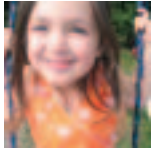


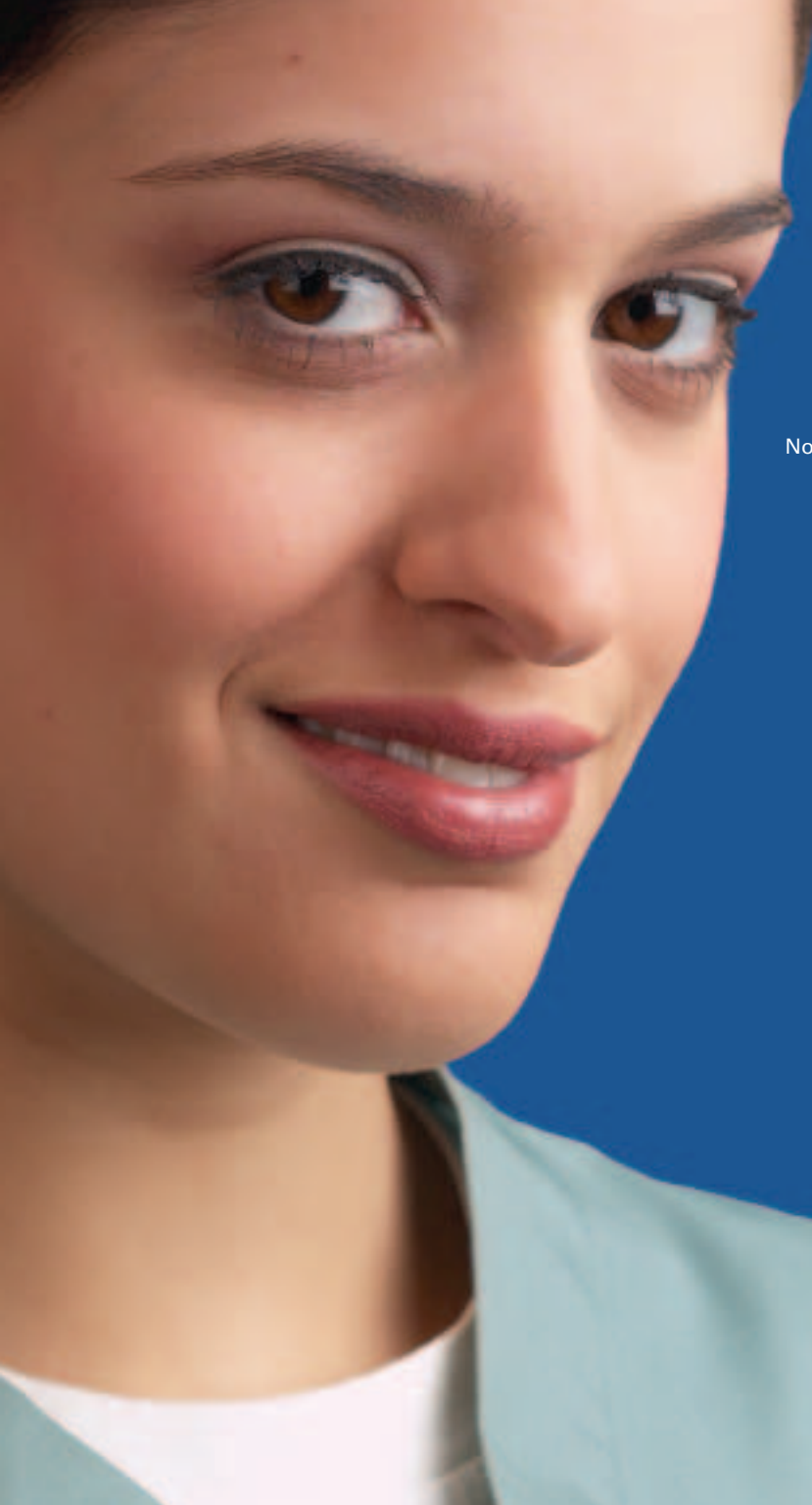


Santé
Canada

Health
Canada



LE SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ DU CANADA



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

Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Also available in English under the title:
Canada's Health Care System

La présente publication est également disponible
sur demande sur disquette, en gros caractères,
sur bande sonore ou en braille.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005
SC Pub. : 5912
Cat. : H21-261 / 2005F-PDF
ISBN : 0-662-70601-3

Table des matières

| | |
|--|-----|
| LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ | 1 |
| En premier lieu (services de santé primaires) | 2 |
| Et ensuite (services secondaires) | 2 |
| Autres services (services complémentaires) | 4 |
| Tendances et évolution des soins de santé | 4 |
| | |
| LE RÔLE DU GOUVERNEMENT | 5 |
| Le gouvernement fédéral | 6 |
| Les gouvernements provinciaux et territoriaux | 7 |
| | |
| LES DÉPENSES DE SANTÉ | 8 |
| L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS | 8 |
| | |
| CONTEXTE | 10 |
| Le cadre politique, économique et social | 10 |
| L'évolution de notre système de soins de santé | 10 |
| | |
| CE QUE L'ON DIT DE NOTRE SYSTÈME | 12 |
| | |
| CHRONOLOGIE | I |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | VII |
| | |
| RESSOURCES EN LIGNE | IX |

INTRODUCTION

Le système public de soins de santé du Canada est en constante évolution. Des réformes y ont été apportées au cours des quatre dernières décennies et continueront de l'être afin de tenir compte des progrès de la médecine et des nouveaux besoins de la société. Les bases de ce système demeurent toutefois les mêmes – la couverture universelle pour les services de santé médicalement nécessaires, dispensés selon les besoins plutôt que la capacité de payer.



LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

Le système public de soins de santé du Canada se définit comme un ensemble coordonné de dix régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux financés par les deniers publics. Mieux connu des Canadiens sous le nom d'assurance-maladie, c'est un système universel qui couvre tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. Ces services sont gérés et dispensés par les gouvernements provinciaux et territoriaux (c-à-d, l'état ou la région) et sont fournis gratuitement. Les gouvernements des provinces et des territoires financent les services de santé avec l'aide du gouvernement fédéral (c-à-d, national).

Pour obtenir tous les fonds fédéraux qui leur reviennent pour les soins de santé, les régimes d'assurance maladie des provinces et des territoires doivent remplir cinq critères – l'intégralité, l'universalité, la transférabilité, l'accessibilité et la gestion publique – qui sont énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* du gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral, en plus d'établir et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et de fournir des fonds, offre des services de soins de santé directement à certains groupes (p. ex.: les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits, les militaires des Forces canadiennes et les membres de la Gendarmerie royale du Canada en

activité de service, ainsi que les anciens combattants admissibles). De nombreux autres organismes et groupes, notamment les associations de professionnels de la santé, les organismes d'accréditation, d'éducation et de recherche, ainsi que les organismes bénévoles, contribuent aux soins de santé au Canada.

Le gouvernement fédéral, les administrations provinciales et territoriales et les organisations autochtones se partagent la responsabilité de fournir des services de santé aux Autochtones (Premières nations et Inuits). La santé publique est également une responsabilité partagée. L'Agence de santé publique du Canada agit en tant que centre de liaison en matière de prévention et de contrôle des maladies, et d'intervention d'urgence en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Cependant, les services de santé publique sont habituellement dispensés aux échelons provinciaux/territoriaux et locaux.



Demandez à un Canadien de nommer une caractéristique particulière au Canada, et malgré la vaste diversité régionale du pays, il mentionnera invariablement son régime de santé public universel. L'assurance maladie est souvent définie comme une valeur fondamentale de notre société.

Klatt, *Understanding*, 2000, p. 2

En premier lieu (services de santé primaires)

Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé, ils contactent généralement un professionnel des soins de santé primaires – médecin de famille, infirmière, infirmière praticienne, physiothérapeute, pharmacien, etc. – qui travaille souvent au sein d’une équipe de professionnels de la santé. Les services offerts au point d’entrée du système de santé sont définis comme des services de soins de santé primaires et constituent les assises du système de soins de santé.

En général, les soins de santé primaires ont une double fonction. D’abord, ils permettent de fournir directement les services de santé de premier contact. Ensuite, ils permettent de coordonner les services de soins de santé fournis aux patients pour assurer la continuité des soins et faciliter le cheminement au sein du système lorsque des soins plus spécialisés sont nécessaires (p. ex., de la part des spécialistes ou dans les hôpitaux).

Les services de soins de santé primaires comprennent souvent la prévention et le traitement de blessures et de maladies communes, les services d’urgence de base, ainsi que l’aiguillage vers et la coordination avec d’autres niveaux de soins comme les hôpitaux et les soins d’un spécialiste, les soins primaires en santé mentale, les soins

palliatifs et de fin de vie, la promotion de la santé, le développement en santé des enfants, les soins de maternité primaires, et les services de réadaptation.

En général, les médecins de pratique privée sont rémunérés à l’acte, selon des barèmes négociés entre chaque gouvernement provincial et territorial et les associations médicales dans leurs juridictions respectives. Ceux qui pratiquent dans d’autres milieux, comme les cliniques, les centres de santé communautaire et la médecine de groupe, sont plutôt rémunérés selon un autre mode de paiement comme le salaire ou la rémunération mixte (p. ex. : paiement à l’acte plus incitatif). Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé reçoivent généralement un salaire qui a été négocié entre leurs syndicats et leurs employeurs.

Au besoin, les patients sont aiguillés vers des services spécialisés (médecin spécialiste, services paramédicaux, admissions aux hôpitaux, tests diagnostiques, traitements par médicaments d’ordonnance, etc.).

Et ensuite (services secondaires)

Il est possible qu’un patient soit aiguillé vers un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou dans la collectivité pour des soins spécialisés. Au Canada, la majorité des hôpitaux sont dirigés par des conseils d’administration

Ressources humaines en santé

Au Canada, les services de santé et les services sociaux sont dispensés par environ 1,6 million de personnes, notamment des professionnels de la santé de différentes disciplines, en plus d’infirmières et de médecins. Le secteur de la santé est le troisième employeur au pays, après l’industrie manufacturière et le commerce de détail*.

Les professionnels de la santé sont réglementés par leur collègue professionnel ou d’autres organismes d’accréditation, ou non réglementés, syndiqués ou non, employés, travailleurs autonomes ou bénévoles.

* Cette donnée statistique fournie par l’industrie s’applique à tous les employés du secteur de la santé, y compris le personnel de soutien – personnel de bureau et personnel d’entretien – et non uniquement aux professionnels de la santé. Les données utilisées sont issues de l’Enquête sur l’emploi, la rémunération et les heures de travail, de Statistique Canada, qui n’inclut pas les travailleurs autonomes du secteur de la santé (ceux qui possèdent et exploitent leur propre pratique).

Il est possible de définir le secteur de la santé de plusieurs façons en se fondant sur l’American Industrial Classification System, mais quelle que soit la définition qu’on lui donne, il demeure le troisième employeur au Canada, derrière l’industrie manufacturière et le commerce de détail. Les données issues de l’Enquête sur la population active, de Statistique Canada, qui inclut les travailleurs autonomes, confirment ces chiffres.



communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Les hôpitaux sont financés grâce à des budgets annuels globaux négociés avec les ministères provinciaux/ territoriaux de la Santé, les régies ou les conseils régionaux de santé.

Subsidiairement, les services de soins de santé peuvent être dispensés à domicile ou dans la collectivité (généralement des soins de courte durée) et dans des établissements (principalement des soins de longue durée ou des soins à des malades chroniques). La plus grande partie de ces services ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, cependant, toutes les provinces et tous les territoires fournissent et financent certains soins à domicile. La réglementation de ces programmes varie, tout comme la gamme des services. L'aiguillage peut être fait par les médecins, les hôpitaux, les organismes communautaires, les familles et les résidents potentiels. L'évaluation des besoins et la coordination des services sont effectuées afin d'assurer la continuité et l'intégralité des soins. Ces derniers sont fournis par différentes personnes soignantes, professionnels, aidants naturels (souvent des membres de la famille) et des bénévoles.

Des soins de courte durée, généralement des soins infirmiers à spécialisés, des services d'aide à domicile et des soins de jour pour adultes, sont dispensés à des

personnes frappées d'incapacité totale ou partielle. Dans la majorité des cas, les services de soins de santé dispensés dans des établissements de soins de longue durée sont financés par les gouvernements des provinces et des territoires, tandis que la chambre et la pension sont payées par les patients; dans certains cas, ces paiements sont subventionnés par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le ministère fédéral des Anciens Combattants fournit des services de soins à domicile à certains anciens combattants lorsque ces services ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de leur province ou territoire. En outre, le gouvernement fédéral fournit des services de soins à domicile aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits dans certaines communautés.

Les soins palliatifs sont fournis dans différents milieux comme les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée, les hospices, ou dans la collectivité et à domicile. Les soins palliatifs de fin de vie comprennent le soutien médical et affectif, le soulagement de la douleur et des symptômes, l'aide concernant des programmes et des services communautaires, ainsi que la prestation de conseils aux personnes en deuil.

La plupart des médecins exercent dans des cabinets indépendants ou collectifs et ne sont pas des employés du secteur public. Certains travaillent dans des centres de santé communautaire, dans des cabinets collectifs en milieu hospitalier, au sein d'équipes de soins de santé primaires ou en affiliation avec le service de consultation externe d'un hôpital.

Le personnel infirmier travaille surtout dans des établissements de soins de courte durée (hôpital) mais il dispense aussi des soins de santé communautaire, notamment des soins à domicile et des services de santé publique.

La plupart des dentistes ont une pratique privée, leurs services ne sont généralement pas couverts par le système de santé public, sauf dans le cas des chirurgies dentaires nécessitant une hospitalisation.

Au nombre des autres professionnels de la santé, il convient de mentionner : les optométristes, les techniciens médicaux et les techniciens de laboratoire, les thérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les psychologues, les pharmaciens, les inspecteurs en santé publique, etc.



Autres services (services complémentaires)

Les provinces et les territoires assurent une couverture à certaines personnes (p. ex., les aînés, les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale) pour les services de santé généralement non couverts par le système de santé public. Ces prestations de soins supplémentaires incluent la plupart du temps des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des matériels médicaux et appareils (prothèses, fauteuils roulants, etc.), des services d'aide à l'autonomie et les services d'autres professionnels de la santé, comme les podiatres et les chiropraticiens. Le niveau de protection varie à travers le pays.

Les personnes qui ne sont pas admissibles aux prestations supplémentaires dans le cadre des régimes gouvernementaux payent ces services directement de leur poche ou grâce à des régimes d'assurance maladie privés. De nombreux Canadiens bénéficient d'une assurance privée supplémentaire contractée par l'intermédiaire de leur employeur ou achetée directement, dont le niveau de protection varie selon le régime choisi.

Tendances et évolution des soins de santé

Le système de soins de santé canadien a été soumis à des tensions ces dernières années

à cause d'un certain nombre de facteurs, comme de nouvelles manières de dispenser les services, des contraintes financières, le vieillissement de la génération des baby boomers et les coûts élevés de la technologie moderne. Ces facteurs continueront à agir au cours des années à venir.

Depuis la création du système de soins de santé public au Canada, les services de soins de santé et la manière dont ils sont dispensés a changé, passant du recours aux hôpitaux et aux médecins, à des services offerts dans des cliniques, des centres de soins de santé primaires, des centres de santé communautaire et à domicile, à de l'équipement médical et des médicaments sur ordonnance, ainsi que des interventions en santé publique.

Le nombre d'hôpitaux et de lits de soins de courte durée a diminué entre 1995 et 2000. Des avancées médicales ont permis de faire plus d'interventions en clinique externe et de chirurgies d'un jour. Sur cette même période, le nombre de nuits passées dans des hôpitaux de soins de courte durée par les Canadiens a diminué de 10%. Les soins offerts en phase post aiguë ou les services paramédicaux offerts à domicile et dans la collectivité ont connu une augmentation à la suite de réformes comme la fusion d'hôpitaux, la réduction du temps d'hospitalisation, l'augmentation du nombre de chirurgies d'un jour, etc.

Quand nous avons commencé à discuter d'assurance-santé il y a de cela 40 ans, les soins de santé « médicalement nécessaires » se résumaient en deux mots : les hôpitaux et les médecins. De nos jours, les services fournis par les hôpitaux et les médecins représentent moins de la moitié du total des coûts imputés au système Bref, la pratique des soins de santé a beaucoup évolué

Canada. Commission sur l'avenir, Préparer l'avenir, 2002, p. 2

D'autres réformes se sont concentrées sur la prestation de soins de santé primaires, notamment l'établissement d'un plus grand nombre de centres de soins de santé primaires communautaires qui offrent des soins en tout temps, la création d'équipes de dispensateurs de soins de santé primaires, des mesures axées davantage sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la prise en charge des maladies chroniques, la coordination et l'intégration accrues de services de santé globaux et l'amélioration des milieux de travail des dispensateurs de soins de santé primaires.

Les équipes coordonnées de dispensateurs de soins de santé primaires incluent des médecins de famille, infirmières, infirmières praticiennes et autres professionnels de la santé. Ces équipes offrent une vaste gamme de services. La



composition de ces équipes varie selon les besoins de la collectivité qu'elles desservent et les priorités des provinces et des territoires. L'approche par équipe, combinée à la mise sur pied de centres d'appel médicaux (télésanté), réduit le recours aux services des urgences, en offrant des conseils et un accès aux services de soins primaires après les heures régulières.

La plupart des provinces et des territoires ont tenté de réduire les coûts et d'améliorer la prestation des services en décentralisant la prise de décisions relatives à la prestation de soins de santé vers l'échelon du conseil régional ou local. Ces conseils régionaux sont gérés par des membres élus ou nommés qui assurent une surveillance des hôpitaux et des centres d'accueil ainsi que de la prestation de soins à domicile et des services de santé publique dans leur région.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

La structure du système de soins de santé canadien est largement tributaire de la Constitution canadienne, qui prévoit un partage des rôles et des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales. Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont le plus de responsabilités au chapitre de la prestation des services de santé et d'autres services sociaux.

Il incombe au gouvernement fédéral de dispenser directement des services à certains groupes de personnes.

Le régime de santé public est financé à partir de recettes générales provenant des impôts prélevés par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, comme l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, les taxes de vente, les retenues à la source et d'autres recettes. Trois provinces, la Colombie Britannique, l'Alberta et l'Ontario, perçoivent des primes d'assurance maladie, mais leur non paiement ne limite pas l'accès à des services médicalement nécessaires.

Le financement des soins de santé par l'État offre un avantage concurrentiel important aux entreprises canadiennes. Le financement public permet de répartir les coûts des services de santé de façon équitable dans l'ensemble du pays. De plus, le financement de l'assurance maladie par l'entremise du régime fiscal est efficace, car il n'exige pas la mise sur pied d'un mécanisme de perception distinct.

La santé ne se limite pas au système de soins de santé. La santé publique, notamment l'hygiène, les maladies infectieuses et les activités de sensibilisation connexes, est une responsabilité partagée entre les trois ordres de gouvernement – fédéral,

provincial/territorial et local ou municipal; toutefois, comme il a été mentionné plus haut, ces services sont généralement fournis aux niveaux provincial/territorial et local.

Sans aucun doute la plus importante conclusion de la Commission [Royale de 1965] fut la suivante : la meilleure façon de réaliser les objectifs de la population canadienne était de créer un régime universel administré par les autorités publiques, un régime englobant douze programmes d'assurance-santé établis dans les dix provinces et les deux territoires et subventionnés par des revenus généraux du gouvernement fédéral; ce régime est préférable à celui qui serait basé sur l'évaluation des ressources personnelles et sur l'octroi individuel de subsides à plusieurs millions de Canadiens et aux chefs de famille afin de leur permettre de souscrire à des régimes privés ou de payer des primes d'assurances commerciales.

Canada. Examen, Le programme de santé, 1980, p. 6



Le gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral en santé est d'établir et d'appliquer des principes nationaux pour le système aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, de fournir un appui financier aux provinces et aux territoires et de s'acquitter de plusieurs autres fonctions, notamment : la prestation directe de services primaires et supplémentaires à certains groupes de personnes, des programmes de santé publique afin de prévenir les maladies, la promotion de la santé et la sensibilisation de la population quant à l'incidence de ses choix sur la santé, la protection de la santé (innocuité des aliments et nutrition, réglementation des produits pharmaceutiques, des matériels médicaux, des produits de consommation et des produits de lutte antiparasitaire), ainsi que du financement de la recherche en santé et des activités d'information en santé.

La *Loi canadienne sur la santé* établit les principes et les critères des régimes d'assurance maladie que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir l'intégralité des transferts de fonds pour la santé. La Loi renferme cinq principes fondamentaux selon lesquels les régimes d'assurance maladie doivent couvrir tous les résidents admissibles du Canada, assurer une protection complète, être accessibles sans obstacles financiers ou d'autre nature, être fournis partout au pays et lors de voyages à l'étranger, ainsi qu'être gérés par des organismes publics.

Le gouvernement fédéral octroie des transferts de fonds et d'impôt aux provinces et aux territoires pour la santé par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé. Le gouvernement fédéral fait également des paiements de péréquation fiscale aux provinces les moins nanties et octroie du financement aux territoires pour les aider à prendre en charge les coûts des services publics, incluant les soins de santé.

Environ un million de personnes appartenant à différents groupes – membres des Premières nations vivant dans les réserves, Inuits, militaires des Forces canadiennes et membres de la Gendarmerie royale en activité de service, anciens combattants admissibles, détenus dans les pénitenciers fédéraux et demandeurs du statut de réfugié – reçoivent des services de soins de santé primaires et des prestations supplémentaires pour soins médicaux directement du gouvernement fédéral.

Les services offerts directement aux Premières nations et aux Inuits incluent des services de soins primaires et de soins d'urgence dans les réserves éloignées et isolées où les provinces et les territoires n'offrent pas de services faciles d'accès, des programmes de santé communautaire dans les réserves et dans les communautés inuites, ainsi qu'un programme de services de santé non assurés (médicaments, services dentaires et services de santé auxiliaires) pour les membres des Premières nations et les Inuits, peu importe leur lieu

Voici les cinq principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* :

Gestion publique :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif et être gérés et exploités par un organisme public qui rend des comptes au gouvernement provincial ou territorial.

Intégralité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent assurer tous les services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux, les praticiens et les dentistes qui exercent en milieu hospitalier.

Universalité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées selon des modalités uniformes.

Accessibilité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans frais ni autres mesures restrictives.

Transférabilité :

Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées lorsqu'elles déménagent dans une autre province ou dans un autre territoire au Canada et lorsqu'elles voyagent à l'étranger. Les provinces et les territoires limitent la protection offerte dans le cas de services dispensés à l'étranger. Ils peuvent exiger l'approbation préalable de services non urgents dispensés à l'extérieur de leur province ou de leur territoire.

de résidence au Canada. Généralement, ces services sont dispensés par des infirmières en santé communautaire, dans des postes de soins infirmiers, des centres de santé, des centres de traitement de patients hospitalisés, des hôpitaux, et dans le cadre de projets du Programme d'aide préscolaire aux enfants Autochtones. Les deux ordres de gouvernement collaborent de plus en plus pour intégrer la prestation de ces services aux systèmes provinciaux et territoriaux.

Le gouvernement fédéral s'occupe également de la protection de la santé et de la réglementation (p. ex., réglementation des produits pharmaceutiques, des aliments et des matériels médicaux), de la sécurité des consommateurs, de la surveillance et de la prévention des maladies. Il appuie également la promotion de la santé et la recherche en santé. Il existe aussi des mesures fiscales fédérales liées à la santé, y compris l'octroi de crédits d'impôt pour les dépenses médicales, les handicaps, les soignants et les personnes à charge atteintes d'incapacité, des réductions de taxes aux établissements publics pour les services de santé, ainsi que des déductions pour les primes d'assurance maladie privées pour les travailleurs autonomes.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux

Les provinces et les territoires gèrent et dispensent la majorité des services de soins de santé du Canada, avec des régimes d'assurance maladie qui doivent respecter les principes nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Chaque régime d'assurance maladie provincial et territorial défraie, sans franchise, quote part ou plafond, les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires qui sont offerts gratuitement. Les gouvernements des provinces et des territoires financent ces services avec l'aide de transferts pécuniaires et fiscaux du gouvernement fédéral.

En matière de soins de santé, il incombe aux gouvernements des provinces et des territoires de gérer leur régime d'assurance maladie, de planifier, financer et évaluer les soins hospitaliers, les soins médicaux, les soins paramédicaux, la fourniture de médicaments sur ordonnance dans les hôpitaux et la santé publique, et de négocier des barèmes d'honoraires pour les professionnels de la santé. La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux offrent et financent des services supplémentaires pour certains groupes (p. ex. : les personnes à faible revenu et les aînés), comme

les médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux, les coûts des services ambulanciers, les soins de la vue, de l'ouïe et dentaires qui ne sont pas couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que les provinces et les territoires fournissent ces prestations supplémentaires à certains groupes de personnes, les services de santé supplémentaires sont en grande partie financés par des régimes d'assurance privés. Les personnes et les familles qui ne sont pas admissibles à la protection assurée par le système public peuvent payer ces coûts directement (de leur poche), obtenir une protection dans le cadre d'une assurance collective au travail ou adhérer à un régime privé. Aux termes de la plupart des lois provinciales et territoriales, la protection offerte par les assureurs privés est limitée et ne peut offrir une couverture dupliquée pour les services déjà offerts par les régimes publics, cependant, il peut s'exercer une concurrence sur le marché des services supplémentaires.

De plus, il existe dans chaque province et territoire un organisme d'indemnisation des accidentés du travail, financé par les employeurs, qui offre des services aux employés qui se blessent au travail.



LES DÉPENSES DE SANTÉ

Au sein du système de soins de santé public, les dépenses en santé varient entre les provinces et les territoires, partiellement en raison des différences au niveau de ce que les provinces et territoires jugent médicalement nécessaire et de facteurs démographiques, comme l'âge de la population. La densité de population des régions est un autre facteur qui peut avoir une incidence sur les coûts des soins de santé.

En 1975, les coûts totaux des soins de santé au Canada comptaient pour 7 % du produit intérieur brut (PIB). Les dépenses en santé, exprimées en pourcentage du PIB, ont crû jusqu'à environ 10,4 % en 2005 (ou 4411 \$CAN par

personne).¹ Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2005, en moyenne sept dollars sur dix dépensés en soins de santé provenaient des fonds publics. Les trois autres dollars provenaient de sources privées et couvraient les coûts de services supplémentaires comme les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue.²

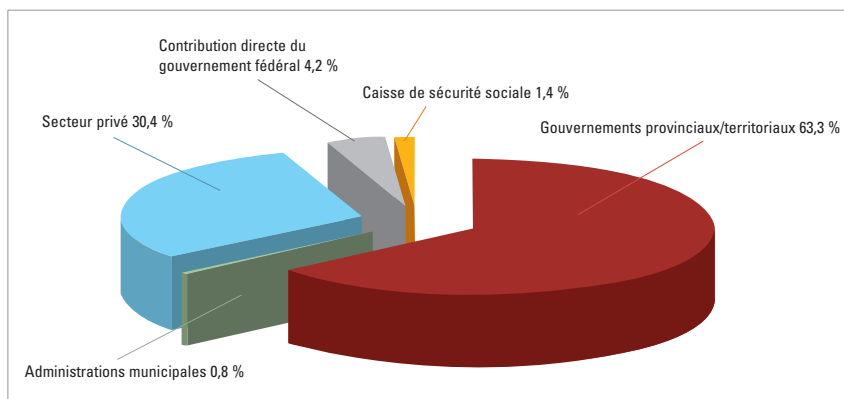
Au cours des trente dernières années, on a constaté des changements importants dans la manière dont l'argent était dépensé en santé. En moyenne, la part des dépenses totales de santé pour les hôpitaux et les médecins a diminué, tandis que les dépenses en médicaments sur ordonnance ont nettement augmenté. Cependant, les dépenses en services

hospitaliers et médicaux représentent encore 43 % des dépenses totales en soins de santé.³

En 1975, une part beaucoup plus importante (45 %) est allée aux hôpitaux, comparé à 2005 (30 %). En 1975, les paiements versés aux médecins (15 %) venaient au deuxième rang des dépenses; ceux-ci sont passés au troisième rang des dépenses (13 %) en 2005.⁴ Par opposition, les traitements médicamenteux, particulièrement ceux prescrits par les médecins, comptaient pour 9 % des dépenses totales de santé en 1975. En 2005, ces dépenses avaient presque doublé et, à presque 18 %, venaient au deuxième rang des dépenses totales en santé.⁵

69,6 % des dépenses en santé sont subventionnées par l'État

DÉPENSES EN SANTÉ PAR SECTEUR DE FINANCEMENT, PRÉVISIONS 2005

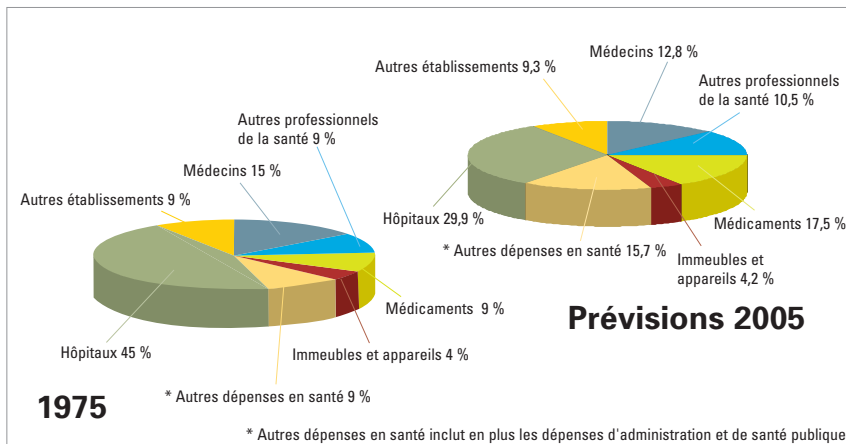


Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2005

L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

L'état de santé d'une personne dépend de nombreux facteurs. À l'échelle mondiale, le statut économique a une forte incidence sur la maladie, l'incapacité et la mortalité. Le milieu de vie d'une personne – urbain ou rural – influe sur la prestation et les coûts des services. L'âge est également un facteur – les problèmes de santé ne sont pas les mêmes chez les jeunes que chez les aînés. Il faut également tenir compte du sexe, car si les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes, elles souffrent plus de mauvaise santé

RÉPARTITION D'UN DOLLAR CONSACRÉ AUX SOINS DE SANTÉ



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2005

chronique. La nature du travail et le milieu dans lequel celui-ci est effectué influent sur la santé en raison de l'exposition à des risques tels que les produits chimiques, le bruit, les rayonnements, les agents infectieux, ou le stress psychosocial.

Les Canadiens jouissent d'un excellent état de santé. Le classement favorable du Canada selon l'indice du développement humain des Nations Unies est, dans une large mesure, attribuable à son système de soins de santé.⁶ L'espérance de vie d'une personne sert généralement d'indicateur de l'état de santé. En 2002, l'espérance de vie des Canadiens à la naissance était en moyenne de 82,1 ans chez les femmes et de 77,2 ans chez les hommes, soit une des plus élevées

dans les pays industrialisés.⁷ Le nombre de décès chez les enfants de moins de un an (mortalité infantile) est un autre indicateur de l'état de santé très répandu. Au Canada, le taux de mortalité infantile était de 5,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2002, un des plus bas au monde.⁸

Le bon état de santé des Canadiens ne dépend pas seulement des services de soins de santé. La santé est maintenant considérée comme un état de bien être complet – physique, mental et social – et non seulement comme une absence de maladie. Il s'agit d'une approche selon laquelle les facteurs sociaux, économiques, physiques et environnementaux contribuent à la santé. Le fait de concentrer les efforts sur la promotion de la santé, la santé publique, la santé de la

population et la prévention, vise à améliorer la santé de toute la population et à réduire les inégalités au chapitre de la santé entre les différents groupes.

Le principe qui a dominé nos pensées est que l'argent dépensé en soins de santé essentiels est de l'argent bien dépensé; c'est un investissement en ressources humaines qui rapportera beaucoup, non seulement en termes économiques, mais aussi en bien-être humain.

Canada. Commission royale, Commission royale ... : Rapport, Vol II, 1965, p. 19



CONTEXTE

Depuis sa création, le système de soins de santé du Canada a fait l'objet de nombreuses modifications et de réformes considérables. Toutes les révisions importantes du système ont reconnu les valeurs fondamentales de justice et d'équité, illustrées par la volonté des Canadiens de partager les ressources et les responsabilités, comme constantes. Cependant, la couverture a été modifiée et continue de l'être à mesure que la population et les circonstances changent et que la nature des soins de santé elle-même évolue.

Le cadre politique, économique et social

Le système de soins de santé canadien repose sur des unions politiques, sociales et économiques. En général, la Constitution canadienne établit les pouvoirs du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les provinces et les territoires forment une union politique et économique au sein de cette fédération constitutionnelle. Le Cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens prévoit l'adoption de mesures collectives par les deux ordres de gouvernement pour l'élaboration de politiques et de programmes sociaux.

L'évolution de notre système de soins de santé

Aux termes de la *Loi constitutionnelle de 1867*, il incombait aux provinces d'ouvrir, d'entretenir et de gérer des hôpitaux, des asiles et des établissements de bienfaisance, tandis que le gouvernement fédéral devait s'occuper des hôpitaux de la marine et des mesures de quarantaine. Le gouvernement fédéral avait également le pouvoir d'emprunter, de prélever des impôts et de dépenser les sommes ainsi générées, à condition de ne pas empiéter sur les pouvoirs des provinces.

Entre 1867 et 1919, année de la création du ministère de la Santé, c'est au ministère de l'Agriculture que revenaient toutes les responsabilités relatives à la santé. Comme il a déjà été mentionné, les responsabilités des deux ordres de gouvernement ont évolué au fil des ans.

Avant l'avènement de l'assurance maladie au Canada, les soins de santé étaient en grande partie financés et dispensés par des organismes privés. En 1947, le gouvernement de la Saskatchewan a instauré un régime public universel provincial d'assurance hospitalisation. La Colombie Britannique et l'Alberta ont suivi, et toutes deux s'étaient dotées d'un régime similaire en 1949.

Les Canadiens qui se souviennent de l'époque qui a précédé l'assurance-santé ne constitueront plus sous peu qu'une minorité, si ce n'est déjà fait. Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale raison qui a mené à sa création.

Tom Kent, dans Canada. Parlement, La santé ... : Rapport intérimaire..., Vol. 1, 2001, p.p.7-8

En 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'hospitalisation et les services diagnostiques*, aux termes de laquelle il offrait de rembourser ou de partager la moitié des coûts supportés par les provinces et les territoires pour des services hospitaliers et diagnostiques spécifiques. La loi prévoyait une protection universelle, gérée par le secteur public, pour un éventail de services précis dispensés selon des modalités et conditions uniformes. Quatre ans plus tard, toutes les provinces et tous les territoires acceptaient de financer à même les fonds publics les services prodigués aux malades hospitalisés et les services diagnostiques.

En 1962, la Saskatchewan a mis sur pied un régime d'assurance maladie universel provincial afin d'offrir des services médicaux à tous ses habitants. En 1966, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait le remboursement ou le partage de la



moitié des coûts supportés par les provinces et les territoires pour les services médicaux dispensés par un médecin à l'extérieur des hôpitaux. La loi établissait quatre points ou critères – universalité, intégralité, gestion publique et transférabilité – qui reposaient sur cinq éléments essentiels, notamment ces points et l'accessibilité. Au cours des six années suivantes, toutes les provinces et tous les territoires se sont dotés des régimes d'assurance universels qui s'appliquaient aux services dispensés par les médecins.

Au cours des 20 premières années, la contribution financière du gouvernement fédéral aux soins de santé représentait un pourcentage (la moitié) des dépenses des provinces et des territoires pour des services médicaux et hospitaliers précis assurés. *La Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* (FPE), le partage des coûts a été remplacé par un mécanisme de financement global, dans le cas qui nous intéresse, une combinaison de versements en espèces et de points d'impôt. En général, le financement global est fourni par un ordre de gouvernement à un autre à des fins précises. Cette nouvelle modalité de financement donnait aux gouvernements des provinces et des territoires la latitude nécessaire pour investir les fonds des soins de santé selon leurs besoins et leurs priorités. Les transferts de

fonds fédéraux pour l'éducation postsecondaire ont été ajoutés au financement des programmes établis, en plus du financement pour les services médicaux et hospitaliers.

En 1984, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi canadienne sur la santé*. Cette nouvelle loi renfermait les mêmes principes que les lois fédérales et provinciales sur les soins médicaux et hospitaliers, auxquels s'ajoutaient des dispositions interdisant la surfacturation et l'imposition de tickets modérateurs pour la prestation de services assurés. Une loi fédérale adoptée en 1995 consolidait les transferts de fonds et d'impôts fédéraux pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire avec les transferts fédéraux pour les services sociaux et l'assistance sociale en un seul mécanisme de financement, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à compter de l'exercice 1996-1997.

En 2000, un accord entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires instaurait des réformes importantes aux chapitres des soins de santé primaires, de la gestion des produits pharmaceutiques, de la technologie de l'information et de la communication en santé, du matériel et de l'infrastructure de la santé. Au même moment, le gouvernement fédéral augmentait les transferts de fonds en santé.

En 2003, les premiers ministres ont conclu *l'Accord sur le renouvellement des soins de santé*, qui prévoyait des modifications à la structure du système de soins de santé pour favoriser l'accessibilité, la qualité et la viabilité à long terme. Les réformes visées étaient, entre autres, le renouvellement accéléré des soins de santé primaires, la couverture des soins de courte durée à domicile et celle des médicaments sur ordonnance onéreux ou très onéreux, un meilleur accès au matériel diagnostique et médical et une reddition des comptes améliorée de la part des gouvernements.

Dans le cadre de l'Accord, les transferts de fonds fédéraux en santé ont été augmentés, et en date d'avril 2004, les transferts de fonds et d'impôts du TPSCS ont été répartis entre le Transfert canadien en matière de santé, pour la santé, et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, pour l'éducation postsecondaire, les services sociaux et l'aide sociale.

En 2004, les premiers ministres ont annoncé d'autres réformes dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ce dernier porte principalement sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité et la réduction des temps d'attente. D'autres réformes importantes visent les ressources humaines en santé, la santé des Autochtones, les soins à domicile, les soins de santé primaires, la couverture des médicaments sur ordonnance, ainsi



que d'autres éléments d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, les services de soins de santé dans le Nord, l'équipement médical, la prévention, la promotion, la santé publique et la présentation de rapports améliorés sur les progrès réalisés par rapport à ces réformes. Pour contribuer à l'exécution de ce plan, le gouvernement fédéral a augmenté les transferts de fonds pour les soins de santé et appliquera une échelle mobile à compter de 2006-2007 afin de fournir une croissance prévisible en ce qui concerne le financement fédéral.

Pour de plus amples renseignements sur l'histoire de notre système de soins de santé, veuillez consulter les références à la fin de la présente brochure : la chronologie, la bibliographie et les ressources en ligne.

CE QUE L'ON DIT DE NOTRE SYSTÈME

D'abord et avant tout, les Canadiens appuient leur système de soins de santé. Comme l'a souligné le Conference Board du Canada, « de toutes les politiques sociales du Canada, le système de soins de santé est celle que les Canadiens apprécient le plus, celle qu'ils jugent nécessaire à une qualité de vie élevée ».⁹

Des études révèlent qu'un système de soins de santé public offre de nombreux avantages économiques. Le financement public répartit le coût des services de soins de santé entre toute la population. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a souligné les avantages du financement public des systèmes de soins de santé, à savoir : accès gratuit au point d'utilisation, répartition des risques sur une plus grande population, couverture universelle et meilleur contrôle des coûts.¹⁰

Au Canada, les coûts de la main d'œuvre sont moins élevés parce que les employeurs n'ont pas à financer l'intégralité des prestations de maladie des employés, ce qui donne aux entreprises au Canada un avantage concurrentiel. Le rapport annuel KPMG sur la compétitivité, qui compare le coût de revient dans plusieurs pays industrialisés, révèle que les coûts de revient sont toujours plus bas au Canada qu'aux États-Unis et que les coûts de la main d'œuvre sont les moins élevés des pays comparés.¹¹ L'excellent état de santé des Canadiens contribue en outre à la productivité de la main d'œuvre.

Dans les discussions que nous avons eues ensemble, les Canadiens ont indiqué clairement qu'ils appuient avec vigueur les valeurs fondamentales sur lesquelles repose notre système de santé, l'égalité, la justice et la solidarité. Ces valeurs sont liées à leur conception de la citoyenneté.

Canada. Commission sur l'avenir, Guidé par nos valeurs, 2002, p. xvi

NOTES EN FIN DE TEXTE

¹ Institut Canadien d'Information sur la Santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, Ottawa, L'Institut, 2005, pp. 3-7, 99.

² ICIS, *Tendances*, p. iii.

³ CIHI, *Tendances*, p. 102.

⁴ CIHI, *Tendances*, p. 102.

⁵ CIHI, *Tendances*, p. 103.

⁶ L'indice de développement humain des Nations Unis mesure le développement humain de 175 pays dans trois domaines : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de vie. Pour plus d'information, consulter www.undp.org.

⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health Data*. Paris: OECD, 2004.

⁸ OECD, *Health ...*, 2004.

⁹ The Conference Board of Canada. *Performance and Potential 2002-03: Canada 2010: Challenges and Choices at Home and Abroad*. Ottawa: The Board, 2003, p. 78.

¹⁰ European Observatory on Health Care Systems. *Funding Health Care: Options for Europe*. Policy Brief No. 4. Copenhagen: The Observatory, 2002, p.14.

¹¹ KPMG. *Competitive Alternatives: The CEO's Guide to International Business Costs*. G7 - 2004 ed. Canada: KPMG LLP, 2004, p. 52

CHRONOLOGIE
BIBLIOGRAPHIE
RESSOURCES EN LIGNE

CHRONOLOGIE

1867

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique est adopté. En vertu de celui-ci, le gouvernement fédéral est responsable des hôpitaux de la marine et de la mise en quarantaine. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables des hôpitaux, des asiles et des établissements de bienfaisance.

1897 to 1919

Le ministère fédéral de l'Agriculture se charge des responsabilités fédérales en matière de santé jusqu'au 1^{er} septembre 1919, date de la création du premier ministère fédéral de la Santé.

1920

Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta mettent sur pied des régimes d'hospitalisation municipaux.

1921

Commission royale d'enquête sur l'assurance maladie, Colombie-Britannique.

1947

La Saskatchewan met en place un régime provincial d'assurance-hospitalisation public le 1^{er} janvier.

1948

Le programme de subventions de la santé nationale, gouvernement fédéral, accorde des subventions aux provinces et aux territoires afin de soutenir les initiatives en matière de santé, dont la construction d'hôpitaux, la santé publique, la formation professionnelle, les études provinciales et la recherche en santé publique.

1949

La Colombie-Britannique met sur pied un régime provincial limité d'assurance hospitalisation.

Terre-Neuve se joint au Canada; elle dispose déjà d'un régime d'assurance couvrant les soins dans les pavillons hospitaliers.

1950

L'Alberta met sur pied un régime provincial limité d'assurance-hospitalisation le 1^{er} juillet.

1960

Les Territoires du Nord-Ouest mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} avril.

Le Yukon met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} juillet.

1961

Le Québec met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} janvier.

Le gouvernement fédéral crée la Commission royale d'enquête sur les services de santé; Emmet M. Hall est nommé président de la Commission et est chargé de mener une étude sur les besoins en matière d'assurance-maladie et des services de santé.

1962

La Saskatchewan met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux le 1^{er} juillet. Les médecins de la province font la grève pendant 23 jours.

1964

La Commission royale d'enquête sur les services de santé, gouvernement fédéral, présente son rapport et recommande la mise sur pied d'un programme d'assurance-maladie national.

1936

La Colombie-Britannique et l'Alberta adoptent des lois qui régissent l'assurance maladie, mais sans programme opérationnel.

1940

Création du Conseil fédéral d'hygiène.

1942

Création du Comité consultatif interministériel sur l'assurance-maladie, gouvernement fédéral.

1957

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, gouvernement fédéral, est votée le 1er mai (sanction royale); le gouvernement fédéral s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux; entre en vigueur le 1er juillet 1958.

1958

Le Manitoba, Terre-Neuve, l'Alberta et la Colombie-Britannique mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

Le régime d'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan s'assujettit à la formule fédérale de partage des coûts le 1er juillet.

1959

L'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er janvier.

L'Île-du-Prince-Édouard met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er octobre.

1965

La Colombie-Britannique met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux.

1966

Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) est mis sur pied, gouvernement fédéral; offre le partage des coûts pour les services sociaux, y compris pour les soins de santé non couverts par le régime d'hospitalisation, pour les personnes dans le besoin; sanction royale en juillet et entre en vigueur le 1er avril.

La loi sur les soins médicaux, gouvernement fédéral; est adoptée, sanction royale le 19 décembre; le gouvernement s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux; entre en vigueur le 1er juillet 1968.

1968

La Saskatchewan et la Colombie Britannique mettent sur pied des régimes d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

1969

Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba mettent sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} avril.

L'Alberta met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} juillet.

L'Ontario met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} octobre.

1970

Le Québec met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} novembre.

L'Île-du-Prince-Édouard met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} décembre.

1971

Le Nouveau-Brunswick met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} janvier.

Les Territoires du Nord-Ouest mettent sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} avril.

1972

Le Yukon met sur pied un régime d'assurance des soins médicaux selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1^{er} avril.

1981

L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les personnes recevant des services hospitaliers à l'extérieur de la province ou du territoire.

1982

Modification du FPE, gouvernement fédéral; suppression des revenus garantis et modification de la formule de financement.

1983

La Commission royale chargée d'étudier les frais en établissement hospitalier et les frais des maisons de soins infirmiers, Terre Neuve, commence en avril et présente son rapport en février 1984.

Le Comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, commence et se termine en 1984.

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec,

... commence en janvier et présente son rapport en décembre 1987.

Le Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, gouvernement fédéral, commence en juin et présente son rapport en 1984.

1987

Le Conseil sur la santé du premier ministre, Ontario, commence et se termine en 1991.

La Commission royale chargée d'étudier les soins de santé, Nouvelle-Écosse, commence le 25 août et présente son rapport en décembre 1989.

Le Comité consultatif sur l'utilisation des services médicaux, Alberta, commence en septembre et présente son rapport en septembre 1989.

Toutes les provinces et tous les territoires se conforment à la *Loi canadienne sur la santé* au 1^{er} avril.

1988

Les gouvernements provinciaux et territoriaux (sauf le gouvernement du Québec) concluent une entente de facturation réciproque pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

La Commission chargée d'étudier les orientations en matière de soins de santé, Saskatchewan, commence le 1^{er} juillet et présente son rapport en mars 1990.

La Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé pour les Albertains, Alberta, commence en décembre et présente son rapport en décembre 1989.

La Commission sur certains programmes de soins de santé, Nouveau-Brunswick, commence en novembre et présente son rapport en juin 1989.

1989 to 1994

Nouvelles baisses des paiements de transfert fédéraux.

1990

La Commission royale sur les soins de santé et les coûts, Colombie Britannique, commence et présente son rapport en 1991.

1977

Modification du financement de base prévu par la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces sur le financement des programmes établis* (FPE); le gouvernement fédéral partage les coûts; on aura dorénavant recours à un mécanisme de financement global.

1979

L'Examen des services de santé, gouvernement fédéral, est établi afin de réévaluer le système de soins de santé. M. Emmet M. Hall est nommé commissaire spécial.

1980

Le rapport d'Examen des services de santé est rendu public le 29 août. Il recommande d'abolir les frais d'utilisation et la surfacturation des services et d'établir des normes nationales.

1984

La *Loi canadienne sur la santé*, gouvernement fédéral, est adoptée (reçoit la sanction royale le 17 avril); combine les lois sur l'assurance-maladie et l'assurance hospitalisation, établit les conditions et les critères concernant la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité, la gestion publique et interdit les frais d'utilisation et la surfacturation.

L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les personnes recevant des services hospitaliers à l'extérieur de la province ou du territoire.

1985

Le Comité d'examen des services de santé, Manitoba, commence et présente son rapport en novembre.

1986

Baisse du taux de croissance des paiements de transfert fédéraux.

Le Comité d'étude sur la santé, Ontario, commence en novembre et présente son rapport en juin 1987.

1991

Le Groupe de travail national sur l'information en matière de santé, gouvernement fédéral, rapports, mène à la création de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Le Groupe d'enquête sur la santé, l'Île du Prince Édouard, commence en juin et présente son rapport en mars 1992.

1994

Le Forum national sur la santé, gouvernement fédéral, est établi afin de discuter des soins de santé avec les Canadiens et de recommander des réformes; commence en octobre et présente son rapport en 1997.

1995

Le FPE et le RAPC, gouvernement fédéral, fusionnent et deviennent le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) qui fournit le financement global en matière de santé, d'éducation postsecondaire et de services sociaux.

1996

Les transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux, gouvernement fédéral, débutent le 1^{er} avril.

1998

L'Examen des services de santé, Nouveau-Brunswick, commence et présente son rapport en février 1999.

1999

L'Entente-cadre sur l'union sociale des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf le Québec), entre en vigueur; les gouvernements s'engagent à adopter une approche commune à l'égard de l'élaboration des politiques et des programmes sociaux, y compris en matière de santé.

Le Forum du ministre sur la santé et les services sociaux, Territoires du Nord Ouest, commence en juillet et présente son rapport en janvier 2000.

2000

Le Communiqué sur la santé est annoncé par les premiers ministres le 11 septembre.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), Québec, est créée le 15 juin et présente son rapport le 18 décembre.

La Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-santé (Commission Fyke), Saskatchewan, commence le 14 juin et présente son rapport le 11 avril 2001.

Le Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (Conseil Mazankowski), Alberta, est créé le 31 janvier et présente son rapport le 8 janvier 2002.

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé, Nouveau-Brunswick, commence en janvier et présente son rapport le 22 janvier 2002.

2001

L'examen du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (comité Kirby), gouvernement fédéral, commence le 1er mars et publie ses recommandations en octobre 2002.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), gouvernement fédéral, commence le 4 avril et présente son rapport en novembre 2002.

Le British Columbia Select Standing Committee on Health (Comité Roddick) commence en août et présente son rapport le 10 décembre.

Le Plan d'action des Territoires du Nord-Ouest, commence en novembre et présente son rapport en janvier 2002.

Processus de consultations [sur la santé], Ontario, commence en juin et publie ses résultats le 21 janvier 2002.

Choix en matière de santé – Un débat public sur l'avenir des soins de santé publique au Manitoba, Manitoba, commence en janvier et présente son rapport en décembre.

2003

L'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé annoncé le 5 février.

Le Conseil canadien de la santé mis sur pied le 9 décembre pour surveiller et présenter des rapports sur le progrès des réformes contenues dans l'Accord.

2004

Le TCSPS est divisé en deux transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) le 9 décembre.

Un Plan décennal pour consolider les soins de santé signé par les premiers ministres le 16 septembre.

BIBLIOGRAPHIE

CANADA. Commission royale d'enquête sur les services de santé. *Commission royale d'enquête sur les services de santé : Rapport*, 2 vol., [Ottawa, Impr. de la Reine], 1964-1965.

CANADA. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé*, Saskatoon, Sask., La Commission, 2002.

—. *Préparer l'avenir des soins de santé : Rapport d'étape*, Saskatoon, Sask., La Commission, 2002.

CANADA. Conseil du Trésor. *Le rendement du Canada : Rapport annuel au Parlement 2004*, Ottawa, Présidente du Conseil du trésor, c2004.

CANADA. Examen des services de santé. *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 : Engagement au renouveau*, [Ottawa, Santé et bien-être social Canada], 1980.

CANADA. Parlement. Sénat. Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. *La santé des canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral : Rapport intérimaire du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie*, 5 vol., [Ottawa], Le Sénat, 2001-2002.

—. *La santé des canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral : Vol 6 : Recommandations en vue d'une réforme*, [Ottawa], Le Sénat, 2002.

CANADA. Santé Canada. Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, [Ottawa, Santé Canada, 2003] (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/fptcollab/2003accord/index_f.html>.

—. *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel – 2004*, [Ottawa], Santé Canada, 2004.

—. *Renseignements des Rapports – Santé Canada. Renseignements des Rapports ministériels sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2004*, Ottawa, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2004.

CANADIAN COLLEGE OF HEALTH SERVICE EXECUTIVES. *Health Systems Update, 2002-2003*, 10th ed. Ottawa, The College, [2003].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada, 2004*, Ottawa, L'Institut et Statistique Canada, 2004.

—. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, Ottawa, L'Institut, 2005.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA. *Performance and potential 2002-03 : Canada 2010 : Challenges and choices at home and abroad*, Ottawa, The Board, 2003.

DUMONT-LEMASSON, Mireille, Carol DONOVAN et Maggie WYLIE. *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Funding health care : Options for Europe*, Policy Brief No. 4, Copenhagen, The Observatory, 2002.

EVANS, Robert G., Morris L. BARER et Theodore R. MARMOR. *Why are some people healthy and others not? : The determinants of health of populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994.

HAYES, Michael V., et James R. DUNN. *Population health in Canada : A systematic review*, Canadian Policy Research Networks Study No. H01, Ottawa, The Networks, 1998.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. *Canada: Selected issues*, IMF Country Report No. 03/34, Washington, DC : IMF, February 2003.

KLATT, Irene. « Understanding the Canadian health care system », *American Journal of Financial Service Professionals*, September 2000 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.cfp-ca.org/pdf/understanding_canadian_health-care.pdf>.

KPMG. *Competitive alternatives : The CEO's guide to international business costs*, G7-2004 ed., Canada, KPMG LLP, 2004.

KRAKER, Daniel. « The Canadian cure », *The New Rules*, Minneapolis, MN, Institute for Local Self-Reliance, Spring, 2001 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.inmotionmagazine.com/hcare/canadahc.html>.

MADORE, Odette. *La Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options*, éd rev., Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2003 (consulté 2 novembre 2005). Sur Internet : <www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-f.htm>.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health at a glance : OECD Indicators 2003*, Paris, OECD, 2003.

———. *Health data*, [CD-ROM], Paris, OECD, 2004.

———. « OECD health at a glance - How Canada compares », *OECD Observer Policy Brief*, Paris, OECD, October 2001.

TAYLOR, Malcolm G. *Health insurance and Canadian public policy : The seven decisions that created the Canadian health insurance system and their outcomes*, 2nd ed., Canadian Public Administration Series, Montreal, McGill-Queen's University Press, 1987.

THAI, Khi V., Edward T. WIMBERLEY and Sharon M. McManus, édés. *Handbook of international health care systems*, New York, Marcel Dekker, c2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care systems in transition : Canada. Preliminary version*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996. [Mise à jour attendue fin 2005]

Association canadienne de soins palliatifs : www.acsp.net

Association canadienne des soins de santé : www.cha.ca

Association des infirmières et infirmiers du Canada : www.cna-aiic.ca

Association médicale canadienne : www.cma.ca

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie : www.parl.gc.ca
(cliquez sur le lien Travaux des comités)

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html

Entente cadre sur l'Union sociale : www.unionsociale.gc.ca

États-Unis. Centers for Disease Control and Prevention : www.cdc.gov

États-Unis. National Center for Health Statistics : www.cdc.gov/nchs

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : www.fcrss.ca

Fonds monétaire international : www.imf.org

Information sur la santé (général) - voir Réseau canadien de la santé, ci-dessous

Institut canadien d'information sur la santé : www.icis.ca

Instituts de recherche en santé : www.cihr-irsc.gc.ca

Ministères provinciaux et territoriaux de la santé : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ptrole/ptmin/index_f.html

Organisation de coopération et de développement économique : www.oecd.org

Organisation mondiale de la Santé : www.who.int

Parlement du Canada : www.parl.gc.ca

Portail des Autochtones au Canada : www.autochtonesaucanada.gc.ca

Réseau canadien de la santé : www.reseau-canadien-sante.ca

Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca

Santé de la population : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/index.html