

**LES SYSTÈMES DE SOINS DE
SANTÉ CANADIEN ET AMÉRICAIN**

**Odette Madore
Division de l'économie**

Juin 1992



Bibliothèque
du Parlement

Library of
Parliament

**Direction de la
recherche parlementaire**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
RÔLES DU GOUVERNEMENT ET DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ	1
PROFIL DES RÉGIMES DE SOINS DE SANTÉ.....	4
A. Accès aux services de santé.....	5
B. Obstacles financiers aux soins	6
C. Étendue des services.....	7
D. Administration.....	8
ENDIGUEMENT DES COÛTS	8
A. Niveau et croissance des coûts des soins de santé	9
B. Avantages du système à payeur unique.....	11
RATIONNEMENT ET QUALITÉ DES SOINS.....	14
CONCLUSION	16
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	17



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ CANADIEN ET AMÉRICAIN

INTRODUCTION

Les États-Unis sont en train d'étudier diverses propositions de réforme de leur système de soins de santé, et le système canadien leur apparaît souvent comme un modèle à envisager. Assez curieusement, le Canada cherche parfois du côté des États-Unis des solutions pour améliorer son propre système. Cette quête d'un meilleur système de soins de santé a amené la publication d'une documentation abondante mais discordante sur les mérites relatifs des deux systèmes, l'un public, l'autre privé. Si de nombreux observateurs soutiennent que le système public canadien est à la fois plus efficace et plus économique, d'autres, tout aussi nombreux, font valoir que le système américain, qui obéit surtout aux lois du marché, garantit des services plus efficaces et de meilleure qualité.

Dans la présente étude, nous comparons les régimes canadien et américain et nous examinons les documents les plus récents sur cette question. Dans la première partie, nous nous penchons brièvement sur les arguments pour ou contre l'intervention du gouvernement dans le domaine de la santé, tandis que dans la deuxième, nous comparons les deux systèmes pour ce qui est de leur accessibilité, des obstacles financiers qu'ils présentent, de leur administration et de l'étendue des services couverts. Dans la troisième partie, nous traitons de l'endiguement des coûts et enfin, dans la quatrième, nous comparons la qualité des soins offerts par l'un et l'autre système.

RÔLES DU GOUVERNEMENT ET DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ

Le Canada et les États-Unis consacrent tous les deux une proportion élevée de leur richesse nationale aux soins de santé. Des estimations pour 1990 indiquent que le Canada a dépensé plus de 9 p. 100 de son produit intérieur brut (PIB), soit 60 milliards de dollars, pour les soins de

santé⁽¹⁾, pendant que les États-Unis consacraient 660 milliards ou 12 p. 100 de leur PIB à ces soins⁽²⁾. Le régime de soins de santé au Canada est caractérisé par une forte intervention gouvernementale. Comme l'indique le tableau 1, les dépenses de santé en 1990 y ont été payées à 72 p. 100 par les gouvernements fédéral et provinciaux ou les administrations locales. Les Canadiens ne payent de leur poche que les services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance de leur province, ce qui représente 21 p. 100 de la facture totale. Pour sa part, le régime de santé aux États-Unis mise surtout sur le secteur privé; les citoyens américains et les compagnies d'assurances privées ont payé plus de la moitié des dépenses de soins de santé, tandis que la part du gouvernement central, des États et des administrations locales représentait 43 p. 100 de celles-ci.

TABLEAU 1
FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PAR SOURCE DE FONDS, 1990

	Canada	États-Unis
	Pourcentage du total	
Gouvernement fédéral	28	30
Provinces/États et administrations locales	44	13
Débours privés et assurance privée	27	52
Autres	1	5
Total	100	100

Source: Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, *Le régime de soins de santé au Canada et son financement : des choix difficiles*, Ottawa, juin 1991, p. 7; Julie Kosterlitz, « A Sick System », *National Journal*, 15 février 1992, p. 383.

L'intervention du gouvernement dans le domaine des soins de santé est une source de controverse, les camps adverses faisant tous les deux valoir des arguments solides pour ou contre celle-ci. Au Canada, les soins de santé sont considérés comme un service public qui ne devrait pas être assujéti aux lois du marché ou au mécanisme des prix et des profits. Les Américains, eux, préfèrent que l'aide du gouvernement soit réservée aux personnes nécessiteuses et que le secteur privé prenne la part du lion du marché. Ils maintiennent que la dynamique du marché, qui est le moteur de l'économie classique, permet de contenir les coûts et d'assurer efficacement des services de qualité grâce à la concurrence.

-
- (1) Chambre des communes, Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, *Le régime de soins de santé au Canada et son financement : des choix difficiles*, Ottawa, juin 1991, p. 2.
- (2) Julie Kosterlitz, « A Sick System », *National Journal*, 15 février 1992, p. 383.

Au Canada, on invoque habituellement les lacunes du marché pour justifier l'intervention du gouvernement dans le domaine des soins de santé. Dans le secteur privé, c'est la loi de l'offre et de la demande qui régit la distribution des ressources. L'échelle des prix qui en résulte garantit une distribution optimale des ressources, pourvu que certaines conditions concernant l'offre et la demande soient respectées. Or, ces conditions ne sont pas toujours présentes dans le domaine de la santé. Premièrement, il est difficile pour le marché d'assurer un volume suffisant de services de santé étant donné que la nature même de ces services implique des coûts et des bénéfices dont l'économie de marché ne tient pas compte. Deuxièmement, les consommateurs ne peuvent pas faire de choix éclairés, parce qu'il y a trop d'impondérables en ce qui touche la maladie et l'état de santé futur. Souvent, ils ne savent pas ce dont ils ont besoin et ils doivent déléguer cette décision à ceux-là mêmes qui dispensent les soins de santé. L'intervention du gouvernement dans le domaine de la santé se justifie aussi par des considérations de justice sociale et d'inégalité économique. Dans un système de libre concurrence, les personnes à faible revenu doivent payer le même prix que les nantis pour se faire soigner, de sorte qu'ils doivent consacrer une part relativement plus importante de leur revenu pour obtenir des soins de santé. C'est pour ces raisons qu'au Canada, le gouvernement fédéral et les provinces ont préféré adopter un système public d'assurance-santé qui protège tous les résidents, indépendamment de leur capacité de payer.

De son côté, le système de santé des États-Unis est fondé sur le choix plutôt que sur la capacité de payer. En reconnaissance du fait que certains groupes ont besoin de protection sociale, notamment les pauvres et les personnes âgées, le gouvernement a institué les régimes Medicare et Medicaid. Il compense ainsi certaines imperfections du marché. Le système américain prend pour appui que la vaste majorité des gens sont tout à fait capables de se prémunir contre les conséquences de la maladie et que la majeure partie de la population ne sera jamais privée de soins pour des raisons financières. Dans l'optique de la libre concurrence, le consommateur est libre de choisir son niveau de protection. Certains choisissent une protection suffisante, d'autres une protection partielle, d'autres, enfin, pas de protection du tout. Lorsque les gens décident de prendre une assurance médicale, ils doivent se demander quelle valeur ils accordent aux services de santé comparativement à d'autres biens, compte tenu de leurs revenus et de leur volonté de payer. Les Américains peuvent choisir le genre d'assurance qu'ils désirent obtenir, mais il reste que le recours aux services de santé exige des connaissances spécialisées; les médecins demeurent donc des sources de renseignements et de conseils à cet égard. Dans un régime de rémunération à l'acte, les médecins peuvent être en conflit d'intérêts. La plupart des Américains pensent, cependant, qu'une concurrence saine entre médecins et hôpitaux assure des soins de santé de qualité à des prix raisonnables.

En résumé, on ne s'entend pas sur les principes fondamentaux sur lesquels devrait se fonder le régime de soins de santé. Des considérations sociales peuvent être invoquées pour justifier l'intervention du gouvernement, tandis que d'autres facteurs comme la liberté de choix et l'efficacité de l'interaction entre l'offre et la demande font pencher la balance du côté du secteur privé. Il résulte de ces différentes optiques un système relativement simple au Canada et un système très complexe aux États-Unis.

PROFIL DES RÉGIMES DE SOINS DE SANTÉ

Le Canada fournit une protection universelle à tous ses résidents par l'entremise de régimes provinciaux d'assurance-santé cofinancés par les autorités fédérales et les autorités provinciales ou territoriales. Des compagnies d'assurance privées existent, mais elles ne peuvent pas couvrir des services fournis en vertu des régimes provinciaux. Dans chaque province, un seul organisme public a la responsabilité de rembourser les hôpitaux et les médecins. Les malades sont libres de consulter le médecin de leur choix, mais ils ne payent pas aux médecins ou aux hôpitaux les services de santé assurés. La majorité des médecins travaillent à leur compte et sont rémunérés à l'acte. La plupart des hôpitaux sont des organismes privés à but non lucratif financés à même le budget global des gouvernements provinciaux.

De même, les fournisseurs de soins aux États-Unis, notamment les médecins et les hôpitaux, travaillent pour la plupart en exercice privé. La majorité des patients reçoivent des soins rémunérés à l'acte et, en général, ils sont libres de consulter le professionnel de leur choix. Il existe néanmoins différents régimes d'assurance, certains publics, d'autres privés, comprenant des programmes dispensés par l'employeur et d'autres par l'entreprise privée.

Les employeurs américains peuvent offrir à leurs employés des régimes d'auto-assurance ou encore des régimes d'assurance administrés par un tiers. Les employeurs auto-assurés appliquent et gèrent habituellement leur propre programme de santé; certains d'entre eux ont même leurs propres établissements de santé. Outre les régimes commerciaux, on trouve des fournisseurs de soins indépendants comme les HMO (Health Maintenance Organizations), qui assurent et dispensent des services de santé, et des PPO (Preferred Provider Organizations), qui offrent un régime d'assurance médicale mais permettent aux clients de choisir parmi un groupe désigné de professionnels de la santé. Il est reconnu que les HMO, les PPO et les régimes fournis par

l'employeur restreignent jusqu'à un certain point la liberté de choix des patients⁽³⁾. Les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime offert par l'employeur peuvent acheter une assurance directement chez un assureur commercial ou une HMO.

Chez les groupes particulièrement démunis, l'accès aux soins de santé est assuré par des programmes publics. Medicare, le programme national administré par le gouvernement central et destiné aux personnes âgées et aux personnes handicapées, est appliqué selon des normes d'admissibilité et de protection uniformes. Il couvre les services hospitaliers et les services des médecins et est financé par un ensemble de primes enregistrées et de recettes générales. Des frais d'usager sont perçus, sous forme de franchises et de frais de coassurance. Medicaid est un programme d'aide médicale à l'intention des groupes à faible revenu. Le gouvernement fédéral américain partage à parts égales le coût de ce programme avec les États, qui le gèrent et l'appliquent conformément aux lignes directrices fédérales, bien que les conditions d'admissibilité, les niveaux de protection et les modalités de remboursement des fournisseurs de soins varient énormément d'un État à l'autre. D'autres programmes fédéraux et locaux sont destinés à des sous-groupes bien précis, comme les femmes enceintes, les autochtones et les malades souffrant de maladie du rein ou de cancer.

A. Accès aux services de santé

Au Canada, le régime de soins de santé est caractérisé par l'universalité d'accès. Chaque citoyen d'une province a le droit de recevoir les services de santé assurés prévus par le régime d'assurance-santé public, et ce, à des conditions identiques pour tous. En outre, les soins de santé fournis aux personnes en visite dans une autre province sont remboursés par le régime d'assurance de la province de résidence. Les Canadiens qui déménagent dans une autre province continuent d'être couverts par leur province d'origine durant toute période d'attente (maximum de trois mois) imposée par la nouvelle province.

À l'inverse, il n'existe pas de régime public d'assurance-santé universelle aux États-Unis, où l'accès est déterminé surtout par la nature et l'étendue de la protection. Comme le montre le tableau 2, les Américains sont assurés à différents degrés, allant d'une assurance complète à l'absence totale d'assurance. En 1991, près de 62 p. 100 des Américains étaient protégés par un régime privé d'assurance-maladie, 25 p. 100 par un régime public, et 14 p. 100 n'étaient pas assurés du tout.

(3) David W. Conklin, « Why Canada's System is Better and Cheaper », *Options politiques*, mai 1990, p. 18.

TABLEAU 2

ASSURANCE MÉDICALE AUX ÉTATS-UNIS, 1991

Genre de protection	Nombre de personnes (millions)
Régime privé d'assurance médicale	156
Medicare	35
Medicaid	27
Aucune assurance	35
Population totale des États-Unis	253

Source: William Lowther, « Medicare to the Rescue », *Maclean's*, vol. 105, 13 janvier 1992, p. 33-34.

B. Obstacles financiers aux soins

Au Canada, il n'y a pas d'obstacles financiers aux soins de santé. Tous les Canadiens ont accès aux services hospitaliers et médicaux dont ils ont besoin en vertu du régime d'assurance-santé de leur province. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces ne doivent pas autoriser la perception de frais d'utilisation des services assurés par le régime public, à l'exception des soins prolongés prodigués aux malades chroniques dans un hôpital, un foyer de soins ou un établissement semblable. Les provinces qui autorisent ces frais se voient déduire un montant équivalent des contributions fédérales en espèces qui leur sont versées en vertu du Régime de financement des programmes établis (FPÉ) ou de tout autre transfert fédéral en espèces. Tous les Canadiens sont donc assurés de ne pas se voir refuser les soins requis pour une question d'argent. Les Canadiens ne payent de leur poche, ou par l'entremise de polices d'assurance privées qu'ils ont contractées pour couvrir ces frais, que les services qui ne sont pas payés par le régime provincial, par exemple les soins dentaires, la chirurgie esthétique ou les dépenses auxiliaires à l'hôpital.

Aux États-Unis, l'accès aux soins de santé est souvent limité par des obstacles financiers, notamment les coûts élevés de l'assurance privée, les lacunes des programmes publics et la perception de frais modérateurs. En général, les Américains qui en ont les moyens peuvent acheter des soins médicaux qui sont de meilleure qualité ou plus facilement accessibles que les soins offerts aux moins nantis. Bien que le gouvernement central et les États américains aident les moins nantis au moyen de programmes comme Medicaid, Medicare et d'autres régimes, des millions d'Américains ne sont protégés ni par une assurance publique, ni par une assurance privée. En fait, beaucoup d'Américains n'ont pas accès à Medicare et à Medicaid et ils doivent payer de leur poche

les soins requis ou miser sur les hôpitaux publics ou les infirmeries qui offrent des soins gratuits ou subventionnés. Depuis quelques années, le nombre important de malades sans aucune assurance a beaucoup fait augmenter le nombre des actes non rémunérés⁽⁴⁾.

C. Étendue des services

Selon le principe de l'universalité sur lequel se fonde la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes provinciaux d'assurance-santé doivent payer tous les services hospitaliers nécessaires sur le plan médical, les services des médecins et certaines interventions de chirurgie dentaire. Les gouvernements provinciaux ont une grande latitude pour ce qui est de l'éventail des services qu'ils assurent. Ils peuvent ajouter d'autres services (et ils le font) qui ne sont pas requis par les lignes directrices fédérales, par exemple la gratuité des médicaments prescrits aux pauvres et aux personnes âgées. Il n'y a pas de plafond quant à la quantité de soins médicaux « nécessaires » qu'une personne peut recevoir. Des polices d'assurance-maladie privées couvrent les services non assurés.

L'étendue des services aux États-Unis varie beaucoup d'un assureur à l'autre. La plupart des programmes d'assurance vendus par les entreprises privées sont réglementés par l'État et doivent par conséquent garantir des services minimums prescrits par celui-ci. Les régimes d'auto-assurance des employeurs, qui ne tombent pas sous la gouverne des lois des États sur les assurances, s'appliquent à environ la moitié des travailleurs assurés. Toutefois, le fait d'avoir un emploi ne signifie pas nécessairement qu'on est protégé. En réalité, parmi les 35 millions d'Américains qui n'ont pas d'assurance, 25 millions appartiennent à une famille où au moins une personne travaille à temps plein⁽⁵⁾. Certaines entreprises, surtout les petites, n'offrent pas d'assurance-maladie à leurs employés, ce qui peut constituer un obstacle important à la mobilité professionnelle. Cette situation n'existe pas au Canada. De plus, au moment de leur retraite, les gens perdent l'assurance-maladie fournie par l'employeur, et se retrouvent souvent sans assurance puisque, comme nous l'avons vu, Medicare ne fournit des services minimums qu'à certains Américains.

D. Administration

(4) Par actes non rémunérés, on entend des services pour lesquels l'hôpital ou le médecin n'est rémunéré que partiellement ou pas du tout. Voir le Service de recherche du Congrès, *Health Insurance and the Uninsured: Background Data and Analysis*, Bibliothèque du Congrès, mai 1988, p. 148-150.

(5) William Lowther, « Medicare to the Rescue », *Maclean's*, vol. 105, 13 janvier 1992, p. 34.

Au Canada, le régime d'assurance-santé est administré dans chaque province par un organisme public à but non lucratif qui rend compte de son activité au gouvernement provincial. Les gouvernements provinciaux déterminent les augmentations des budgets des hôpitaux et des honoraires des médecins, comme ils réglementent l'acquisition des gros équipements. La plupart des médecins en exercice privé sont rémunérés à l'acte, et la plupart des médecins travaillant en milieu hospitalier sont des médecins salariés de l'hôpital. La majorité des hôpitaux reçoivent leurs fonds en vertu d'un système budgétaire global négocié avec le gouvernement de la province. Dans l'ensemble, le gouvernement est l'unique payeur de tous les services de santé assurés.

Aux États-Unis, la responsabilité de l'administration et du contrôle du système de santé est partagée entre les assureurs privés, les employeurs, le gouvernement fédéral, les États et les administrations locales. La diversité des systèmes de remboursement est telle que les fournisseurs de soins reçoivent souvent des honoraires différents pour le même service, selon la compagnie d'assurance avec laquelle le client fait affaire. De plus, les co-paiements et les franchises sont fréquents, et il n'est pas rare que les fournisseurs de soins de santé réclament au client des frais en sus du barème fixé par l'assurance. Aucune autorité n'est chargée de veiller au fonctionnement global du système.

ENDIGUEMENT DES COÛTS

La comparaison des dépenses de santé au Canada et aux États-Unis fait naître des questions sur deux plans: premièrement, le niveau et le rythme d'augmentation des coûts des soins de santé; deuxièmement, la capacité du gouvernement de contenir ses dépenses de santé.

A. Niveau et croissance des coûts des soins de santé

Les dépenses pour les soins de santé exprimées en tant que pourcentage du PNB ou en coût par habitant tiennent compte des différences entre l'économie canadienne et l'économie américaine. Comme le montre le tableau 3, depuis le début des années 70, le Canada consacre aux soins de santé une plus petite fraction de son produit économique total que les États-Unis; les dépenses du Canada par habitant sont aussi moins élevées. De plus, le rythme d'augmentation des dépenses de santé exprimées en tant que pourcentage du PNB a été plus lent au Canada qu'aux États-Unis. C'est pourquoi de nombreuses études concluent qu'avec son système de santé public, le Canada réussit mieux que les États-Unis: il protège tous les Canadiens, il dépense moins pour les

soins de santé, et il contient les coûts plus efficacement. Par exemple, le Bureau de comptabilité générale des États-Unis (GAO) fait remarquer :

La capacité relative du Canada d'endiguer les coûts est illustrée par un rythme plus lent d'augmentation des dépenses de santé depuis 1971, soit l'année où l'assurance-santé financée par les fonds publics a été instituée dans toutes les provinces. Il s'ensuit que les dépenses de santé par habitant et en tant que pourcentage du produit national brut (PNB) sont notablement moindres que celles des États-Unis. Cet écart est attribuable aux manières différentes dont les deux pays financent et dispensent les soins de santé et à des différences socio-démographiques⁽⁶⁾.

D'autres analystes avancent que ces comparaisons entre le Canada et les États-Unis sont simplistes et trompeuses. Ils soutiennent que le fait de comparer les dépenses de santé des deux pays en tant que pourcentage du PNB exagère la capacité du Canada de contenir ses coûts. Ils postulent que la part du PNB consacrée à la santé est moins élevée au Canada, non parce que le Canada dépense moins pour les soins de santé mais parce que le PNB a connu une croissance plus rapide⁽⁷⁾. Ils indiquent aussi que lorsqu'on compare les pourcentages véritables d'augmentation des dépenses par habitant, le taux moyen de croissance sur vingt ans est légèrement plus faible aux États-Unis. Dans cette perspective, Edward Neuschler conclut : « Étant donné des pourcentages très semblables d'augmentation des dépenses de santé par habitant, le pays qui réussit une expansion plus rapide de ses extrants économiques dépensera une partie moins grande de ces extrants pour les soins de santé »⁽⁸⁾. Toutefois, une autre étude montre qu'une croissance plus rapide du PNB aux États-Unis aurait engendré un niveau encore plus élevé de dépenses pour les soins de santé : « Si les recettes des États-Unis avaient augmenté aussi rapidement que celles du Canada, les dépenses de santé auraient augmenté d'autant et les dépenses par habitant seraient encore plus élevées qu'à l'heure actuelle »⁽⁹⁾.

TABLEAU 3

-
- (6) Bureau de comptabilité générale des États-Unis, *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*, Rapport au président, Comité des opérations gouvernementales, Chambre des représentants, juin 1991, p. 13 (traduction).
- (7) Edward Neuschler, « Is Canadian-Style Government Health Insurance the Answer for the United States Health Care Cost and Access Woes? » *Canada-U.S. Outlook*, National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 49. Un argument semblable est avancé par Edmund F. Haislmaier dans « Northern Discomfort : The Ills of the Canadian Health System », *Policy Review*, automne 1991, p. 34.
- (8) Neuschler (1991), p. 55 (traduction).
- (9) Bureau de comptabilité générale des États-Unis (1991), p. 16 (traduction).

**DÉPENSES DE SANTÉ TOTALES
EN TANT QUE POURCENTAGE DU PRODUIT NATIONAL BRUT
ET EN COÛT PAR HABITANT**

	Canada		États-Unis	
	Pourcentage du PNB	Dollars par habitant	Pourcentage du PNB	Dollars par habitant
1960	5,5	120	5,2	149
1965	6,0	174	5,9	206
1970	7,1	293	7,4	349
1975	7,3	540	8,3	591
1980	7,5	943	9,1	1 055
1985	8,7	1 605	10,3	1 696
1990	9,5	2 321	12,2	2 566

Source: Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990, p. 27 et 137. Les données préliminaires pour 1990 ont été fournies par le Ministère en mai 1992.

Un autre indice utilisé dans les analyses pour mesurer l'efficacité des moyens de contrôle des coûts de santé est le rapport des dépenses par habitant entre le Canada et les États-Unis. Dans son étude, Neuschler indique que ce pourcentage (environ 75 p. 100) a très peu fluctué depuis trente ans. Il conclut que le Canada ne réussit pas vraiment mieux que les États-Unis à contenir ses dépenses de santé et, partant, que « les facteurs expliquant les différents niveaux de dépenses dans les deux pays doivent, par conséquent, être plus fondamentaux que les différences de modalités de financement entre les deux pays »⁽¹⁰⁾.

Dans l'ensemble, il ressort des études comparatives que les coûts pour les soins de santé sont moins élevés au Canada qu'aux États-Unis, mais on ne s'entend pas à savoir si le Canada réussit mieux à contenir ses coûts⁽¹¹⁾. Les deux pays subissent des pressions financières, mais ces pressions sont exercées différemment de part et d'autre. Comme le souligne l'étude du GAO:

(10) Neuschler (1991), p. 53 (traduction).

(11) Manifestement, les études empiriques menées sur l'effet de l'intervention du gouvernement dans le domaine des soins de santé n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Par exemple, dans une étude poussée sur les différences entre les pays de l'OCDE relativement aux dépenses de santé, Pfaff montre que les régimes où le gouvernement exerce une forme de contrôle sur les dépenses de santé affichent en général des coûts moins élevés que ceux qui misent sur les lois du marché. Toutefois, une étude de Santerre *et al.*, dans laquelle les auteurs utilisent aussi les données de l'OCDE, conclut le contraire. Plus précisément, cette analyse par régression montre que l'intervention du gouvernement ne fait pas baisser automatiquement les coûts. Pour plus de détails, voir l'article de Martin Pfaff, « Differences in Health Care Spending Across Countries: Statistical Evidence », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, no 1, printemps 1990, p. 20-21, et l'article de Rexford E. Santerre, Stephen G. Grubaugh et Andrew J. Stollar, « Government Intervention in Health Care Markets and Health Care Outcomes: Some International Evidence », *The Cato Journal*, vol. 11, no 1, printemps/été 1991, p. 1-12.

Tant au Canada qu'aux États-Unis, les soins de santé sont limités par les ressources financières. Cependant, les deux pays n'abordent pas l'accès aux services de santé de la même manière. Au Canada, les contraintes financières sont appliquées à tout le système et non à titre individuel. Aux États-Unis, les contraintes visent directement l'utilisation individuelle (la capacité de payer est un facteur qui joue un rôle important sur l'accès aux soins et sur la quantité de soins) et non l'ensemble du système⁽¹²⁾.

En résumé, le poids des dépenses de santé est supporté par la collectivité au Canada, et par l'individu aux États-Unis. Au Canada, les soins sont payés indirectement mais équitablement par le régime fiscal, tandis qu'aux États-Unis, la plupart des soins sont payés directement par les consommateurs. Dans l'ensemble, cependant, les systèmes sont semblables en ce sens qu'en dernière analyse, ce sont les individus qui les payent; on peut donc conclure que le fardeau des soins de santé est moins lourd pour les Canadiens que pour les Américains.

B. Avantages du système à payeur unique

Bien qu'il n'y ait pas d'unanimité sur l'effet de l'intervention du gouvernement sur les soins de santé, certaines études indiquent que le système canadien, en confiant la responsabilité financière à un seul payeur, permet une administration plus efficace et un meilleur contrôle des dépenses liées à la santé. Le tableau 4 montre que, en 1987, les soins de santé pour chaque Canadien ont coûté 450 \$ de moins qu'aux États-Unis. L'étude du GAO indique que l'écart entre les États-Unis et le Canada pour les dépenses de santé par habitant tient surtout aux coûts administratifs et aux services des médecins et des hôpitaux.

(12) Bureau de comptabilité générale des États-Unis (1991), p. 21 (traduction).

TABLEAU 4

DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT ET PAR SECTEUR, 1987
(en dollars US de 1987)

	Canada	États-Unis
Hôpitaux et construction	659	802
Services médicaux	241	369
Administration d'assurance	18	95
Autres professionnels	20	84
Services de dentistes	82	108
Recherche	13	36
Autres soins de santé	42	49
Autres institutions	156	158
Santé publique	67	58
Médicaments et instruments	209	196
Total	1 507	1 955

Source: Bureau de comptabilité générale, *Canadian Health Insurance : Lessons for the United States*, Rapport au président, Comité des opérations gouvernementales, Chambre des représentants, juin 1991, p. 29.

En 1987, les dépenses du Canada par habitant pour l'administration du régime d'assurance atteignaient à peine un cinquième de celles des États-Unis. Le GAO conclut donc qu'avec son système public à payeur unique, le Canada élimine les coûts liés à la commercialisation de polices d'assurance concurrentielles, à la facturation et à la collecte des primes, et à l'évaluation des risques⁽¹³⁾. Patricia Danzon estime cependant que les frais généraux au Canada auraient tendance à être plus élevés que les coûts comparables aux États-Unis si l'on devait tenir compte des coûts cachés. Elle soutient que les assureurs publics sont moins portés que les assureurs privés à prendre en considération tous les coûts nécessités par les clients et les fournisseurs de soins⁽¹⁴⁾.

Le Canada enregistre aussi des coûts médicaux et hospitaliers moins élevés que les États-Unis. Le GAO soutient qu'étant donné que les gouvernements des provinces sont les seuls payeurs des services assurés, ils sont en position de force pour négocier les barèmes d'honoraires des médecins et les budgets des hôpitaux. Dans le système américain, les hôpitaux et les médecins sont rémunérés par une multitude de payeurs utilisant des méthodes et des critères très différents. D'après le GAO, comme il n'existe pas d'entité unique pour gérer le système aux États-Unis, les mesures de contrôle des coûts ne s'intègrent pas dans un tout⁽¹⁵⁾.

(13) *Ibid.*, p. 29.

(14) Patricia M. Danzon, « Other Models and Hidden Costs », *The American Enterprise*, vol. 3, no 1, janvier-février 1992, p. 71.

(15) Bureau de comptabilité générale des États-Unis (1991), p. 27.

D'autres spécialistes du domaine pensent aussi que la réglementation exercée par le Canada ne réduit pas nécessairement la qualité ou la quantité des services de santé. Par exemple, David Conklin reconnaît que la réglementation des honoraires des médecins a empêché les revenus des médecins d'atteindre les niveaux qu'ils auraient atteint autrement, mais il estime que ce résultat n'a pas atténué la qualité des soins de santé au Canada. Il maintient qu'un niveau plus élevé de dépenses aux États-Unis ne correspond pas nécessairement à un nombre plus élevé de soins de santé, mais plutôt à des revenus plus élevés pour les professionnels de la santé⁽¹⁶⁾. Il pense aussi que les restrictions budgétaires imposées par les gouvernements provinciaux aux hôpitaux sont rentables. Par exemple, les hôpitaux doivent se faire concurrence pour gagner le droit d'adopter une nouvelle technologie et ils le font en présentant des arguments fouillés au gouvernement provincial. La liberté qu'ont les hôpitaux d'affecter leurs ressources budgétaires encourage la réduction maximale des coûts⁽¹⁷⁾.

Les contrôles gouvernementaux peuvent amener une réduction des coûts, mais le GAO pense qu'ils peuvent aussi nuire à la capacité de les gérer. « Par exemple, les systèmes d'information des hôpitaux canadiens ne sont pas, d'après les médecins, développés à leur pleine capacité. Contrairement au système de remboursement américain, l'approche budgétaire globale n'incite pas les hôpitaux à scruter attentivement les coûts de la journée d'hospitalisation ou les coûts par cas »⁽¹⁸⁾. De plus, certains pensent que le Canada a les mains liées pour ce qui est d'adopter des solutions novatrices (des HMO, par exemple) dans le domaine du financement et de l'administration des soins de santé⁽¹⁹⁾. Enfin, on a avancé que les contrôles gouvernementaux dans le domaine de la santé au Canada avaient abouti au rationnement des soins et à une diminution de leur qualité⁽²⁰⁾.

(16) David W. Conklin, « Health Care: What Can the United States and Canada Learn From Each Other? » *Canada-U.S. Outlook*, National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 8.

(17) *Ibid.*, p. 6.

(18) Bureau de comptabilité générale des États-Unis (1991), p. 33.

(19) Stuart Butler, « Freeing Health Care », *National Review*, 22 décembre 1989, p. 35.

(20) Neuschler (1991), p. 65-66; Beth C. Fuchs et Joan Sokolovsky, « The Canadian Health Care System », *CRS Report for Congress*, Service de recherche du Congrès, Bibliothèque du Congrès, 20 février 1990, p. 11.

RATIONNEMENT ET QUALITÉ DES SOINS

Différentes faiblesses ont été observées pour ce qui est de la gestion des systèmes de santé canadien et américain. Un problème commun a trait au rationnement des soins de santé, que l'on définit comme une restriction à l'accessibilité d'interventions salutaires, qui prive certaines personnes en permanence ou temporairement de services utiles⁽²¹⁾.

Le Canada vise à fournir des soins normalisés à toute la population d'après des besoins médicaux relatifs. Il n'y a pas de rationnement monétaire basé sur la capacité de payer. Cependant, un rationnement non monétaire existe, créant des listes d'attente pour certaines interventions chirurgicales et diagnostiques. Certaines personnes malades doivent donc attendre avant d'être soignées et risquent de voir leur état se détériorer. On a même vu des malades canadiens en attente de services médicaux spécialisés traverser la frontière pour se faire soigner aux États-Unis⁽²²⁾.

À l'opposé, aux États-Unis, le rationnement est basé sur la capacité de payer. Ce rationnement pour des raisons financières existe parce que certaines personnes ne sont pas suffisamment protégées ou parce que des frais modérateurs les empêchent de se procurer le service nécessaire. Par conséquent, l'accessibilité et la qualité des soins varient énormément dans la population américaine; les pauvres et ceux qui ne possèdent pas assez d'assurance doivent se résigner à de longues périodes d'attente et à des établissements ne répondent pas aux normes, lorsqu'ils parviennent à obtenir des soins. Certains aspects des soins médicaux aux États-Unis, par exemple la vaccination limitée, le nombre de femmes enceintes qui ne sont pas suivies régulièrement par un médecin, et le risque de faire faillite après une maladie, découlent directement du rationnement des services pour des raisons financières et seraient probablement considérés comme inacceptables au Canada. De plus, le rationnement non financier existe même dans les programmes fédéraux et ceux des États. Bien que les pauvres, les personnes âgées et les handicapés n'aient pas à payer le traitement de la majorité des maladies graves ou le coût de nombreux examens de routine, l'accès à des soins de haute qualité est limité par l'escalade des coûts de Medicaid et de Medicare.

(21) David Naylor, *The Canadian Health Care System: an Overview and Some Comparisons with America*, Université de Toronto, Faculté de médecine, 1991, p. 14-16.

(22) Douglas J. McCready, « Don't Copy Canada's Health Care System », *Options politiques*, octobre 1991, p. 9-10.

Ceux qui attaquent le système canadien de santé disent que les restrictions imposées par le gouvernement quant aux budgets des hôpitaux et au nombre d'établissements pouvant assurer des services de haute technologie ont pour effet de rationner les services. Il est vrai que le Canada n'a pas autant d'équipement technologique par habitant que les États-Unis (tableau 5), et qu'il ne dispose pas d'une aussi grande quantité de certains équipements coûteux. Pour beaucoup de détracteurs du système canadien, la diffusion plus lente et l'utilisation restreinte de certaines techniques de pointe sont un signe d'une dégradation de la qualité. Si l'on définit la qualité comme étant une accumulation de services hautement technologiques indépendamment de leur efficacité, alors les États-Unis offrent effectivement des soins médicaux de grande qualité. Si, par contre, on définit la qualité en fonction des résultats médicaux obtenus, il n'y a pas lieu alors de parler de désavantage canadien. Plus précisément, Theodore Marmor maintient que si l'espérance de vie et la mortalité infantile mesurent la qualité d'un système de soins, alors le Canada est assurément favorisé⁽²³⁾. Comme l'indique le tableau 6, les indicateurs de la santé des populations sont meilleurs au Canada qu'aux États-Unis. Néanmoins, certains affirment qu'il n'y a pas de lien absolu entre les résultats médicaux et le fonctionnement du système de santé⁽²⁴⁾.

TABLEAU 5

ACCÈS À DES TECHNIQUES MÉDICALES CHOISIES
(unités par million d'habitants)

	Canada	États-Unis
Chirurgie cardiaque	1,23	3,26
Cathétérisme cardiaque	1,50	5,06
Grefte d'organe	1,08	1,31
Radiothérapie	0,54	3,97
Lithotripsie	0,16	0,94
Imagerie par résonance magnétique	0,46	3,69

Source: Beth C. Fuchs et Joan Sokolovsky, « The Canadian Health System », *CRS Report for Congress*, Service de recherche du Congrès, Bibliothèque du Congrès, 20 février 1990, p. 9.

(23) Theodore R. Marmor, « National Health Care: Is Canada the Model System? » *Current*, n° 341, mars-avril 1992, p. 13.

(24) Conklin (1991), p. 7.

TABLEAU 6
INDICATEURS DE SANTÉ

	Canada	États-Unis
Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances vivantes, 1985)	7,9	10,5
Taux de mortalité de la mère (pour 100 000 naissances vivantes, 1984)	3,2	8,0
Espérance de vie à la naissance (hommes, 1985)	71,9	71,2
Espérance de vie à la naissance (femmes, 1985)	79,0	78,2

Source: Beth C. Fuchs et Joan Sokolovsky, « The Canadian Health System », *CRS Report for Congress*, Service de recherche du Congrès, Bibliothèque du Congrès, 20 février 1990, p. 13.

CONCLUSION

Un survol des documents les plus récents révèle que les systèmes de santé au Canada et aux États-Unis présentent tous deux des failles et des limites. Qui plus est, une bonne partie du débat à leur sujet traduit une différence de mentalité vis-à-vis de l'intervention du gouvernement dans les soins de santé; il sera toujours difficile de réconcilier une mentalité de libre concurrence avec le principe selon lequel les soins de santé doivent être fournis en fonction de la nécessité et non de la capacité de payer. La comparaison des systèmes de santé canadien et américain devrait toutefois faire ressortir les points forts et les points faibles de chacun et aider à trouver des solutions adaptées à chacun.

Dans l'ensemble, il faut reconnaître que le Canada a atteint un équilibre entre les coûts, la qualité et l'accessibilité. Il lui faut maintenant capitaliser sur ses acquis et rendre le système plus rentable. Il reste encore aux États-Unis à rendre son système plus efficace, moins coûteux et moins sectaire. Deber résume les défis qui attendent les deux pays:

[Au Canada], on a commencé par se préoccuper de l'accessibilité et de l'universalité : Quels services sont offerts? Où? À quel coût pour le malade? Aujourd'hui, le tir a été rajusté, et on s'occupe de l'efficacité, des résultats et du rôle qui convient au gouvernement. [...] Les États-Unis, eux, ne sont pas rendus là; ils se demandent encore comment répondre aux besoins de ceux qui ont peu ou pas d'accès aux soins de santé⁽²⁵⁾.

(25) Raisa B. Deber, « Philosophical Underpinnings of Canada's Health Care System », *Canada-U.S. Outlook*, National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 42 (traduction).

En général, l'amélioration du système de santé au Canada ne passe peut-être pas par une plus grande dépendance à l'égard du secteur privé. De même, il n'est peut-être pas faisable pour le système américain de donner plus de place à l'intervention du gouvernement. Chaque pays aurait peut-être avantage à développer les bons côtés de son système en adoptant, lorsqu'il y a lieu, des caractéristiques du pays voisin.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- Bureau du comptabilité générale des États-Unis. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. Rapport au président. Comité des opérations gouvernementales, Chambre des représentants, juin 1991, 85 p.
- Butler, Stuart. « Freeing Health Care ». *National Review*, 22 décembre 1989, p. 34-36.
- Conklin, David W. « Why Canada's System is Better and Cheaper ». *Options politiques*, mai 1990, p. 15-18.
- Conklin, David W. « Health Care: What Can the United States and Canada Learn From Each Other? » *Canada-U.S. Outlook*. National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 3-19.
- Danzon, Patricia M. « Other Models and Hidden Costs ». *The American Enterprise*, vol. 3, n° 1, janvier-février 1992, p. 71-75.
- Deber, Raisa B. « Philosophical Underpinnings of Canada's Health Care System ». *Canada-U.S. Outlook*. National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 20-45.
- Fuchs, Beth C. et Joan Sokolovsky. « The Canadian Health Care System ». *CRS Report for Congress*. Service de recherche du Congrès, Bibliothèque du Congrès, 20 février 1990, 14 p.
- Haislmaier, Edmund F. « Northern Discomfort: The Ills of the Canadian Health System ». *Policy Review*, automne 1991, p. 32-37.
- Kosterlitz, Julie. « A Sick System ». *National Journal*, 15 février, 1992, p. 376-388.
- Lowther, William. « Medicare to the Rescue ». *Maclean's*, vol. 105, 13 janvier 1992, p. 32-39.
- Marmor, Theodore R., « National Health Care: Is Canada the Model System? » *Current*, n° 341, mars-avril 1992, p. 12-16.
- McCready, Douglas J. « Don't Copy Canada's Health Care System ». *Options politiques*, octobre 1991, p. 8-10.

Naylor, David. *The Canadian Health Care System: an Overview and Some Comparisons with America*. Université de Toronto, Département de Médecine, 1991, 31 p.

Neuschler, Edward. « Is Canadian-Style Government Health Insurance the Answer for the United States Health Care Cost and Access Woes? » *Canada-U.S. Outlook*, National Planning Association, vol. 2, n° 4, septembre 1991, p. 46-73.

Pfaff, Martin. « Differences in Health Care Spending Across Countries: Statistical Evidence. » *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, n° 1, printemps 1990, p. 1-69.

Santerre, Rexford E., Stephen G. Grubaugh, et Andrew J. Stollar, « Government Intervention in Health Care Markets and Health Care Outcomes: Some International Evidence ». *The Cato Journal*, vol. 11, n° 1, printemps/été 1991, p. 1-12.

Service de recherche du Congrès. *Health Insurance and the Uninsured: Background Data and Analysis*. Bibliothèque du Congrès, mai 1988, 172 p.