2011*, Genève, Union internationale des télécommunications, 2011.
- UROWITZ, S., et coll. « Is Canada ready for patient accessible electronic health records? A national scan », dans *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 8, no 33 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/33>, consulté le 25 septembre 2012), 2008.
- VAN DOORSLAER, E., et C. MASSERIA. *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2004.
- VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes – automne 2012*, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Ottawa, 2009.
- WACKINSHAW, E. « Patient navigators becoming the norm in Canada », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, no 15, 2011, p. E1109–E1110.
- WADDEN, N. « Breast cancer screening in Canada: a review », dans *Canadian Association of Radiologists Journal*, vol. 56, no 5, 2005, p. 271–275.
- WALDRUM, J. B., D. A. HERRING et T. K. YOUNG. *Aboriginal health in Canada: historical, cultural and epidemiological perspectives*, 2e édition, Toronto, University of Toronto Press, Toronto, 2006.
- WALLACE, B. B., et M. I. MACENTEE. « Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability », dans *Journal of Community Health*, vol. 37, no 1, 2011, p. 32–39.
- WATANABE, M., M. COMEAU et L. BUSKE. « Analysis of international migration patterns affecting physician supply in Canada », dans *Healthcare Policy*, vol. 3, no 4, 2008, p. E129–E138.
- WATTS, R. L. *Comparing federal systems*, 3e édition, McGill-Queen's University Press for the Institute of Intergovernmental Relations, Kingston, 2008.
- WELSH, S., et coll. « Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation », dans *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, no 2, 2004, p. 216–241.
- WIDGER, K., et coll. « Pediatric patients receiving palliative care in Canada », dans *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 161, no 6, 2007, p. 597–602.
- WIKTOROWICZ, M., et coll. « Nonprofit groups and health policy in Ontario: assessing strategies and influence in a changing environment », dans K. L. Brock, éd. *Delicate dances: public policy and the nonprofit sector*, Kingston, McGill-Queen's University Press for school of Policy Studies, Queen's University, 2003, p. 171–219.

- WILKINS, K. « Government-subsidized home care », dans *Statistics Canada Health Reports*, vol. 17, no 4, 2006, p. 39–42.
- WILKINS, K., et M. SHIELDS. « Test de dépistage pour le cancer du côlon – 2008 », dans *Rapports de Statistique Canada sur la santé*, vol. 20, no 3, 2009, p. 1–11.
- WILLIAMS, A. M., et coll. « Canada's compassionate care benefit: is it an adequate public health response to addressing the issue of caregiver burden in end-of-life care? », dans *BMC Public Health*, vol. 11, no 335, 2011.
- WILLIAMS, A. M., et coll. « Tracking the evolution of hospice palliative care in Canada: a comparative case study analysis of seven provinces », dans *BMC Health Services Research*, vol. 10, no 147, 2010.
- WILSON, D. M., et coll. « The rapidly changing location of death in Canada, 1994 –2004 », dans *Social Science & Medicine*, vol. 68, no 10, 2008, p. 1752–1758.
- WOLFSON, S. « Use of paraprofessionals: the Saskatchewan Dental Plan », dans E. Glor, éd. *Policy innovation in the Saskatchewan public sector*, Toronto, Captus Press, 1997.
- WRANIK, D. « Health human resource planning in Canada: a typology and its application », dans *Health Policy*, vol. 86, no 1, 2008, p. 27–41.
- WRIGHT, M., et coll. « Mapping levels of palliative care development: a global view », dans *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 35, no 5, 2008, p. 469–485.
- YOUNG, T. K., et S. CHATWOOD. « Health care in the north: what Canada can learn from its circumpolar neighbours », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, no 2, 2011, p. 209–214.

9.2 Sites Web utiles

9.2.1 Gouvernement fédéral

Agence de la santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/>

Commission sur la santé mentale du Canada :
<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés :
<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/>

Loi canadienne sur la santé : <http://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>

Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca>

Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/>

9.2.2 Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Alberta : Santé Alberta : <http://www.health.alberta.ca/> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique : ministère de la Santé :
<http://www.gov.bc.ca/health/> (en anglais seulement)

Île-du-Prince-Édouard : ministère de la Santé et du Mieux-être :
<http://www.gov.pe.ca/health/> (en anglais seulement)

Manitoba : Santé Manitoba : <http://www.gov.mb.ca/health/index.fr.html>

Nouveau-Brunswick : ministère de la Santé :
<http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp>

Nouvelle-Écosse : ministère de la Santé et du Mieux-être :
<http://www.gov.ns.ca/DHW/> (en anglais seulement)

Nunavut : ministère de la Santé et des Services sociaux :
<http://www.hss.gov.nu.ca/fr/home.aspx>

Ontario : ministère de la Santé et des Soins de longue durée :
<http://www.health.gov.on.ca/>

Québec : Ministère de la Santé et Services sociaux :
<http://www.msss.gouv.qc.ca>

Saskatchewan : ministère de la Santé :
<http://www.health.gov.sk.ca/> (en anglais seulement)

Terre-Neuve-et-Labrador : ministère de la Santé et des Services communautaires : <http://www.health.gov.nl.ca/health/> (en anglais seulement)

Territoire du Nord-Ouest : ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.hss.gov.nt.ca/fr>

Yukon : ministère de la Santé et Affaires sociales : <http://www.hss.gov.yk.ca/fr/index.php>

9.2.3 Quelques organismes intergouvernementaux

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : <http://www.cadth.ca/fr>

Conseil canadien de la santé : <http://www.conseilcanadiendelasante.ca/>

Conseil de la fédération : <http://www.conseildelafederation.ca/index.html>

Inforoute Santé du Canada : <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/>

Institut canadien d'information sur la santé : <http://www.icis.ca>

Institut canadien pour la sécurité des patients : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/pages/default.aspx>

Partenariat canadien contre le cancer : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/>

Réseau pancanadien de santé publique : <http://www.phn-rsp.ca/>

Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes : <http://www.scics.gc.ca>

Société canadienne du sang : <http://www.sang.ca/>

9.2.4 Organismes provinciaux de la santé importants

Alberta : Health Quality Council : <http://www.health.alberta.ca/services/hqca.html> (en anglais seulement)

Colombie-Britannique : Patient Safety and Quality Council : <http://www.bcpsqc.ca> (en anglais seulement)

Nouveau-Brunswick : Conseil de la santé : <http://www.nbhc.ca/accueil.cfm>

Nouvelle-Écosse : Health Care Safety and Quality : http://www.gov.ns.ca/health/health_care_safety (en anglais seulement)

Ontario : Action Cancer Ontario : <https://fr.cancercare.on.ca/>

Ontario : Cardiac Care Network of Ontario :
<http://www.ccn.on.ca> (en anglais seulement)

Ontario : Qualité des services de santé Ontario :
<http://www.hqontario.ca/accueil>

Ontario : Hospital Association : <http://www.oha.com> (en anglais seulement)

Ontario : Institute for Clinical Evaluative Sciences :
<http://www.ices.on.ca> (en anglais seulement)

Québec : Héma-Québec : <http://www.hema-quebec.qc.ca/>

Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/>

Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux :
<http://www.inesss.qc.ca/>

Saskatchewan : Health Quality Council :
<http://www.hqc.sk.ca> (en anglais seulement)

9.2.5 Quelques organisations pancanadiennes qui fournissent des services de santé

Association canadienne de physiothérapie : <http://www.physiotherapy.ca>

Association canadienne de santé publique : <http://www.cpha.ca/fr/default.aspx>

Association canadienne des adjoints au médecin : <http://capa-acam.ca/fr/>

Association canadienne des docteurs en naturopathie :
<http://www.naturopathicassoc.ca>

Association canadienne des ergothérapeutes :
<http://www.caot.ca/index.asp?&francais=1>

Association canadienne des hygiénistes dentaires :
<http://www.cdha.ca/AM/Template.cfm?Section=Home2>

Association canadienne des optométristes : <http://opto.ca/fr/>

Association canadienne des orthophonistes et audiologistes :
<http://www.caslpa.ca/>

Association canadienne des sages-femmes :

<http://www.canadianmidwives.org/accueil.html>

Association canadienne des technologues en radiation médicale :

<http://www.actrm.ca/index.php?lang=FR>

Association canadienne des travailleurs sociaux : <http://www.casw-acts.ca/fr>

Association chiropratique canadienne :

<http://www.chiropracticcanada.ca/fr-ca/Home.aspx>

Association dentaire canadienne : <http://www.cda-adc.ca/>

Association des facultés de médecine du Canada : <http://www.afmc.ca/>

Organisation canadienne des physiciens médicaux : <http://www.medphys.ca/>

Association des infirmières et infirmiers du Canada : <http://www.cna-aiic.ca/>

Association des pharmaciens du Canada : <http://www.pharmacists.ca>

(en anglais seulement)

Association médicale canadienne : <http://www.amc.ca/amc.ca>

Canadian Health Information Management Association :

<https://www.echima.ca/> (en anglais seulement)

Collège des médecins de famille du Canada : <http://www.cfpc.ca/>

projectassets/templates/home.aspx?id=510&langType=3084

Collège des médecins du Québec : <http://www.cmq.org>

Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada : <http://www.rcdc.ca/fr>

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :

<http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/public>

Homeopathic Medical Association of Canada : <http://www.hmac.ca/>

Praticiens de la santé naturelle du Canada : <http://www.nhpcanada.org/>

(en anglais seulement)

Institut canadien des inspecteurs en santé publique : <http://www.ciphi.ca/>

(en anglais seulement)

Les diététistes du Canada : <http://www.dietitians.ca>

Registered Psychiatric Nurses of Canada : <http://www.rpnc.ca>

(en anglais seulement)

Société canadienne ostéopathique : <http://www.osteopathic.ca/>
(en anglais seulement)

Société canadienne de psychologie : <http://www.cpa.ca/fr/>

Société canadienne de science de laboratoire médical : <http://www.csmls.org/>

Société canadienne des thérapeutes respiratoires : <http://www.csrt.com/>

9.2.6 Organisations nationales à but non lucratif

Association canadienne de la dystrophie musculaire : <http://muscle.ca>

Association canadienne de soins et services à domicile :
<http://www.cdnhomecare.ca/>

Association canadienne de soins et services communautaires :
<http://www.cacc-acssc.com> (en anglais seulement)

Association canadienne de soins palliatifs : <http://acsp.net/accueil.aspx>

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes :
<http://www.clhia.ca>

Association canadienne des individus retraités : <http://www.50plus.com>
(en anglais seulement)

Association canadienne des institutions de santé universitaires :
<http://acisu.org/>

Association canadienne des soins de santé : <http://www.cha.ca>
(en anglais seulement)

Association canadienne du diabète : <http://www.diabetes.ca>
(en anglais seulement)

Association canadienne du médicament générique :
<http://www.canadiangenerics.ca/>

Association canadienne pour la santé mentale : <http://www.cmha.ca/fr/>

Association des commissions des accidents du travail du Canada :
<http://www.awcbc.org>

Association pulmonaire du Canada : <http://poumon.ca>

Autism Canada Foundation : www.autismcanada.org (en anglais seulement)

Canadian Organization for Rare Disorders : <http://www.raredisorders.ca/>
(en anglais seulement)

Cancer de la Prostate Canada : <http://www.prostatecancer.ca/?lang=fr-FR>

Coalition canadienne de la santé : <http://healthcoalition.ca/fr/>

Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé :
<http://www.organismesante.ca/accueil.aspx>

Conseil canadien d'agrément des services de santé :
<http://www.accreditation.ca/>

Conseil médical du Canada : <http://www.mcc.ca>

Epilepsie Canada : <http://www.epilepsy.ca/fr-CA/Epilepsie-Canada.html>

Fibrose kystique Canada : <http://www.cysticfibrosis.ca/fr/index.php>

Fondation canadienne de la fibrose kystique :
<http://www.cysticfibrosis.ca/fr/index.php>

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie :
<http://healthymindscanada.ca/> (version française à venir)

Fondation canadienne du foie : <http://www.foie.ca>

Fondation canadienne du rein : <http://www.rein.ca>

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : <http://www.fmcoeur.com>

Fondation médicale canadienne : <http://www.fondationmedicale.ca/fr/>
<http://www.accreditation.ca/>

Institut national canadien pour les aveugles :
<http://cnib.ca/fr/Pages/default.aspx>

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada :
<https://www.canadapharma.org/>

Réseau canadien du cancer du sein : <http://www.cbcn.ca>

Réseau canadien pour la santé des femmes : <http://www.cwhn.ca/fr>

Réseau national pour la santé mentale : <http://www.nnmh.ca>

Société Alzheimer Canada : <http://www.alzheimer.ca>

Société de l'arthrite : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=6158>

Société canadienne de l'asthme : <http://www.asthma.ca> (en anglais seulement)

Société canadienne de l'hémophilie : <http://www.hemophilia.ca>

Société canadienne de la sclérose en plaques :

<http://mssociety.ca/fr/default.htm>

Société canadienne de science de laboratoire médical :

<http://www.csmls.org>

Société canadienne de transplantation : <http://cantransplant.ca/>

(en anglais seulement)

Société canadienne du cancer : <http://www.cancer.ca>

Société canadienne du SIDA : <http://www.cdnaids.ca>

Société canadienne du syndrome de Down : <http://www.cdss.ca/fr/>

Société de l'ostéoporose du Canada : <http://www.osteoporosis.ca>

Société Huntington du Canada : <http://www.huntingtonsociety.ca/>

(en anglais seulement)

Société Parkinson Canada : <http://www.parkinson.ca>

9.2.7 Quelques organismes de services et de politiques de santé (y compris le financement)

Alliance canadienne des organismes provinciaux de recherche en santé :

<http://www.nbhrf.com/fr/l%E2%80%99alliance-canadienne-organismes-provinciaux-de-recherche-en-sante>

- Alberta Innovates : Health Solutions : <http://www.ahfmr.ab.ca/>
(en anglais seulement)
- Fonds de la recherche en santé du Québec :
<http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/index.shtml>
- Manitoba Health Research Council : <http://www.mhrc.mb.ca/>
(en anglais seulement)
- Michael Smith Foundation for Health Research (C.-B.) :
<http://www.mschr.org/> (en anglais seulement)
- Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick :
<http://www.nbhrf.com/>
- Newfoundland and Labrador Centre for Applied Health Research :
<http://www.nlcahr.mun.ca/> (en anglais seulement)
- Nova Scotia Health Research Foundation : <http://www.nshrf.ca/>
(en anglais seulement)

- Saskatchewan Health Research Foundation : <http://www.shrf.ca/>
(en anglais seulement)

Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé : <http://www.cahspr.ca/fr>

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord (Université Laurentienne) : <http://cranhr.laurentian.ca>

Centre de toxicomanie et de santé mentale :
<http://www.camh.ca/fr/hospital/Pages/home.aspx>

Centre for Evidence-based Medicine :
<http://ktclearinghouse.ca/cebm/> (en anglais seulement)

Centre for Health Economics and Policy Analysis (McMaster University) :
<http://www.chepa.org> (en anglais seulement)

Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net> (en anglais seulement)

Centre for Health Promotion (University of Toronto) :
<http://www.utoronto.ca/chp> (en anglais seulement)

Centre for Health Promotion Studies (University of Alberta) :
<http://www.chps.ualberta.ca>

Centre for Health Services and Policy Research (Queen's University) :
<http://chspr.queensu.ca> (en anglais seulement)

Centre for Health Services and Policy Research (University of British Columbia) : <http://www.chspr.ubc.ca> (en anglais seulement)

Centres of Excellence for Women's Health :
<http://www.cewh-cesf.ca> (en anglais seulement)

Coalition for Research in Women's Health :
<http://www.crwh.org> (en anglais seulement)

Consortium canadien de recherche en promotion de la santé (Université de Toronto) : <http://www.utoronto.ca/chp/CCHPR>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé :
<http://www.chsrf.ca/>

Génomique Canada : <http://www.genomecanada.ca/fr/>

Health Law Institute (University of Alberta) :

<http://www.law.ualberta.ca/centres/hli/> (en anglais seulement)

Institut canadien de la santé infantile : <http://www.cich.ca>

Institute for Work and Health : <http://www.iwh.on.ca> (en anglais seulement)

Institute of Health Economics : <http://www.ihe.ca> (en anglais seulement)

Instituts de recherche en santé du Canada : <http://www.cihr-irsc.gc.ca>

Manitoba Centre for Health Policy (University of Manitoba) :

<http://www.umanitoba.ca/centres/mchp> (en anglais seulement)

Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire :

<http://www.ahprc.dal.ca> (en anglais seulement)

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu :

<http://www.nnewh.org/> (en anglais seulement)

Population Health Research Institute (McMaster University) :

<http://www.phri.ca> (en anglais seulement)

Population Health Research Unit (Dalhousie University) :

<http://www.phru.dal.ca/> (en anglais seulement)

9.3 Lois choisies sur la santé et les soins de santé au Canada

9.3.1 Lois fédérales

Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999), L.C. 1999, ch. 33

Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6

Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation, L.C. (2010), ch. 21

Loi maritime du Canada, L.C. (1998), ch. 10

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. (1996), ch. 19

Loi sur l'accès à l'information, L.R.C. (1985), ch. C-49

Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments, L.C. (1997), ch. 6

Loi sur l'agence de la santé publique du Canada, L.C. (2006), ch. 5

- Loi sur l'assurance des anciens combattants*, L.R.C. (1970), ch. V-3
- Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C. (2001), ch. 27
- Loi sur la mise en quarantaine*, L.C. (2005), ch. 20
- Loi sur la procréation assistée*, L.C. (2004), ch. 2
- Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. (2000), ch. 5
- Loi sur la protection des renseignements personnels*, L.R.C. (1985), ch. P-21
- Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires*, L.C. (1997), ch. 9
- Loi sur le ministère de la Santé*, L.C. (1996), ch. 8
- Loi sur le tabac*, L.C. (1997), ch. 13
- Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*, L.C. (2009), ch. 24
- Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. (1985), ch. F-27
- Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, L.R.C. (1985), ch. F-8
- Loi sur les brevets*, L.R.C. (1985), ch. P-4
- Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, L.R.C. (1985), ch. R-1
- Loi sur les Indiens*, L.R.C. (1985), ch. I-5
- Loi sur les mesures d'urgence*, L.R.C. (1985), ch. 22

9.3.2 Lois provinciales et territoriales liées au régime d'assurance-maladie

Alberta

- Hospitals Act*, L.R.C. 2000, ch. H-12
- Alberta Health Care Insurance Act*, L.R.C. 2000, ch. A-20

Colombie-Britannique

- Hospital Insurance Act*, RSBC 1996, ch. 204
- Medical Protection Act*, RSBC 1996, ch. 286

Île-du-Prince-Édouard

- Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-8
- Health Services Payment Act*, R.S.P.E.I. 1988, ch. H-2

Manitoba

- Loi sur l'assurance-maladie*, C.P.L.M., ch. H-35

Nouveau-Brunswick

Loi sur les services hospitaliers, L.R.N.-B. 1973, ch. H-9

Loi sur le paiement des services médicaux, L.R.N.-B. 1973, ch. M-7

Terre-Neuve-et-Labrador

Hospital Insurance Agreement Act, R.S.N.L. 1990, ch. H-7

Medical Care Insurance Act, S.N.L. 1999, ch. M-5.1

Territoires du Nord-Ouest

Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Loi sur l'assurance-maladie, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Nouvelle-Écosse

Health Services and Insurance Act, L.C. 1989, ch. 197

Nunavut (a adopté les lois actuelles des Territoires du Nord-Ouest lorsqu'il fut créé en 1999)

Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Loi sur l'assurance-maladie, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Ontario

Loi sur l'assurance-maladie, R.R.O. 1990, ch. H-6

Québec

Loi sur l'assurance-hospitalisation, L.R.Q., ch. A-28

Loi sur l'assurance-maladie, L.R.Q., ch. A-29

Saskatchewan

Saskatchewan Medical Care Insurance Act, R.S.S. 1978, ch. S-29

Terre-Neuve-et-Labrador

Hospital Insurance Agreement Act, R.S.N.L. 1990, ch. H-7

Medical Care Insurance Act, S.N.L. 1999, ch. M-5.1

Territoires du Nord-Ouest

Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Loi sur l'assurance-maladie, L.R.T.N. 1988, ch. M-8

Yukon

Loi sur l'assurance-hospitalisation, L.R.Y. 2002, ch. 112

Loi sur l'assurance-santé, L.R.Y. 2002, ch. 107

9.4 Méthodologie et production des rapports sur les systèmes de santé en transition

Les rapports sur les systèmes de santé en transition (SeT) sont produits par les experts du pays en collaboration avec les directeurs et le personnel de recherche de l'Observatoire. Ils sont produits à l'aide d'un modèle révisé de façon périodique qui fournit des lignes directrices détaillées, de mêmes que des questions, des définitions et des suggestions précises de sources de données, ainsi que des exemples nécessaires pour produire des examens. Alors que le modèle offre un ensemble détaillé de questions, il a été conçu pour offrir de la souplesse aux auteurs et aux réviseurs pour qu'ils puissent l'adapter à leur contexte national particulier. Le modèle le plus récent est offert en ligne à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-template-2010> (en anglais seulement).

Les auteurs se fient à diverses sources de données pour préparer les rapports SeT, tant les statistiques nationales que les documents stratégiques nationaux et régionaux, et même la littérature scientifique. De surcroît, on peut y ajouter des sources de données internationales, comme celles de l'OCDE et de la Banque mondiale. La Base de données de l'OCDE sur la santé contient plus de 1 200 indicateurs pour les 34 pays de l'OCDE. Les données sont tirées de renseignements obtenus par des bureaux statistiques nationaux et des ministères de la Santé. La Banque mondiale fournit les Indicateurs du développement dans le monde, qui sont aussi fondés sur des sources officielles.

En plus des renseignements et des données fournies par les experts du pays, l'Observatoire fournit des données quantitatives sous la forme d'un ensemble de figures comparatives pour chaque pays, tirées de la base de données européenne de la Santé pour tous. Cette base de données contient plus de 600 indicateurs définis par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dont le but est de surveiller l'intégration de la santé dans toutes les politiques en Europe. Elle est mise à jour deux fois par année aux fins de distribution à l'aide de diverses sources, en se fiant grandement aux chiffres officiels fournis par les gouvernements, ainsi qu'aux statistiques en santé obtenues par les unités techniques du bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les données standards sur la Santé pour tous ont été approuvées officiellement par les gouvernements nationaux. Depuis la version de l'été 2007, la base de données Santé pour tous a commencé à tenir compte des 27 États membres de l'Union européenne élargie.

Les auteurs des rapports SeT sont encouragés à discuter en détail des données contenues dans le texte, y compris les chiffres standards préparés par le personnel de l'Observatoire, surtout s'il y a des préoccupations par rapport à des écarts entre les données offertes par différentes sources.

Un rapport SeT typique est composé de neuf chapitres.

1. L'introduction : elle souligne le contexte plus large du système de santé, y compris la géographie et la sociodémographie, le contexte économique et politique, ainsi que la santé des populations.
2. L'organisation et la gouvernance : elles fournissent un aperçu de la façon dont le système de santé du pays est organisé, gouverné, planifié et réglementé, ainsi que du contexte historique du système; soulignent les principaux acteurs et leurs pouvoirs décisionnels; et décrivent le degré d'habilitation du patient dans les domaines de l'information, du choix, des droits, des procédures de plaintes, de participation publique et de soins de santé transfrontaliers.
3. Le financement : il fournit des renseignements sur le niveau de dépenses et la distribution des dépenses en santé dans les différentes zones de services, les sources de revenus, la façon dont les ressources sont rassemblées et allouées, qui est couvert, quelles prestations sont couvertes, la mesure des frais modérateurs et d'autres dépenses personnelles, l'assurance maladie volontaire et la façon dont les fournisseurs de soins sont payés.
4. Les ressources physiques et humaines : elles sont reliées à la planification et à la distribution du capital national et des investissements, à l'infrastructure et à l'équipement médical; au contexte dans lequel les systèmes de TI fonctionnent; et l'opinion des ressources humaines quant au système de santé, notamment des renseignements sur les tendances d'effectif, la mobilité professionnelle, la formation et le cheminement de carrière.
5. La prestation de services : elle met l'accent sur l'organisme et sur la prestation des services, ainsi que la circulation des patients, en abordant la santé publique, les soins primaires, les soins secondaires et tertiaires, les soins de jour, les soins d'urgence, les soins pharmaceutiques, la réadaptation, les soins de longue durée, les services offerts aux aidants naturels, les soins palliatifs, les soins de santé mentale, les soins dentaires, les médecins parallèles et complémentaires et les services de santé offerts à des populations particulières.

6. Les principales réformes de la santé : cette partie examine les réformes, les politiques et les changements organisationnels, et fournit un aperçu des développements à venir.
7. Évaluation du système de santé : elle fournit une évaluation fondée sur les objectifs établis du système de santé, la protection financière et l'équité sur le plan du financement; l'expérience du patient et l'équité de l'accès aux soins de santé; les résultats en santé, les résultats des services de santé et la qualité des soins; l'efficacité du système de santé; et la transparence, de même que la responsabilité.
8. Conclusions : cette partie détermine les conclusions clés, fait ressortir les leçons tirées des changements apportés au système de santé; et résume les défis non réalisés et les perspectives d'avenir.
9. Appendices : ils comprennent les références, les sites Web utiles et les lois.

La qualité des rapports SeT est d'une grande importance, puisqu'ils orientent l'élaboration de politiques et la méta-analyse. Les rapports SeT font l'objet d'une grande consultation pendant tout le processus de rédaction et de révision, qui comporte de multiples versions. Ils subissent ensuite les activités suivantes.

- Un processus d'examen rigoureux (consulter la section suivante).
- D'autres efforts sont faits pour garantir la qualité du rapport pendant qu'il est parachevé et mettent l'accent sur l'édition et la correction d'épreuves.
- Les rapports SeT sont distribués (copies papier, publications électroniques, traductions, puis lancement). Le réviseur appuie les auteurs pendant tout le processus de production et consulte étroitement les auteurs pour s'assurer que toutes les étapes du processus sont effectuées aussi efficacement que possible.

L'un des auteurs est aussi membre de l'équipe du personnel de l'Observatoire, et est responsable d'aider les autres auteurs pendant tout le processus de rédaction et de production. Ils se consultent étroitement les uns les autres pour s'assurer que toutes les étapes du processus sont aussi efficaces que possible et que les rapports SeT satisfont aux normes de la série, ce qui leur permet de servir aux prises de décisions nationales et aux comparaisons entre pays.

9.5 Processus d'examen

Ce processus comporte trois étapes. D'abord, le texte du rapport SeT est vérifié, examiné et approuvé par les réviseurs de la série de l'Observatoire européen. On l'envoie ensuite à deux experts universitaires indépendants aux fins d'examen, et leurs commentaires et rectifications sont intégrés au texte, et les modifications sont faites en conséquence. Le texte est alors présenté au ministère de la Santé ou à l'autorité appropriée, et les décideurs de ces organismes cherchent à repérer des erreurs factuelles dans le rapport.

9.6 À propos des auteurs

Gregory Marchildon est titulaire de la Chaire de recherche du Canada (Niveau 1) à la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy de la University of Regina au Canada. Après avoir obtenu son doctorat à la London School of Economics, il est devenu professeur à la School of Advanced International Studies de la Johns Hopkins University. Il est ensuite devenu fonctionnaire au Canada, puis directeur exécutif de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada. Chargé de cours à l'Académie canadienne des sciences de la santé, ses intérêts en recherche portent sur les systèmes de santé comparatifs, et plus particulièrement sur les pays circumpolaires, la décentralisation et l'historique des politiques.

Les profils des rapports Systèmes de santé en transition

Une série de l'Observatoire européen sur les systèmes et les politiques de la santé

Les profils du pays faisant l'objet du rapport Systèmes de santé en transition (SeT) fournissent une description analytique de chaque système de santé et de chaque initiative de réforme en cours ou en voie d'élaboration. Ils servent à fournir des renseignements comparatifs pertinents pour appuyer les décideurs et les analystes dans l'élaboration de systèmes de santé et de réformes dans les pays de la région européenne de l'OMS et d'ailleurs. Les profils des SeT sont des éléments de base qui peuvent servir à :

- étudier en détail différentes approches au financement, à l'organisation et à la prestation des services de santé;
- décrire précisément le processus, le contenu et la mise en œuvre des programmes de réforme de la santé;
- faire ressortir les défis communs et les domaines qui nécessitent une analyse approfondie;
- fournir un outil pour la diffusion de l'information sur les systèmes de santé et l'échange d'expériences des stratégies de réforme entre les décideurs et les analystes de différents pays de la région européenne de l'OMS.

Manière d'obtenir un rapport SeT

Tous les rapports SeT sont offerts sous forme de fichiers PDF au site Web www.healthobservatory.eu (en anglais seulement), où vous pouvez aussi vous inscrire à notre liste de diffusion pour recevoir des mises à jour mensuelles des activités de l'Observatoire européen sur les systèmes et les politiques de la santé, notamment les nouveaux rapports SeT, les livres de notre série copubliée avec la Open University Press, des notes d'information sur les politiques, des résumés de politiques et le journal *Eurohealth*.

Si vous désirez commander une copie papier d'un rapport SeT, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante :

info@obs.euro.who.int



Profils des pays ayant figuré dans un rapport (SeT) à ce jour

Albanie (1999, 2002^{ag})
Allemagne (2000^e, 2004^{eg})
Andorre (2004)
Arménie (2001^g, 2006)
Australie (2002, 2006)
Autriche (2001^e, 2006^e)
Azerbaïdjan (2004^g, 2010^g)
Biélarus (2008^g)
Belgique (2000, 2007, 2010)
Bosnie et Herzégovine (2002^g)
Bulgarie (1999, 2003^b, 2007^g, 2012)
Canada (2005, 2013^c)
Chypre (2004, 2012)
Croatie (1999, 2006)
Danemark (2001, 2007^g, 2012)
Espagne (2000^h, 2006, 2010)
Estonie (2000, 2004^{gi}, 2008)
Fédération de Russie (2003^g, 2011^g)
Finlande (2002, 2008)
France (2004^{cg}, 2010)
Géorgie (2002^{dg}, 2009)
Grèce (2010)
Hongrie (1999, 2004, 2011)
Irlande (2009)
Islande (2003)
Israël (2003, 2009)
Italie (2001, 2009)
Japon (2009)
Kazakhstan (1999^g, 2007^g, 2012^g)
Kirghizistan (2000^g, 2005^g, 2011^g)
Lettonie (2001, 2008, 2012)
Lithuanie (2000)
Luxembourg (1999)
Malte (1999)
Mongolie (2007)
Norvège (2000, 2006)
Nouvelle-Zélande (2001)
Ouzbékistan (2001^g, 2007^g)

Pays-Bas (2004^g, 2010)
Pologne (1999, 2005^k, 2011)
Portugal (1999, 2004, 2007, 2011)
Région de Vénétie, Italie (2012)
République tchèque (2000, 2005^g, 2009)
L'ex-République yougoslave de Macédoine (2000, 2006)
République de Corée (2009)
République de Moldova (2002^g, 2008^g, 2012)
Roumanie (2000^f, 2008)
Royaume-Uni (Angleterre) (2011)
Royaume-Uni (Écosse) (2012)
Royaume-Uni (Irlande du Nord) (2012)
Royaume-Uni (pays de Galles) (2012)
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (1999^g)
Suède (2001, 2005, 2012)
Slovaquie (2000, 2004, 2011)
Slovénie (2002, 2009)
Suisse (2000)
Tadjikistan (2000, 2010^{gl})
Turkménistan (2000)
Turquie (2002^{gi}, 2011)
Ukraine (2004^g, 2010)

Légende

Tous les rapports (SeT) sont offerts en anglais.
Ils sont aussi offerts en d'autres langues lorsque notés :

^a Albanais

^b Bulgare

^c Français

^d Géorgien

^e Allemand

^f Roumain

^g Russe

^h Espagnol

ⁱ Turc

^j Estonien

^k Polonais

^l Tadjik



L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est un partenariat entre le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements belge, finlandais, irlandais, néerlandais, norvégien, slovène, espagnol, suédois et de la région de Vénétie en Italie, la Commission européenne, la Banque européenne d'investissement, la Banque mondiale, l'Union nationale française des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la London School of Economics and Political Sciences et la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Les systèmes de santé en transition sont produits en utilisant une approche standardisée qui permet la comparaison entre les différents pays. Ils fournissent une analyse de chaque système de santé et des initiatives de réforme en cours.