

Pour faciliter la lecture, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice versa, si le contexte s'y prête. Par ailleurs, l'expression *infirmière autorisée* englobe les titres réservés *infirmière immatriculée* et *infirmière*.

## LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA

### POSITION DE L'AIIC

La santé est un des droits fondamentaux de tout être humain. L'accès aux services de soins de santé fait partie des conditions nécessaires à la santé. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est d'avis qu'un système de santé sans but lucratif financé par le secteur public constitue la façon la plus efficiente et la plus rentable de donner à tous les Canadiens et toutes les Canadiennes accès à des services de santé.

L'AIIC appuie les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : administration par le secteur public, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. L'AIIC est d'avis que le gouvernement fédéral doit continuer de jouer un rôle central dans le financement du système de santé et l'application uniforme des principes de la loi dans tout le pays. Les administrations fédérale, provinciales, territoriales et locales doivent conjuguer leurs efforts de façon constructive pour fournir un financement qui garantit à tous les Canadiens, peu importe où ils vivent, un accès raisonnable et opportun à un éventail approprié de services de santé qui produisent des résultats de qualité pour les patients. Le financement des services pourra dépasser les soins médicaux et hospitaliers pour refléter les pratiques de soins de santé de l'ère moderne, ainsi que l'éventail des fournisseurs de soins de santé et des besoins en santé dans tous les éléments du continuum des soins. Les services doivent inclure, par exemple :

- un programme national d'assurance-médicaments qui tient compte des habitudes d'établissement d'ordonnances, de l'établissement du prix des médicaments et de l'équité de la couverture dans tout le continuum des soins et d'une administration à l'autre;
- des services de soins à domicile qui gardent les gens en bonne santé chez eux, ce qui réduit le nombre d'admissions et raccourcit la durée des séjours coûteux à l'hôpital;
- des programmes de prévention des maladies et des blessures, de réadaptation, de santé publique, de santé mentale et de mieux-être qui favorisent la vie saine, préviennent et gèrent mieux les maladies chroniques et allègent le fardeau financier imposé par la maladie;
- des services de soutien du vieillissement chez soi et des soins de longue durée.

L'AIIC est vouée à la prestation de soins de santé de qualité à tous et toutes en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer. L'AIIC est d'avis que le financement des soins de santé privés entraînera des iniquités sur le plan de l'accès aux soins et ne réglera pas le problème de la montée des coûts des soins de santé dans le système public du Canada. L'AIIC exhorte le gouvernement à mettre fin à toute privatisation du financement des soins de santé et à protéger l'accès universel aux services de santé et les normes élevées de soin au Canada.

L'AIIC est d'avis que notre système de santé sans but lucratif financé par le secteur public est viable lorsqu'il est mieux géré financièrement. Une gestion financière efficace est tributaire de budgets prévisibles. C'est pourquoi l'AIIC conseille vivement aux gouvernements de s'engager à établir des cadres budgétaires pluriannuels qui permettent de planifier à plus long terme et aussi d'être flexible et à l'écoute de nouveaux enjeux et d'innovations en santé.

---

Les soins financés par le secteur public obligent à produire des rapports et à rendre des comptes. Les gouvernements doivent établir et appliquer des politiques qui garantissent que les budgets de la santé sont dépensés de façon efficace et efficiente. Il faut mettre davantage l'accent sur la mesure des extrants et des résultats afin de veiller à ce que les Canadiens en obtiennent pour leur argent. Le secteur de la santé doit, aux échelons national, provincial, territorial, local et régional, analyser l'impact des décisions financières et des politiques sur la sécurité des patients, la qualité des soins et l'exercice de la profession. Il faut informer le public de l'effet de ces décisions et de ces politiques.

Il faut élaborer les politiques sur le financement des services de santé en consultant les intervenants clés, y compris les membres du public.

Pour maintenir l'efficacité et l'efficacités du système de santé sans but lucratif financé par le secteur public, il faut aussi adopter comme il se doit les innovations dans l'organisation et la prestation des services de soins de santé. L'AIIC appuie l'innovation dans l'utilisation des technologies et des processus qui accroissent la productivité, améliorent la qualité des soins et réduisent les coûts. L'AIIC se réjouit de la mise au point de modèles de soins qui maximisent les retombées des connaissances théoriques et pratiques des infirmières autorisées et des infirmières praticiennes, favorisent la continuité des soins et des soignants et la qualité des soins fournis aux patients, et concentrent les efforts sur la prévention et une meilleure prise en charge des maladies chroniques. L'adoption de nouvelles technologies, ce qui comprend les médicaments, les méthodes diagnostiques et les thérapies, doit reposer sur des données probantes et des évaluations solides. On exhorte les gouvernements à appuyer l'innovation en affectant davantage de fonds aux technologies, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, ainsi qu'à la recherche et à l'évaluation.

Enfin, les gouvernements doivent investir dans les déterminants sociaux de la santé comme l'éducation, l'emploi et d'autres facteurs qui réduisent les disparités au niveau du revenu, améliorent l'état de santé et réduisent la demande de services de santé.

## CONTEXTE

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont responsables conjointement de la conception et de l'administration du système de santé. Le gouvernement fédéral doit administrer la *Loi canadienne sur la santé* – mesure fédérale qui prévoit la prestation de services d'assurance-maladie financés par le secteur public. La loi incarne les valeurs et les principes de l'assurance-maladie :

- intégralité : tous les services médicaux et hospitaliers nécessaires sont couverts;
- universalité : les services sont disponibles pour tous les citoyens assurés;
- accessibilité : les citoyens ont accès à tous les services de soins de santé couverts dans des conditions uniformes, sans égard à leur capacité de payer;
- administration par le secteur public : le gouvernement est le seul payeur pour tous les services assurés;
- transférabilité : les citoyens sont couverts d'un bout à l'autre du Canada.

Les services assurés couverts par la *Loi canadienne sur la santé* (services médicalement nécessaires fournis à l'hôpital ou par des médecins) sont financés presque exclusivement par le secteur public. Outre les services assurés, les provinces et les territoires fournissent aussi un éventail de services de santé à leur propre discrétion. Ces services non assurés varient d'un bout à l'autre du Canada et sont financés en totalité ou en partie par les gouvernements des provinces ou des territoires.



---

Le Canada a un système à payeur unique pour tous les services assurés. Les hôpitaux sont des établissements sans but lucratif et la plupart des services médicaux sont fournis en pratique privée.

Le financement de l'État a représenté environ 70 % du total des dépenses de santé au Canada durant la dernière décennie<sup>1</sup>. La tranche restante de 30 % des dépenses totales est financée par le secteur privé, soit par l'assurance privée, soit par les dépenses directes. Les dépenses financées par le secteur privé découlent en grande partie de thérapies qui ne sont pas couvertes par la *Loi canadienne sur la santé* – optométrie, soins dentaires, soins à domicile, physiothérapie et produits pharmaceutiques, par exemple. Dans deux grands rapports fédéraux en 2002 – *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*<sup>2</sup> et *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*<sup>3</sup> – on a recommandé de moderniser la *Loi canadienne sur la santé* et d'élargir les services assurés et financés par le secteur public pour tenir compte du transfert de la prestation des soins en dehors de l'hôpital.

Les dépenses consacrées à la santé ont augmenté considérablement au cours des dernières années. La montée régulière de la demande de services de santé au Canada a concentré de plus en plus d'attention sur les coûts de prestation des services en question. Le pourcentage du produit intérieur brut (PIB) du Canada consacré aux services de santé payés par les secteurs public et privé a varié de 8,9 % en 1996 à un total projeté de 10,7 % en 2008<sup>4</sup>, un sommet dans l'histoire du pays. Les hôpitaux représentent le pourcentage le plus important des dépenses, mais leur part du total des dépenses est tombée de 45 % au milieu des années 70 à 28 % en 2008<sup>5</sup>. Les dépenses en médicaments sont passées de 9,5 % du total en 1985 à un pourcentage prévu de 17,4 % en 2008; il s'agit d'un des éléments des dépenses de santé qui connaît la croissance la plus rapide<sup>6</sup>.

En ce qui concerne les dépenses totales de la santé par habitant (dépenses publiques et privées), le Canada s'est classé au cinquième rang sur 23 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2006, derrière les États-Unis, la Norvège, la Suisse et le Luxembourg<sup>7</sup>. Par ailleurs, le Canada s'est classé dixième parmi les pays de l'OCDE pour les dépenses de santé du secteur public en pourcentage du PIB<sup>8</sup>.

Le besoin de services de santé des Canadiens changera avec le temps et le financement du système de santé par l'État doit faciliter l'analyse et la planification continues afin de répondre aux besoins futurs dans le domaine de la santé. Les données montrent que l'augmentation de l'assurance-maladie privée ou le financement privé ne réduit pas les coûts des soins de santé. Une étude de l'utilisation de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE montre que : (a) les pays qui offrent d'importantes solutions de rechange sous forme d'assurance-maladie privée affichent les dépenses de santé totales les plus élevées par habitant; (b) l'assurance-maladie privée n'a pas réduit considérablement le fardeau financier pour l'État; (c) là où l'assurance-maladie privée joue un rôle de premier plan, on constate des iniquités au niveau de l'accès pour ceux qui n'ont pas d'assurance privée<sup>9</sup>.

---

<sup>1</sup> (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2008)

<sup>2</sup> (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002)

<sup>3</sup> (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002)

<sup>4</sup> (ICIS, 2008)

<sup>5</sup> (ICIS, 2008, p. xiii)

<sup>6</sup> (ICIS, 2009, pp. v, 3)

<sup>7</sup> (ICIS, 2008)

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> (Organisation de coopération et de développement économiques, 2004)



La Commission Romanow a rejeté le concept de l'augmentation de la prestation de services à but lucratif dans le secteur privé comme solution pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de santé. La commission a recommandé que les gouvernements veillent à ce que le système public ait une capacité suffisante pour fournir à tous les Canadiens des services d'une accessibilité universelle, solution qui respecte davantage les principes de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>10</sup>. Dans les comparaisons des soins de santé à but lucratif et sans but lucratif, les soins de santé à but lucratif sont caractérisés par des effectifs inférieurs, des résultats moins bons pour la santé et des taux plus élevés de mortalité chez les patients<sup>11</sup>. L'augmentation de la prestation à but lucratif des soins de santé pourrait aussi rendre le Canada vulnérable aux défis posés par les accords commerciaux qui pourraient mettre en danger la norme de soin dans le système de santé du Canada<sup>12</sup>.

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AIIC  
Septembre 2009*

### Références :

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*. Rapport final. Vol. 6. Ottawa : auteur.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa : auteur.

Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C., Burns, K. W., Haines, T., Stringer, B., Cook, D. J., Walter, S. D., Sullivan, T., Berwanger, O., Bhandari, M., Banglawala, S., Lavis, J. N., Petrisor, B., Schunemann, H., Walsh, K., Bhatnagar, N. et Guyatt, G. H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis [version électronique]. *British Medical Journal*. Extrait le 17 août 2009 de [http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/aug04\\_2/b2732](http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/aug04_2/b2732)

Devereaux, P. J., Choi, P. T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., Lavis, J., Grant, B., Haslam, D., Bhandari, M., Sullivan, T., Cook, D., Walter, S., Meade, M., Khan, H., Bhatnagar, N. et Guyatt, G. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for profit and private not-for profit hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(11), 1399-1406.

Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2008*. Ottawa : auteur.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2008*. Ottawa : auteur.

Organisation de coopération et de développement économiques. (Septembre 2004). *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*. [Exposé stratégique]. Paris : auteur.

---

<sup>10</sup> (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002)

<sup>11</sup> (Devereaux, Choi, Lacchetti, et coll., 2002; Comondore, Devereaux, Zhou, et coll., 2009)

<sup>12</sup> (Rachlis, 2004; Priest, Rachlis et Cohen, 2007)



---

Priest, A., Rachlis, M. et Cohen, M. (2007). *Why wait: Public solutions to cure surgical waitlists*. Vancouver : BC Health Coalition et Centre canadien de politiques alternatives.

Rachlis, M. (2004) *Prescription for Excellence: How Innovation is Saving Canada's Health Care System*. Toronto : Harper Collins.

**Voir aussi :**

Publication de l'AIIC :

*La prochaine décennie : la vision de l'AIIC d'un avenir en santé* (2009)

Énoncé de position de l'Association of State and Territorial Health Officials :

*A Transformed Health System for the United States in the 21st Century* (2008)

Énoncé de position de Médecins canadiens pour le régime public :

*Activity-Based Funding in Canadian Hospitals and Other Surgical Facilities* (2008)

Prise de position du Conseil international des infirmières :

*Services de santé accessibles financés par des fonds publics* (2001)

**Remplace :**

*Le financement du système de santé du Canada* (2001)

EP-108

