

Chapitre 3

Relever les défis de la réforme du système de santé

Le système public de santé du Canada (Medicare) offre gratuitement, à tous les résidents, des soins d'excellente qualité pour les services définis par la loi comme essentiels. La qualité des traitements et les résultats globaux au plan de la santé sont bons et la population apprécie en particulier sa notion d'équité. Toutefois, les pressions pour une maîtrise des coûts de santé sont constantes. L'affectation de ressources limitées en soins de santé s'opère par le biais de restrictions de l'offre, souvent sous la forme de listes d'attente pour les services électifs car le facteur prix ne joue aucun rôle. Par suite de l'évolution passée du système de santé canadien, quelques-uns des coûts qui augmentent le plus rapidement, notamment les coûts au titre des produits pharmaceutiques et des soins à domicile, sont largement sortis du programme Medicare. En dépit de l'égalité d'accès aux soins de santé, on observe une certaine inégalité des résultats sanitaires qui donne à penser qu'il convient d'accorder une attention plus grande à d'autres déterminants (sociaux) de la santé. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, les contraintes devraient s'accroître au Canada, tant à moyen terme du fait des déficits engendrés par la crise qu'à plus long terme et plus durablement, une population vieillissante nécessitant beaucoup plus de services. En même temps, la croissance de l'assiette fiscale nécessaire pour financer ces services ralentit et le progrès technologique continue d'augmenter l'espérance de vie et sa qualité de vie. L'objectif devrait être de compléter la maîtrise descendante de l'offre par une plus grande responsabilisation et par l'utilisation d'incitations au niveau microéconomique, qui sont les deux principaux moyens de promouvoir l'efficacité et la qualité et, donc, la viabilité des systèmes.

Le Canada s'enorgueillit d'un système de santé public et universel, offrant des services de grande qualité mais pour un coût en ressources relativement élevé. Bien que leur système de santé soit l'un des plus décentralisés de la zone OCDE et que l'implication directe de l'échelon fédéral (hormis pour le financement) soit faible, les Canadiens lui accordent une grande importance en tant que socle de valeurs pancanadiennes partagées d'une société juste. Au Canada comme dans les autres pays de l'OCDE, les soins de santé sont devenus une préoccupation majeure des politiques publiques dans le sillage d'une croissance persistante et non planifiée des dépenses de santé rapportées au PIB. En l'absence d'adaptations, les coûts devraient augmenter inexorablement au cours des prochaines décennies du fait du vieillissement démographique, du progrès technologique et de l'évolution des prix relatifs, faisant peser sur les budgets publics un fardeau potentiellement non viable. Les soins de santé sont donc étroitement liés aux problèmes budgétaires examinés dans le chapitre 2. Par définition, des réformes axées sur la viabilité des soins de santé contribuent à l'objectif de viabilité budgétaire. De fait, une situation budgétaire dégradée pourrait ouvrir la voie à des réformes fondamentales qu'un grand nombre de provinces canadiennes ont éludées jusqu'ici.

Pour atteindre à long terme les objectifs multiples de soins de santé accessibles, de grande qualité et d'un coût abordable, il faudra compléter le contrôle macro-budgétaire par des micro-incitations efficaces visant l'offre et la demande de soins. Ces réformes suscitent un attrait grandissant dans d'autres pays de l'OCDE mais nombre de Canadiens les envisagent encore avec appréhension, estimant qu'elles vont à l'encontre des objectifs d'équité. Les questions de fond ci-dessous apparaissent comme les plus pertinentes pour le Canada :

- **Gratuité des services.** La surconsommation et/ou la surfacturation des soins de santé est encouragée par le défaut de signal-prix dans le programme Medicare. L'absence de ticket modérateur ou de franchise pour les soins de santé publics universels distingue le système canadien de ceux de tous les autres pays de l'OCDE (le Royaume-Uni excepté). La solution, que l'on s'accorde à considérer comme étant le talon d'Achille du système, a été le rationnement par le biais de longs délais d'attente pour certains traitements, car les considérations budgétaires limitent les augmentations possibles de l'offre. De plus en plus, les pays de l'OCDE envisagent de facturer des sommes modiques pour encourager une utilisation plus responsable des services par les patients et soulager les craintes du contribuable quant à la viabilité du système. Mais au Canada, les redevances d'utilisation pour les services hospitaliers et médicaux assurés vont à l'encontre des principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).
- **Absence d'incitations à faire des économies.** Une mise en concurrence des prestataires de services de santé permettrait probablement de faire plus d'économies, forçant les fournisseurs à être plus performants pour décrocher les marchés publics. Les législations provinciales assurent la pérennité des monopoles publics centralisés par des interdictions en bloc du financement privé des services Medicare, ce qui entrave leur contestabilité. Les médecins fixent leurs honoraires dans le cadre d'un duopole de

négociation avec les gouvernements provinciaux tout en jouissant d'une autonomie totale dans leur choix des traitements et leur mode d'organisation. Les budgets des hôpitaux sont encore trop souvent établis sur une base historique qui ne permet guère de récompenser l'efficacité. L'entrée dans le système des hôpitaux privés pour réduire les files d'attente et stimuler la concurrence a suscité la controverse, en dépit du fait que la LCS n'interdit pas aux provinces de recourir à des prestataires privés pour fournir des services médicaux, dès lors que les personnes assurées ne se voient pas facturer des services couverts.

- **Financement fragmenté.** Tous les services, autres que médicaux et hospitaliers, notamment les produits pharmaceutiques, les soins de longue durée ou les soins à domicile et les services thérapeutiques, sortent du cadre de Medicare. En dépit des filets de sécurité publics mis en place par les provinces et des assurances privées proposées par les employeurs, les défauts de couverture sont fréquents et les paiements à la charge des utilisateurs peuvent être élevés. Avec un financement segmenté par secteur, les incitations non superposables tout au long du continuum de soins peuvent empêcher une division optimale du travail pour un patient donné et une intégration efficace des services pour un épisode de maladie donné. Il n'est pas certain que tous les services véritablement nécessaires puissent être offerts à un prix abordable dans le cadre de Medicare. Face à ce dilemme, le gouvernement peut devoir imaginer un panier légal (ou un minimum décent) de soins déterminé par la volonté du public d'acquitter les impôts nécessaires. En règle générale, si des mesures sont prises pour élargir l'accès, des dispositions complémentaires s'imposent alors pour maîtriser les coûts.
- **Déficits d'information.** Des progrès considérables ont été accomplis dans l'élaboration de bases de données nationales sur la santé, notamment par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et par Statistique Canada, si bien que les données du Canada dans ce domaine sont parmi les meilleures au monde. Toutefois, les efforts d'évaluation des politiques sont entravés par l'insuffisance de données publiques sur les performances des systèmes de santé provinciaux (par exemple sur les coûts unitaires, les volumes et la qualité), mais aussi de données cliniques sur les résultats des traitements. Cette pénurie est en partie technique ; elle est liée à un retard, par rapport à d'autres secteurs et d'autres pays, dans l'adoption de technologies de l'information et de la communication (TIC) en matière de soins de santé. Les ministères de la Santé, responsables de près de la moitié des dépenses globales des provinces, peuvent ne pas disposer des capacités d'analyse appropriées. Mais des problèmes de transparence se posent également : sauf à y être poussés par des mécanismes de contrôle effectifs, les ministères de la Santé des provinces ne sont peut-être pas très désireux d'exposer au grand jour les faiblesses de leurs systèmes et les médecins d'être soumis à des examens minutieux. Les incitations à la responsabilisation devraient être examinées.

Ce chapitre cherche des solutions à ces défis pour la réforme du système de santé canadien, en s'appuyant sur une somme de connaissances et de données d'expérience au Canada et dans les pays de l'OCDE. Il se décompose comme suit. La première section décrit le cadre institutionnel du financement et de l'organisation des soins de santé au Canada. La seconde examine l'évolution de la performance. La troisième analyse les principales implications pour l'action des pouvoirs publics et la dernière section formule un certain nombre de recommandations essentielles.

Politique et cadre institutionnel

Les soins de santé relèvent principalement de la responsabilité des provinces mais ils sont financés conjointement avec l'échelon fédéral (principalement *via* les transferts), ce qui est souvent source de conflits. Les modes de financement sont nettement segmentés entre les différents sous-secteurs : pour les services médicaux et hospitaliers (Medicare, environ la moitié du total), l'accès universel et public prend la forme d'une couverture dès le premier dollar ; pour tous les autres services, un système variable de financement mixte public-privé est prévu. Dans le contexte de l'OCDE, le système canadien apparaît donc comme un système hybride juxtaposant des éléments d'un système à payeur unique et régulation forte et des éléments de décentralisation, de financement privé et de mécanismes de marché.

Le Canada dans une perspective internationale

Le système public universel (Medicare)

Au Canada, le système de santé public universel Medicare couvre tous les résidents éligibles des provinces et territoires pour les services hospitaliers et médicaux définis comme médicalement nécessaires, et il est presque entièrement financé par les recettes publiques générales (principalement au titre des impôts sur le revenu des personnes physiques, sur les sociétés et sur les ventes). Le Canada apparaît unique parmi les pays de l'OCDE sur deux points importants : i) il couvre uniquement les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, alors que la plupart des systèmes publics universels de la zone OCDE offrent une couverture plus exhaustive englobant les médicaments délivrés sur ordonnance et les soins dentaires ; et ii) à l'inverse, il n'y a pas de participation à la dépense privée pour les services couverts, ce qui serait considéré comme une violation du principe d'accessibilité de la LCS, alors que la plupart des autres systèmes publics universels des pays de l'OCDE imposent aux patients de régler le montant du ticket modérateur au moins pour les consultations de médecins, et autorisent la souscription d'une assurance-maladie privée pour couvrir cette participation aux frais et/ou des prestations complémentaires de confort (aménités¹, choix du prestataire), mais aussi parfois pour éviter d'avoir à faire la queue pour l'obtention de services publics (tableau 3.1). La couverture des soins médicaux au Canada est donc « étroite mais profonde » (Marchildon, 2010).

Ces caractéristiques mettent en évidence deux atouts et deux points faibles du système canadien. La haute priorité donnée à l'équité, dans la mesure où l'on peut dire qu'il n'existe pas de barrière financière à l'accès aux services couverts, est un avantage déterminant. Le système de santé est un instrument majeur de redistribution des ressources, non seulement des personnes en bonne santé vers les personnes malades mais aussi des riches vers les pauvres *via* la progressivité de l'impôt qui le finance. En revanche, seuls sont couverts les services répondant à la définition traditionnelle des soins, ce qui peut avoir des effets de distorsion du marché en favorisant ces formes de soins par rapport à d'autres plus innovantes. La gratuité de ces services aggrave l'aléa moral et accroît le recours aux files d'attente comme mode de rationnement. Enfin, alors que la plupart des pays de l'OCDE réussissent à intégrer le financement privé au cœur du système public de santé, au Canada le panier de services publics est effectivement coupé de l'influence du financement privé, ce qui renforce le monopole de financement de l'État et limite fortement la contestabilité de l'offre publique².

Tableau 3.1. **Couverture de l'assurance-maladie publique et ticket modérateur dans les sept plus grands pays de l'OCDE**

2008-09

	Soins aigus à des patients hospitalisés	Soins primaires externes et consultations de spécialistes	Produits pharmaceutiques	Soins dentaires
Canada	Pas de ticket modérateur	Pas de ticket modérateur	Ticket modérateur¹, 25-49 %	Non couverts
France	Ticket modérateur, 1-24 %	Ticket modérateur, 25-49 %	Ticket modérateur, 25-49 %	Ticket modérateur, 50-99 %
Allemagne	Ticket modérateur (faible)	Ticket modérateur, 1-24 %	Ticket modérateur, 1-24 %	Ticket modérateur, 1-24 %
Italie	Pas de ticket modérateur	Ticket modérateur, 1-24 %	Pas de ticket modérateur	Ticket modérateur
Japon	Ticket modérateur, 25-49 %	Ticket modérateur, 25-49 %	Ticket modérateur, 25-49 %	Ticket modérateur, 25-49 %
Royaume-Uni	Pas de ticket modérateur	Pas de ticket modérateur	Pas de ticket modérateur ²	Ticket modérateur, 1-24 %
États-Unis (Medicare 2010)	Franchise, 1 000 USD ³	Ticket modérateur, 20 %	Ticket modérateur, (Partie B, 20 %)	Non couverts

1. Plans-médicaments non uniformes des provinces couvrant certaines populations.
2. En Angleterre, un paiement fixe de 7.20 GBP par ordonnance est exigible. Toutefois, les patients de moins de 16 ans (moins de 19 ans s'ils suivent des études à plein-temps) ou de plus de 59 ans obtiennent des médicaments sur ordonnance gratuitement, et il existe aussi des exemptions pour les personnes souffrant de certaines maladies, notamment le cancer, ainsi que les personnes à bas revenus et celles à qui l'on a prescrit des contraceptifs. En Irlande du Nord, en Écosse et au pays de Galles, les paiements par ordonnance sont supprimés ou en voie de l'être.
3. Pour des séjours d'au maximum 60 jours. Coassurance de 275 USD par jour entre 60 et 90 jours, de 550 USD par jour entre 90 et 150 jours et intégralement à la charge du patient au-delà de 150 jours.

Source : OCDE, *Panorama de la santé 2009* et US Department of Health and Human Services.

Les systèmes de santé européens reposant sur le principe de l'assurance sociale, qui tendent à être moins redistributifs mais sont intégrés dans des filets de protection sociale plus robustes, ont dans l'ensemble adopté une approche éclectique des soins publics de santé et se montrent plus disposés à expérimenter des réformes inspirées des États-Unis pour accroître la productivité de leur système de santé (Blomqvist, 2002). Lors des crises budgétaires passées, le Canada était disposé à sacrifier la capacité de son système de santé mais il n'a pas transigé avec le principe de la gratuité des services, alors que la Finlande et la Suède engageaient le secteur privé à assumer une part plus grande du coût de leur système de santé (Evans, 2001). Comme nous le verrons, les systèmes européens reposant sur le principe de l'assurance sociale peuvent offrir davantage de services pour un montant de dépenses à peu près équivalent à celui du Canada (et même inférieur sur une base ajustée selon l'âge), alors que les systèmes à planification centrale du Royaume-Uni et du Japon ont des problèmes d'accès analogues mais un montant moindre de dépenses. Le Canada pourrait améliorer sa position en la matière en s'inspirant de l'expérience d'autres pays.

Le système public de santé du Canada (Medicare et segments à financement public des services non-Medicare, voir ci-après) se distingue en outre par sa décentralisation pratiquement totale au profit des provinces, qui découle naturellement d'un fédéralisme très développé. Parmi les systèmes de santé des pays de l'OCDE, seul celui de l'Italie est aussi complètement décentralisé, même si dans toute la zone OCDE on a observé une nette tendance à la décentralisation au cours des 40 années écoulées, marquées par une croissance rapide des dépenses publiques de santé. Cette expansion a surpassé celle du PIB et fortement réduit la part des autres dépenses dans les dépenses publiques totales. Tandis que de nombreux facteurs y ont contribué (le progrès technologique, par exemple), la décentralisation elle-même, en dépit de ses mérites, pourrait être un de ces facteurs dans la mesure où elle engendre des problèmes de coordination qui se traduisent par des contraintes budgétaires faibles, susceptibles d'être particulièrement importantes dans le secteur des soins de santé, étant donné sa forte visibilité et sa sensibilité politique ; de fait, là où les administrations infranationales dépendent fortement des transferts centraux, les

dépenses de santé ont augmenté à vive allure. Toutefois, les transferts fédéraux que reçoivent les provinces canadiennes, une fois rapportés à leurs recettes totales, sont plus modérés que dans beaucoup d'autres pays décentralisés ; autrement dit, le « déséquilibre budgétaire vertical » est plus limité (Crivelli *et al.*, 2010). Cela a pu contribuer à maîtriser la croissance des dépenses publiques, encore que les niveaux demeurent élevés.

La contribution du financement privé (non-Medicare)

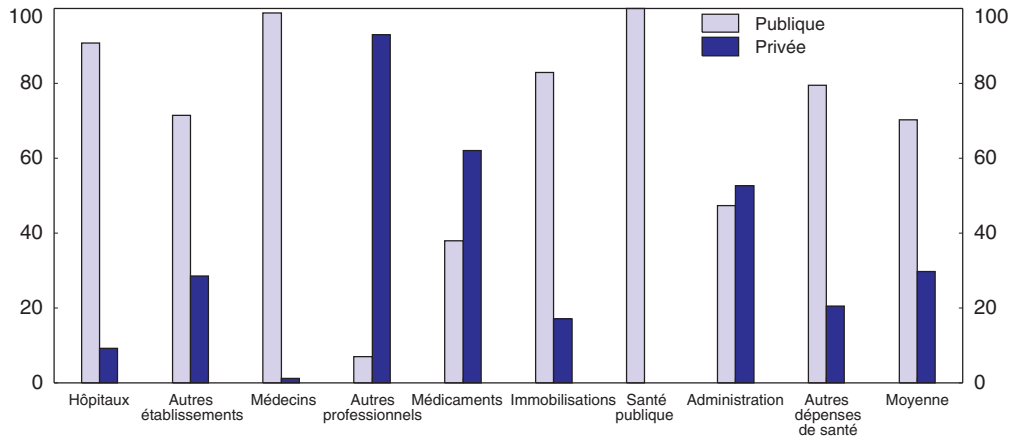
Les services ne relevant pas de Medicare, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas fournis dans des hôpitaux ou par des médecins, sont couverts à la fois par des prestations provinciales et par une assurance-maladie privée fiscalement déductible, prise en charge par l'employeur pour les salariés. Pour ces services, certaines personnes n'ont qu'une protection minimale voire nulle ; c'est le cas, par exemple, des travailleurs pauvres, des salariés des petites entreprises, des travailleurs indépendants ou des personnes d'âge actif et des couples n'ayant aucun lien avec le marché du travail, même si beaucoup d'entre eux ont accès aux prestations provinciales complémentaires (par exemple en faveur des bénéficiaires de l'aide sociale) et si les individus dépourvus d'assurance-maladie prise en charge par l'employeur peuvent souscrire directement une assurance-maladie privée. Dans les plans provinciaux de Pharmacare, les retraités qui ne bénéficient pas de l'assistance-vieillesse sont souvent contraints de prendre à leur charge jusqu'à 50 % de leurs dépenses de médicaments. Cela pose des problèmes d'équité mais aussi d'efficacité dans la mesure où les personnes dans l'incapacité financière de se faire traiter pour des pathologies naissantes risquent de les laisser s'aggraver au point de nécessiter des soins aigus dont le coût pour la collectivité est élevé. Les produits pharmaceutiques, et en particulier les autres services professionnels assurés en dehors de l'hôpital par des non-médecins (pharmaciens, dentistes, optométristes, thérapeutes, personnel soignant et infirmier dispensant des soins primaires) sont donc assez fortement financés par le privé (graphique 3.1), mais à des degrés variables d'une province à l'autre. Globalement, du fait de la couverture relativement étroite du programme Medicare, la part de l'assurance privée est l'une des plus élevées de l'OCDE mais la part du financement public est inférieure à la moyenne OCDE (70 % contre 72 % ; graphique 3.2).

Relations fiscales fédérales


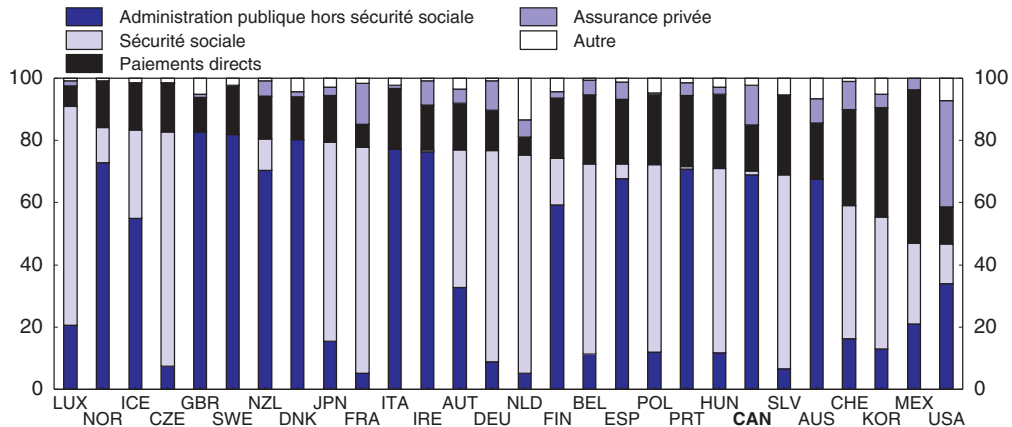
Les dispositions fédéralistes de la Constitution canadienne attribuent la responsabilité première des dépenses de santé aux provinces et territoires, mais par convention ces dépenses sont financées en partie par les transferts fédéraux. En général, la décentralisation présente plusieurs avantages potentiels : elle peut rendre le système de santé plus réactif aux besoins locaux et plus responsable à l'égard du contribuable, stimuler la concurrence de référence entre juridictions car les citoyens « votent avec leurs pieds » et encourager l'expérimentation en compensant les rigidités de la centralisation. La concurrence de référence n'est guère développée au Canada du fait de l'absence d'informations sur les prix et les usagers. Au pire, la décentralisation pourrait générer des doublons institutionnels, l'incapacité à obtenir des économies d'échelle et affaiblir la maîtrise des coûts et l'obligation de reddition de comptes en cas de chevauchements de responsabilités (Joumard *et al.*, 2010). La responsabilité provinciale est relativement élevée au Canada dans la mesure où il existe une ligne de démarcation nette entre les responsabilités fédérales et provinciales en matière de dépenses. Par ailleurs, un déséquilibre budgétaire vertical relativement faible devrait enrayer la tendance à imputer les problèmes à l'insuffisance du financement fédéral. En

Graphique 3.1. **Parts publique et privée des dépenses totales de santé par utilisation des fonds**


Pourcentage, 2009



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320314>Graphique 3.2. **Composition du financement dans une sélection de pays de l'OCDE**En pourcentage des dépenses totales
2008 ou dernière année disponible

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320333>

revanche, l'obligation de reddition de comptes risque d'être atténuée par la négociation des transferts fédéraux, comme c'est le cas dans d'autres États fédéraux (l'Italie, par exemple, voir OCDE, 2007) où l'autonomie de dépense n'est pas totalement compensée par une responsabilité de financement. Si les provinces étaient responsables du financement intégral des soins de santé, cela les inciterait au contraire à rechercher des gains d'efficacité pour ne pas avoir à augmenter les impôts, mesure impopulaire s'il en est, mais cela aggraverait le problème de l'hétérogénéité de la capacité fiscale relative des provinces.

Le rôle du gouvernement fédéral

Le rôle principal du gouvernement fédéral, dont la mise en œuvre est dévolue au ministère fédéral de la Santé, Santé Canada, est d'établir les grands principes exprimant les valeurs partagées de la Nation et encourageant sa cohésion, et de prendre sa part du fardeau financier que représente l'offre de soins de santé des provinces par le biais des transferts fédéraux aux provinces et territoires, qui sont son principal levier d'action. La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 établit les conditions du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Ces conditions, à savoir l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité (pas de frais d'utilisation ou de dépassement d'honoraires), la portabilité (la couverture suit la personne au-delà des frontières des provinces), l'administration publique (des plans d'assurance financés par le secteur public) sont l'expression d'un ensemble de principes nationaux suffisamment vague pour permettre toutes les interprétations (encadré 3.2). Santé Canada charge le ministère des Finances Canada d'opérer des déductions sur le TCS de toute province dont il estime qu'elle a violé l'une de ces conditions. Le dépassement d'honoraires, c'est-à-dire le fait de facturer un service donné à un patient au-delà de son taux de remboursement par Medicare, est l'une des raisons de la rétention de paiements au titre du TCS, et ces pénalités obligatoires ont été imposées à la suite de notifications par l'intéressé (en l'espèce, la Colombie-Britannique), ou pour d'autres raisons. L'une d'elles était le non-respect de la réglementation fédérale relative aux cliniques privées, c'est-à-dire le fait de percevoir des frais d'établissement pour des services lorsque les honoraires du médecin sont couverts par le régime provincial d'assurance-maladie, ces frais étant alors considérés comme des redevances d'utilisation (Boychuk, 2008).

Outre ses obligations d'administration des transferts aux provinces en matière de santé et d'application des normes sanitaires nationales qui leur sont associés, Santé Canada est directement responsable du financement, de l'administration et de l'offre de certains services aux Premières nations vivant dans des réserves et aux Inuit. Il est également en charge de la santé publique (importante campagne de lutte contre le tabagisme), de la sécurité des aliments et des produits, des données et des recherches sur la santé, l'objectif du Canada étant de devenir l'une des cinq grandes nations mondiales dans ce domaine³. D'autres administrations et agences fédérales ont aussi des responsabilités en matière de santé vis-à-vis de groupes spécifiques tels que les forces armées canadiennes, la Gendarmerie royale du Canada, les demandeurs d'asile et les prisonniers fédéraux⁴. La réglementation du marché des produits pharmaceutiques est un autre domaine important de l'activité fédérale (voir plus loin).

Le rôle des provinces dans l'administration et l'offre de soins de santé

Les dix provinces et les trois territoires (ci-après appelés collectivement les « provinces ») sont totalement autonomes et responsables du financement (en sus des transferts fédéraux), de la couverture et de l'organisation des services de santé pour leurs résidents. Cette responsabilité englobe la collecte de données, le suivi des performances et les politiques de main-d'œuvre et d'immigration⁵. Pour les services Medicare, un juste degré de cohérence est appliqué par les conditions imposées par la LCS/le TCS. La plupart des provinces ont mis en place des réglementations qui maintenaient les cinq conditions de la LCS, tandis que la Colombie-Britannique en a rajouté une sixième, celle de la viabilité (jusqu'ici mal définie). Les provinces sont en concurrence pour les ressources humaines en soins de santé et les patients peuvent se rendre dans une autre province pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux couverts, en vertu du critère de transférabilité inscrit dans

la LCS, ces soins étant remboursés par la province de résidence, même si leurs coûts sont plus élevés, bien qu'une autorisation préalable puisse être nécessaire. On peut donc dire qu'il existe au Canada treize systèmes publics d'assurance-maladie distincts et, dans une certaine mesure, concurrents, même s'ils ont de nombreux points communs. Étant donné l'étroite interdépendance des politiques, ainsi que le degré élevé d'autonomie, une grande importance est accordée aux mécanismes de collaboration fédérale-provinciale, et notamment à la conférence des ministres de la Santé de la Fédération, des provinces et des territoires, et aux organismes pancanadiens chargés de la coordination des données et de la politique (Marchildon, 2010)⁶.

Pour les services hors Medicare, l'autonomie des provinces est plus grande car il n'y a pas de standards nationaux à appliquer, ce qui autorise un large éventail de systèmes mixtes public-privé. Les provinces et territoires fournissent à leurs résidents une gamme de services et prestations supplémentaires, indépendamment des services hospitaliers et médicaux. Ces prestations n'entrent pas dans le champ de la LCS, et peuvent donc être assurées selon les modalités et conditions décidées par chaque province et territoire. Ces prestations comprennent généralement des services tels que la fourniture de médicaments sur ordonnance (en dehors des hôpitaux), les soins de la vue et les soins dentaires, et peuvent être ciblées sur des groupes spécifiques, par exemple les personnes âgées ou les bénéficiaires de l'aide au revenu. Les résidents non couverts par les prestations supplémentaires peuvent obtenir une assurance-maladie privée, normalement par l'intermédiaire de leur employeur, sinon ils doivent payer eux-mêmes ces services.

Réformes provinciales

La réforme s'est déroulée essentiellement en deux temps. Dans un premier temps (1988-96), et en particulier au début des années 90, les finances fédérales ont été assainies et les coupes sombres opérées dans les transferts ont contraint les provinces à faire des économies en matière de santé. Cette phase s'est caractérisée par une rationalisation importante des moyens physiques et humains ; elle a été complétée par des réformes visant à améliorer la qualité des soins de santé et à passer d'une politique coûteuse de traitements et de soins en milieu hospitalier à des pratiques efficaces de soins primaires intégrés et de promotion du mieux-être (Marchildon, 2005). Cette phase s'est accompagnée de la création dans les provinces⁷ de régies régionales de la santé (RRS), de la constitution de l'ICIS et d'investissements dans les technologies de l'information. Les RRS sont devenues simultanément propriétaires des hôpitaux et acheteurs de leurs services. En démantelant effectivement la capacité des collectivités locales à bloquer les fermetures d'hôpitaux, la création des RRS a démontré que le gouvernement canadien pouvait dégager un consensus sur les problèmes prioritaires de la dette et de la réduction des déficits (Church et Smith, 2006). Par conséquent, le transfert de la gestion de la santé des provinces aux niveaux régionaux s'est accompagné d'une recentralisation des pouvoirs de l'échelon municipal au niveau régional/provincial. L'exception majeure à ce modèle a été l'Ontario, où les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), créés en 2005 seulement, ont maintenu la séparation entre les organes d'administration et les hôpitaux, autrement dit une dissociation des fonctions achat et prestation que l'on ne trouve pas dans les autres provinces. Dans tous les cas, la rémunération des médecins et les médicaments sur ordonnance sont restés sous le contrôle centralisé des ministères de la Santé, ce qui a restreint le champ d'action des RRS (et des RLISS) en matière d'affectation.

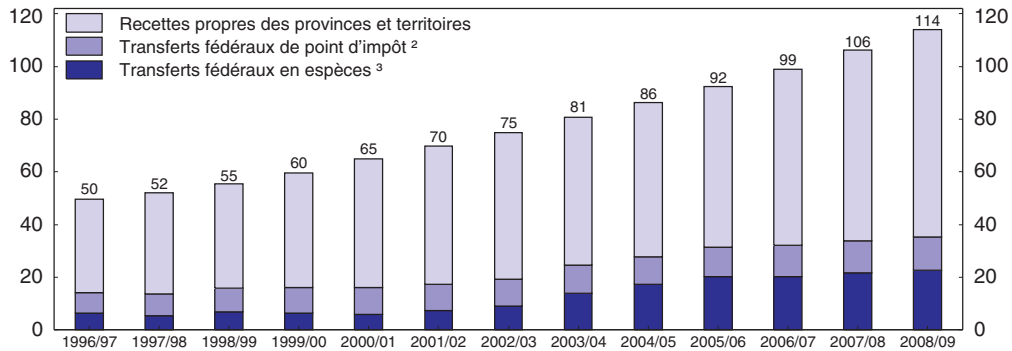
La deuxième grande phase de la réforme a débuté en 1997 avec la réduction de la dette et l'assainissement budgétaire ; elle a duré au moins jusqu'à la récession de 2008-09. Contrairement à la première phase, elle a été marquée par une forte progression des dépenses publiques de santé, avec une tendance au financement spécial pour « acheter » les réformes. En dépit des réinvestissements en matériel et ressources humaines des provinces, les réductions de capacité antérieures dans le secteur des soins aigus n'ont jamais été compensées, alors que la demande a progressé plus vite que prévu, en particulier dans les domaines de la chirurgie orthopédique et de l'imagerie diagnostique de pointe, d'où l'émergence d'une demande excédentaire dans ces secteurs. Dans les années 2000, les craintes quant à la viabilité du système ont donné lieu à toute une série de rapports tant au niveau provincial que fédéral. Les rapports fédéraux (dirigés par MM. Kirby et Romanow) recommandaient d'engager plus de dépenses nécessaires et socialement souhaitables, faisant observer que le défi budgétaire était moins urgent dans une période d'excédents croissants (TD Economics, 2010). Un nouveau financement fédéral généreux a suivi, mais il a effectivement supprimé l'urgence d'une maîtrise des coûts et atténué les pressions exercées sur les provinces pour les inciter à poursuivre plus énergiquement la réforme du secteur de la santé (Boothe et Carson, 2003). Après l'augmentation des financements fédéraux, même des réformateurs impatientes comme l'Alberta et la Saskatchewan ont suspendu leurs réformes fiscales (comme le proposaient respectivement les rapports Mazankowski et Fyke). De même, les réformes pro-privatisation au Québec (rapport Castonguay) ont été dans un premier temps mises en sommeil⁸.

Le financement provincial des soins de santé

Globalement, les dépenses de santé des provinces sont financées à hauteur de deux tiers environ par la fiscalité générale et d'un tiers par le TCS (transfert monétaire fédéral) et les transferts de points d'impôt (réduction en points de pourcentage de l'impôt fédéral qui permet aux provinces d'augmenter dans la même proportion les taxes provinciales) (graphique 3.3 et encadré 3.1). Le TCS a été réduit unilatéralement par le gouvernement fédéral lors de la crise budgétaire du milieu des années 90, puis rétabli en 2004 par un accord entre l'État fédéral et les provinces. Ce financement en accordéon des soins de santé a été dommageable pour la confiance du public dans la capacité du gouvernement à gérer les soins de santé et, on l'a vu, il a suscité des inquiétudes récurrentes quant à la viabilité du système et entraîné des délais d'attente persistants. La récession de 2008-09 a donc conduit le gouvernement fédéral à annoncer rapidement que l'assainissement budgétaire ne se ferait pas sur le dos du TCS. Le budget 2010 a confirmé que le gouvernement ne réduira pas les principaux transferts tels que le TCS, et que celui-ci continuera de croître jusqu'en 2013-14 comme prévu par la législation.


La taxation générale est, de loin, la principale source de revenus des provinces. La variabilité conjoncturelle de cette taxe se répercute sur les dépenses de santé. Dans certaines provinces, notamment la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec (à compter de mi-2010) et auparavant l'Alberta, une petite partie des soins de santé (environ 15 % en Colombie-Britannique, par exemple) est financée par une prime « soins de santé » non affectée, qui est perçue directement en Colombie-Britannique, mais par le biais de l'impôt sur le revenu dans l'Ontario et au Québec. Cette prime est moins cyclique que les autres impôts et ses effets de distorsion sont moindres, bien qu'elle soit sous conditions de ressources. Les différences structurelles de capacité fiscale des provinces ne se traduisent généralement pas par des disparités au niveau des systèmes de santé, telles que mesurées

Graphique 3.3. **Financement notionnel des dépenses de santé des provinces**
Milliards CAD¹



1. Les chiffres au-dessus des barres sont tirés des données de l'ICIS sur les dépenses de santé des provinces et des territoires. Ils sont ramenés à l'exercice pour permettre des comparaisons avec les transferts fédéraux au titre de la santé.
2. On suppose que pour la période 1996/97- 2003/04, 67,9 % des transferts de points d'impôt ont été alloués aux provinces (transferts de points d'impôt sur le revenu des personnes physiques et des sociétés dans le rapport Dépenses fiscales et évaluations) et que ce taux est tombé ensuite à 62 %. Ces données sont ramenées à l'exercice.
3. On estime que pour la période 1996/97- 2002/03, 43 % du transfert global en matière de santé et de programmes sociaux a été alloué et que pour les exercices 2003/04 et 2004/05, ce taux a été de 62 % ; à compter de l'exercice 2005/06, les données sur le transfert canadien en matière de santé sont tirées du Soutien fédéral aux provinces et aux territoires (ministère des Finances).

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009* ; ministère des Finances du Canada, *Soutien fédéral aux provinces et aux territoires, Tableaux de référence financiers et Dépenses fiscales et évaluations*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320352>

par les niveaux de dépenses par habitant. Une partie de cette différence structurelle est compensée par les transferts fédéraux de péréquation (voir chapitre 2), tandis que les fluctuations conjoncturelles (hautement corrélées d'une province à l'autre) sont partiellement lissées par le TCS, qui dépend principalement de la population, et les points d'impôt des soins de santé incluent aussi un élément de péréquation. Néanmoins, le fardeau fiscal pour les personnes physiques et les entreprises du financement des standards nationaux en matière de santé est plus lourd pour les provinces plus pauvres et dépourvues de ressources naturelles (Orr, 2010). L'Alberta, qui est la province la plus riche mais aussi celle dont le niveau de dépenses de santé par habitant est le plus élevé, consacre 7 % de son PIB à la santé tandis que le Québec, qui a le niveau le plus faible de dépenses par habitant, lui consacre néanmoins 12 % de son PIB, et l'Île-du-Prince-Édouard (IPE) qui est la province la plus démunie, 16 % (tableau 3.2). L'une des raisons des grandes disparités des dépenses par habitant est le différentiel du vieillissement démographique. Au Québec et dans les Provinces orientales, le vieillissement est beaucoup plus rapide que dans l'Ouest canadien.

Incitations et modes de rémunération des prestataires

La manière dont se fait la transmission de l'argent tout au long de la chaîne de financement est peut-être au moins aussi importante que la source ultime de financement ; elle est même cruciale pour inciter acheteurs, prestataires et utilisateurs des soins de santé à plus de transparence et d'efficacité. En particulier, les incitations intégrées aux modes de rémunération des prestataires ont des implications majeures pour la performance des systèmes de santé.

Encadré 3.1. **Le Transfert canadien en matière de santé (TCS)**

Le TCS est un transfert global fédéral qui n'est que théoriquement lié aux dépenses de santé des provinces. La création du transfert global d'origine remonte à 1977 avec la mise en place du Financement des programmes établis (FPE), qui a remplacé la formule antérieure de participation à la dépense de l'État fédéral à hauteur de 50 % pour les dépenses des provinces au titre des services médicaux et hospitaliers, mais aussi de l'éducation. La moitié environ du transfert antérieur de participation à la dépense, qui se faisait intégralement en espèces, a été remplacée par le transfert permanent de points d'impôt fédéral (points de pourcentage du prélèvement fédéral au titre de l'impôt sur les sociétés et de l'impôt sur le revenu des personnes physiques levés dans la province). La part résiduelle en espèces ne devait plus se fonder sur les dépenses de santé effectives mais sur la population majorée d'un facteur d'ajustement pour l'inflation de manière à accroître la prévisibilité pour l'État fédéral et sa responsabilité financière vis-à-vis des provinces (Deber, 2009). Mais alors que le gouvernement fédéral comptabilise le transfert de points d'impôt dans son transfert global en matière de santé, les provinces ont eu tendance à voir dans le transfert monétaire résiduel une réduction des droits acquis. En outre, pour combler les déficits fédéraux, le gouvernement fédéral a modifié unilatéralement et à plusieurs reprises les conditions du transfert monétaire : en 1986 le mécanisme d'indexation a été ramené aux taux de croissance du PIB moins 2 %, en 1989 au taux de croissance du PIB moins 3 %, et en 1990 il a été totalement supprimé.

En 1996, le gouvernement fédéral a décidé de réduire encore d'environ 15 % les transferts monétaires en regroupant le FPE et les anciens transferts au titre de l'aide sociale au sein du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le TCSPS ne comportait pas de mécanisme d'indexation, mais le montant minimum du transfert monétaire a été relevé en 1997-98, et le transfert a été enrichi par une série de compléments monétaires au titre des soins de santé et du développement de la petite enfance en 2000, 2003 et 2004. En 2004, le TCSPS a été restructuré et éclaté en deux transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), la santé recevant désormais une fraction plus importante du transfert global total établie sur la base des schémas de dépenses des provinces. Avec la reprise de l'activité économique et l'assainissement des finances publiques, un Transfert de 16 milliards CAD visant la réforme des soins de santé, destiné à appuyer les réformes en matière de soins primaires, de soins à domicile et de couverture des médicaments de type catastrophique, a été approuvé et confirmé dans le budget 2003. Au bout de cinq ans, ce financement, soit 3.2 milliards CAD par an, devait être intégré au TCS et toute affectation supprimée. L'accord de 2004 a confirmé ces priorités et le Transfert visant la réforme des soins de santé a été incorporé dans le TCS en 2005/06. En outre, dans le cadre de l'accord de 2004, un mécanisme d'indexation au taux de 6 % par an fondé sur la base de 19 milliards CAD du TCS pour 2005/06 a été adopté pour la période 2003/04-2013/14. Des fonds spéciaux ont été créés par les accords, notamment l'Initiative fédérale sur les délais d'attente, d'un montant de 4.25 milliards CAD sur cinq ans, et le Transfert annuel de 250 millions CAD au titre des délais d'attente (à partir de 2009-10), qui vient à expiration en 2013-14. Toutefois, la récession de 2008-09 et l'accroissement de l'endettement ont semé le doute sur la capacité du gouvernement fédéral à maintenir un rythme aussi rapide d'augmentation du TCS lorsque le présent accord arrivera à expiration, même si les provinces insistent sur la nécessité de le maintenir.

Tableau 3.2. **Dépenses totales de santé et couverture par province**
2008

	Population (milliers)	PIB par habitant (CAD)	Dépenses de santé par habitant		Pourcentage financé sur fonds publics	Variation annuelle moyenne des dépenses publiques de santé par habitant		Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales du programme	
			(CAD)	% du PIB		1998 ¹ /2008	1998 ¹ /2008	1997 ²	2008
			<i>dont :</i>						
Terre-Neuve-et-Labrador	506	61 758	5 532	9.0	76.9	7.6	10.5	33	39
Île-du-Prince-Édouard	139	33 159	5 224	15.8	72.1	7.5	4.3	33	42
Nouvelle-Écosse	937	36 503	5 504	15.1	70.4	7.2	6.5	42	48
Nouveau-Brunswick	747	36 635	5 329	14.5	71.1	7.3	4.2	34	42
Québec	7 753	38 979	4 654	11.9	71.4	5.8	3.4	39	45
Ontario	12 936	45 440	5 314	11.7	68.2	6.3	3.0	49	52
Manitoba	1 206	42 147	5 560	13.2	74.2	6.9	8.9	45	43
Saskatchewan	1 014	62 656	5 495	8.8	77.5	7.2	7.9	45	45
Alberta	3 596	80 997	5 795	7.2	73.2	8.3	6.0	37	42
Colombie-Britannique	4 384	45 150	5 024	11.1	70.6	5.4	3.5	38	44
Yukon	33	57 368	7 586	13.2	78.4	7.5	5.4	19	22
Territoires du Nord-Ouest	44	116 720	9 564	8.2	83.3	6.1	10.8	26	27
Nunavut	32	50 659	11 561	22.8	93.7	9.0	7.6	24	29

1. Exercices 1999/2000 pour l'Ontario, les Territoires du Nord-Ouest et Nunavut, 2003/04 pour le Manitoba et 1998/99 pour la Colombie-Britannique.

2. 1999 pour le Québec et la Colombie-Britannique ; 2000 pour l'Ontario, les Territoires du Nord-Ouest et Nunavut ; 2004 pour le Manitoba.
Source : Statistique Canada ; ICIS (2009), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009* ; ministère des Finances du Canada (2009), *Tableaux de référence financiers* et calculs de l'OCDE.

Délégation aux RRS/aux hôpitaux de la responsabilité des budgets de santé

Les ministères provinciaux de la Santé reçoivent leur enveloppe budgétaire des ministères des Finances qui contrôlent ultérieurement leurs dépenses selon le processus politique habituel de hiérarchisation prévu dans les budgets des provinces. Ils transfèrent aux régies régionales de la santé (RRS) une partie de ces budgets qui est affectée principalement au paiement de la part (environ 50 %) des budgets de fonctionnement des hôpitaux autre que la rémunération des médecins, les investissements et le réseau de soins de ville (polycliniques, soins à domicile et de longue durée, etc.). Dans la plupart des provinces, les budgets régionaux sont établis sur la base des coûts historiques majorés d'un taux d'inflation (généralement de 2 %). Une grande partie de la pression en faveur de plus de financement vient des régions et remonte jusqu'au contribuable canadien via un système de lobbying de la province pour obtenir une augmentation du TCS. En Colombie-Britannique, en Ontario (RLISS), au Québec et au Nouveau-Brunswick, les RRS ont engagé activement le secteur privé dans des partenariats public-privé (PPP) pour des projets d'investissements hospitaliers ; le modèle préféré est le modèle conception, construction, financement et entretien d'établissements. Comme pour toute comptabilisation d'éléments hors bilan, il comporte un risque important de passifs publics éventuels.

Habituellement, les budgets de fonctionnement des hôpitaux sont établis sur la base de leurs dépenses historiques majorées de l'inflation, à l'image de la procédure de budgétisation des RRS, et sans processus de passation de marchés. L'Ontario s'est engagé dans une autre direction, le processus de passation de marchés ayant été rendu possible par la dissociation des fonctions achat et prestation dans sa structure régionale : les RLISS

passent avec chacun des hôpitaux se trouvant sur leur territoire des contrats de services spécifiant les conditions qui régissent une utilisation prudente et efficace de l'argent des contribuables. L'Ontario apparaît comme la province ayant les meilleurs résultats en termes de réduction des temps d'attente dans les hôpitaux (tableau 3.8).

Plusieurs provinces ont commencé à expérimenter avec des budgets régionaux basés sur la population, souvent corrigée de la structure démographique. Les budgets établis sur la base d'une formule tendent à donner de meilleurs résultats que ceux établis sur la base des coûts historiques car ils permettent d'éviter le risque d'affectations budgétaires inadéquates dans l'année de référence qui récompenseraient les régions non performantes et pénaliseraient les régions performantes. Ils éliminent également l'incitation perverse à dépenser chaque année le plus possible (ou à dissimuler les gains d'efficacité) de manière à préserver la base de dépenses historiques. Toutefois, excepté en Alberta et en Saskatchewan, ils ont mis longtemps à s'enraciner. En Colombie-Britannique, une étude a montré que le fait de prendre comme niveau de référence les dépenses historiques conduit à surfinancer la région de la capitale et à sous-financer les trois autres, mais la réponse des politiques publiques a été de n'offrir qu'un financement marginal basé sur une formule plus équitable reposant sur la population (Vancouver Island Health Authority, 2008). Un autre problème peut être que l'ajustement au risque par des structures d'âge et de sexe simples ne permet de saisir qu'une infime partie des disparités effectives de besoins d'une région à l'autre, contribuant à la persistance d'inégalités dans l'affectation régionale (Deber *et al.*, 2008). Toutefois, pour opérer des ajustements appropriés, il faut avoir plus d'informations et d'expertise et peut-être augmenter considérablement ses coûts administratifs.

De même, on a observé, notamment en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario, l'amorce d'une évolution vers une budgétisation par activité, c'est-à-dire vers un paiement des services dispensés à l'hôpital sur la base de coûts unitaires prospectifs, ce qui est plus conforme aux tendances internationales. Cette méthode encourage une offre efficace même si elle accroît le risque budgétaire sauf à le plafonner à l'intérieur d'une enveloppe de dépenses. Des investissements lourds en termes d'évaluation des coûts, de détermination des éventails de pathologies, de catégorisation correcte des épisodes de traitement, d'évaluation et de suivi des performances seront probablement nécessaires mais, même dans ces conditions, il subsiste des risques importants de manipulation du système (par un reclassement des diagnostics). Là encore, l'expérience de la Colombie-Britannique est riche d'enseignements. Ces cinq dernières années, un financement marginal substantiel de ses régions a été subordonné à la réalisation d'objectifs spécifiques de services, en particulier à des réductions des temps d'attente pour une sélection de procédures. Certaines indications montrent que cela a stimulé les gains d'efficacité dans les régions désignées (les affectations budgétaires se faisant sur la base des objectifs de volume multipliés par le coût standard) mais au prix d'une nouvelle réduction de la capacité des RRS à allouer les ressources en fonction des besoins locaux. Des besoins criants de moyens pour soigner les maladies mentales et les pathologies chroniques ont probablement été négligés au profit d'un trop grand nombre de chirurgies du genou et de la hanche et d'opérations de la cataracte (VIHA, 2008).

L'évolution vers une budgétisation axée sur la performance (rémunération au résultat, P4P) semble également inéluctable, comme l'ont amplement démontré les innovations britanniques et américaines dans ce domaine. Aux États-Unis, on recensait en 2005 115 programmes de soins aigus de type P4P tandis qu'en Angleterre 25 % des

paiements effectués aux médecins de premier recours étaient liés à des critères de performance alors que les performances des hôpitaux sont désormais publiées. Habituellement, la rémunération au résultat rémunère les prestataires de services sur la base de la qualité plutôt que de la quantité comme dans le cas du financement par activité. Là encore, cette méthode suppose une grande quantité d'informations et un suivi effectif des travaux. Hôpitaux et médecins risquent de sélectionner les patients pour lesquels le risque de faire des complications est moindre et la probabilité d'atteindre les objectifs fixés par P4P plus grande. Les objectifs de processus ne seront peut-être pas moins risqués que les objectifs de production, car le strict respect des protocoles de traitement peut ne pas être approprié pour chaque patient et donc empêcher des innovations souhaitables. Ces risques doivent être mis en balance avec les avantages correspondants. Le Canada avance avec prudence ; plusieurs régions de Colombie-Britannique accordent des paiements modestes pour une prise en charge en temps voulu des urgences et une évolution vers des modèles intégrés d'offre de soins primaires, comme cela se fait dans d'autres provinces. La publication des performances pourrait être plus efficace car elle stimulerait la concurrence entre les hôpitaux en termes de renommée, comme le donne à penser l'expérience des États-Unis et du Royaume-Uni.

Rémunération des médecins

Dans chaque province, les médecins dispensant aussi bien des soins primaires que des soins aigus facturent les services rendus au système public d'assurance-maladie et sont payés directement par le ministère de la Santé. Dans la plupart des provinces, les patients ne voient jamais aucune facture et n'ont aucune idée du coût des services qu'ils reçoivent. Les médecins, y compris les médecins hospitaliers, sont rémunérés à l'acte. Le niveau de leur rémunération est négocié entre le ministère et les différents syndicats de médecins (représentant les généralistes et les différentes spécialités). Le pouvoir de négociation des médecins est grand, car ils sont attirés par les salaires élevés et les opportunités intéressantes qui leur sont offerts aux États-Unis, et sont fortement soutenus par le public. Généralement, les négociations portent sur les salaires et les médecins ont réussi à obtenir des augmentations généreuses de leurs honoraires pendant le boom économique de la fin des années 90 et du début des années 2000. Le revenu des médecins canadiens est supérieur à la moyenne OCDE. Toutefois, il incombe également aux médecins d'internaliser les contraintes du système Medicare lorsque le contexte budgétaire est plus difficile et, en ce sens, on peut considérer que leurs honoraires sont réglementés par les provinces. Dans les budgets de crise des années 90, par exemple, la plupart des provinces ont plafonné les revenus globaux des médecins avec des clauses de récupération fiscale de fait. Au contraire, le modèle normalement utilisé des contrats publics régleme les honoraires plutôt que les revenus, le bailleur de fonds public prenant le risque de volumes de services excessifs.

Plusieurs provinces ont expérimenté d'autres modes de rémunération tels que le salariat et la capitation, étant donné que la rémunération à l'acte a été liée à une demande induite par le fournisseur. Ces autres formes de rémunération représentent aujourd'hui près d'un quart du total des paiements effectués aux médecins canadiens, mais on n'a pas suffisamment d'informations pour procéder à leur évaluation : tandis que des paiements incitatifs importants étaient accordés pour encourager ces systèmes, l'absence de facturation de la rémunération à l'acte faisait que les volumes d'activité n'étaient pas enregistrés. Si un financement spécial n'est pas encouragé de façon continue, on ne sait

pas très bien si les programmes parviendront à s'autofinancer. De tout temps, les médecins ont préféré la rémunération à l'acte et ils n'ont été véritablement motivés par la capitation que lorsque les budgets plafonnaient les revenus globaux de la facturation à l'acte. Maintenant que ces plafonds ont été supprimés, on ne sait pas très bien s'ils seront prêts à accepter les risques de la capitation. En tout état de cause, il sera important de garder une trace des volumes traités par le biais de registres de facturation fictifs pour éviter une offre de services éventuellement insuffisante dans ces régimes.

Les pressions en faveur de la modernisation de l'offre et de l'élimination des « silos » de soins primaires (c'est-à-dire des unités atomisées et très faiblement coordonnées, notamment des cabinets individuels et des points d'entrée multiples dans le système qui génèrent pertes de temps et d'information, tests en double, erreurs, etc.), qui sont perçus comme des obstacles à des prestations régulières et efficaces, ont été grandes (Deber, 2003). D'aucuns voient dans la demande d'intégration de ces « silos » un moyen de réduire le nombre des admissions dans les hôpitaux et de faire face au nombre grandissant de maladies chroniques. Toutefois, les RRS n'ont qu'une capacité limitée à orienter les incitations dans le sens souhaité car les flux de financement des médecins les court-circuitent totalement. De surcroît, l'existence de flux de financement séparés pour les autres professionnels de santé, qui doivent souvent être payés à titre privé s'ils ne veulent pas travailler à l'hôpital, rend difficile l'encouragement des cabinets de groupe impliquant de déléguer à des professionnels de santé moins bien rémunérés les tâches plus simples effectuées par les médecins.

Paiement et remboursement des produits pharmaceutiques

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux (à l'exception de celui du Québec) subventionnent l'assurance privée d'entreprise pour les médicaments vendus sur ordonnance (laquelle peut couvrir également les soins dentaires et d'optique), dans la mesure où elle n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu des personnes physiques⁹. Ces aides sont régressives puisqu'elles profitent de manière disproportionnée aux travailleurs plus riches et ayant un emploi. Pour bon nombre d'entreprises, en particulier pour les grandes entreprises dans lesquelles la mutualisation des risques dans un régime de groupe est plus facile, ces avantages sont un élément de compétitivité pour attirer les travailleurs. La couverture offerte par les gouvernements provinciaux varie considérablement mais pour les médicaments génériques la plupart prévoient des filets de sécurité pour les pauvres et les personnes âgées et/ou une couverture de type catastrophique pour l'ensemble de la population avec un plafond (élevé) de coûts à la charge du patient en pourcentage du revenu. Le plan pharmaceutique du Québec est le seul qui soit universel via la souscription obligatoire d'une assurance-médicaments sur ordonnance à travers un ensemble de régimes privés sociaux et hautement régulés (sur le modèle du système suisse)¹⁰. Au niveau national, les programmes publics assurent une couverture à un tiers environ de la population, tandis que près de la moitié de la population d'âge actif est affiliée à des régimes privés d'assurance-médicaments dans le contexte de groupes liés à l'emploi (Morgan, 2008a). On estime que 10 à 20 % de la population canadienne n'a pas de couverture médicaments et que bon nombre d'autres Canadiens ont sans doute une couverture insuffisante (Morgan, 2008a)¹¹. Dans la mesure où les médicaments utilisés dans les hôpitaux sont entièrement pris en charge par Medicare, les médecins sont incités à maintenir les patients à l'hôpital plus longtemps que nécessaire pour leur permettre de bénéficier gratuitement de médicaments onéreux (Morgan, 2008b).

Au niveau fédéral, les prix des médicaments brevetés sont réglementés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, en fonction des facteurs définis dans la *Loi sur les brevets*. Ces facteurs sont le prix auquel le médicament a été vendu sur le marché pertinent au Canada, les prix des autres médicaments de même classe thérapeutique, les prix auxquels le médicament et les autres médicaments de même classe thérapeutique ont été vendus dans les pays de comparaison (le prix retenu pour un médicament étant souvent son prix médian dans sept pays de comparaison), les variations de l'indice des prix à la consommation, et tous autres facteurs pouvant être mentionnés dans le Règlement sur les médicaments brevetés. Si le prix intérieur est jugé excessif, le Conseil peut ordonner au titulaire du brevet de restituer l'excédent de bénéfices accumulé (en abaissant le prix du médicament en cause ou celui d'un autre médicament, ou en effectuant un versement au profit de l'État fédéral). Les nouveaux médicaments doivent obtenir une autorisation fédérale de mise sur le marché se fondant sur un examen de leur sûreté, de leur efficacité et de leur qualité.

Il existe 13 régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux, ainsi que des régimes publics financés par l'administration fédérale. La prise de décision pour l'inscription des médicaments sur les formulaires des régimes publics d'assurance-médicaments s'appuie sur le programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), processus fédéral/provincial/territorial géré par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Le PCEM conduit des examens objectifs et rigoureux de l'efficacité clinique et du rapport efficacité-coût des médicaments, et présente des recommandations d'inscription sur les listes aux régimes d'assurance-médicaments financés sur fonds publics (Québec excepté). Le PCEM éclaire et appuie les décisions des régimes d'assurance-médicaments en offrant un accès équitable à des informations actuelles fondées sur des faits et à des avis d'expert. Les recommandations du PCEM sur l'opportunité ou non d'inscrire un médicament dans les formulaires des régimes publics d'assurance-médicaments ne sont pas contraignantes pour les juridictions participantes. Les régimes d'assurance-médicaments participants prennent en considération les recommandations du PCEM dans le contexte de leur mandat, de leurs priorités, de leurs ressources et de leurs besoins juridictionnels, avant de prendre une décision définitive sur la liste de prestations et la couverture. Les hôpitaux établissent leurs propres formulaires pharmaceutiques et payent des prix de gros peu élevés (couverts par Medicare), mais ils ne représentent qu'une petite partie de la consommation totale de médicaments. Les régimes privés d'assurance-médicaments peuvent offrir une couverture plus large que les régimes publics, dans le cadre d'un accord global négocié sur les prestations aux salariés. Les prix des génériques sont déterminés par le marché mais ils sont parmi les plus élevés du monde (voir plus loin).

Jusqu'en 2003, le Canada avait les délais les plus longs de la zone OCDE (Japon excepté) en matière d'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments, mais depuis la situation s'est beaucoup améliorée avec la mise en œuvre d'une politique fédérale de fixation d'objectifs pour le raccourcissement des délais les plus longs (Paris et Docteur, 2007). Toutefois, des scandales récents ont conduit à se demander si désormais la délivrance des autorisations n'est pas trop hâtive et trop influencée par les essais cliniques de l'industrie pharmaceutique (Deber, 2008), même si d'autres observateurs insistent sur le fait que le processus ne permet pas encore un accès suffisamment rapide aux nouveaux traitements (Skinner et Rovere, 2009). D'aucuns craignent également que l'utilisation de groupes de produits pour réglementer les prix des médicaments brevetés ne décourage l'innovation.

Financement des soins à domicile

Le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé a identifié les soins à domicile comme l'une des trois priorités de l'aide financière fédérale ciblée des cinq années suivantes. Mais comme les groupes d'intérêts concernés par les soins à domicile n'étaient pas particulièrement forts, les médecins et le régime d'assurance-médicaments se sont taillé la part du lion en matière de financement parce que la répartition des fonds entre les trois catégories a été laissée aux provinces, et que les hôpitaux sont à même d'avoir accès à ces fonds après l'arrivée à expiration de l'affectation des crédits le 1^{er} avril 2009 (Motiwala et al., 2005). Chaque province a son propre programme de soins à domicile. Toutes les provinces offrent actuellement des services professionnels (soins infirmiers et prise en charge), des services d'entretien (nettoyage, cuisine et autres) et des services d'aide à la personne (c'est-à-dire d'aide pour les activités de la vie quotidienne, AVQ), qu'elles sous-traitent normalement à des entreprises privées de maintien à domicile ou à des professionnels de santé indépendants tels que des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). La concurrence dans ce domaine devrait être possible s'agissant de services peu qualifiés (d'où moins de barrières à l'entrée). L'expérience de l'Ontario montre qu'en réponse aux attributions sur appels d'offres donnant à penser qu'il y avait pénurie de compétences, les salaires des IA ont eu tendance à augmenter, même si ces augmentations ont été limitées par la présence sur le marché des soins à domicile de prestataires à but lucratif, alors que les salaires des IAA moins qualifiées ont manifestement baissé (Zarnett et al., 2009). L'admissibilité à l'aide de professionnels repose principalement sur le besoin, tandis que dans la plupart des provinces l'admissibilité sous conditions de ressources pour les services de maintien à domicile (l'Alberta facture aux bénéficiaires un taux horaire uniforme de 5 dollars CAD) et les listes d'attente sont monnaie courante.

Comme convenu dans le cadre du Plan, les provinces ont défini un panier minimum de services financés sur fonds publics concernant les soins aigus à domicile de courte durée, les soins palliatifs/de fin de vie et les soins communautaires aigus de courte durée aux malades mentaux. Les dépenses privées des personnes non admissibles à l'aide publique ou les dépenses engagées pour compléter l'offre publique de services effectivement reçus sont prédominantes. Les soins à domicile sont l'une des composantes des soins de santé qui augmentent le plus rapidement, avec les produits pharmaceutiques et les technologies médicales. Les soins post-aigus ont fortement augmenté avec les fermetures de lits d'hôpitaux et les sorties accélérées, et la demande de soins de longue durée devrait fortement s'accroître du fait de la montée des taux d'invalidité et du vieillissement démographique. Les politiques publiques n'accordent aucun financement ou aucune protection juridique spécifique aux soins à domicile comme service reconnu médicalement nécessaire et elles déplacent implicitement les coûts vers un système de versements directs et d'accords informels générant par inadvertance des inégalités d'accès, ce qui est contraire aux objectifs de la LCS. En outre, elles ne prennent pas en compte les coûts d'opportunité privés et sociaux des soignants non professionnels de premier recours dont beaucoup doivent renoncer à un emploi lucratif, non plus que les inégalités liées au sexe que cela implique généralement. Les prestations fédérales pour congés d'absence pris par des travailleurs pour dispenser des soins de fin de vie à des membres de leur famille sont un pas dans la bonne direction, mais elles ne couvrent qu'un petit sous-ensemble de besoins effectifs.

Le rôle du secteur privé dans un système financé par les fonds publics

Les médecins canadiens exercent massivement en libéral même si 99 % de leurs revenus proviennent de sources publiques. La plupart des hôpitaux sont des établissements théoriquement privés et à but non lucratif, bien que publics de fait dans la mesure où ils fonctionnent sous mandat des pouvoirs publics après la création des RRS (qui ont remplacé les conseils d'administration des hôpitaux). Les sociétés privées à but lucratif, dont le capital est détenu par des investisseurs, dominent dans le secteur de la recherche pharmaceutique. Depuis peu, des services hospitaliers de niche sont fournis par des cliniques privées spécialisées à but lucratif, mais cela a suscité une controverse.

Une certaine confusion semble régner quant au rôle légitime du secteur privé dans la LCS. En fait, la Loi ne fixe aucune limite à l'offre privée de services et ne met que peu de conditions au financement privé hormis l'interdiction de facturer des honoraires supérieurs à ceux établis par le programme Medicare (dépassements d'honoraires) et de facturer les usagers. Toutefois, l'offre privée à but lucratif de services hospitaliers est vivement contestée et pratiquement toutes les provinces ont une législation interdisant aux médecins d'offrir des services essentiels par un système mixte de contrats d'assurance publique et privée. Alors que toutes les provinces sauf l'Ontario autorisent les médecins à sortir du système public et à n'accepter que les patients privés payants, quatre provinces interdisent le recours à l'assurance privée pour le paiement de ces services tandis que deux autres limitent les honoraires admissibles aux montants fixés par Medicare ; cette dernière réglementation est particulièrement stricte et diminue grandement l'incitation à opérer en dehors du régime public. Ces entraves à la concurrence en matière de financement restreignent la concurrence au niveau de l'offre (encadré 3.2).

Encadré 3.2. La Loi canadienne sur la santé et le débat sur l'assurance/prestation privée

Les provinces ont interprété la LCS de façon étroite pour limiter de fait le financement privé des services Medicare en réglementant l'assurance privée, les pratiques de facturation et les tarifs (tableau 3.3). Selon Boychuk (2008), un examen attentif de la LCS révèle un large champ possible pour le financement privé et l'assurance des services de santé dans le cadre de la Loi. Les seules formes de financement privé clairement interdites sont les frais d'utilisation et le dépassement d'honoraires pour les services Medicare. Toutefois, si le prestataire se retire du plan provincial, il peut appliquer le tarif qu'il juge approprié. Sont également susceptibles d'être autorisés les honoraires pour service amélioré, les frais d'établissement et les frais annuels d'inscription facturés par les médecins qui offrent un ensemble de services incluant des services couverts par une assurance publique mais pour lesquels les capitaux sont d'origine privée. La LCS autorise le financement privé de services qui ne sont pas des services de santé couverts aux termes de la Loi. En outre, elle autorise les médecins à recevoir des paiements publics pour certains services couverts et des paiements privés pour des services non couverts, du moment qu'un même service n'est pas financé par les deux sources, publique et privée, ce qui équivaldrait à une facturation extra. Il est probable que de telles possibilités de paiement encourageraient un accroissement de l'offre privée de services cliniques, qu'elles donneraient aux médecins davantage de latitude pour innover et qu'elles imposeraient vraisemblablement des contraintes moindres au régime public d'assurance tout en encourageant l'efficacité de l'offre publique.

Outre l'absence de redevances d'utilisation, une caractéristique originale des régimes Medicare dans les provinces canadiennes (à l'exception notable de Terre-Neuve-et-Labrador) est le fait que les médecins sont empêchés *de facto* d'exercer à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public. Selon Flood et Archibald (2001), le principal objectif de cette interdiction n'est pas de rendre la clientèle privée illégale, mais plutôt d'empêcher que le secteur privé soit subventionné par le secteur public (tandis que d'autres pays à régime de payeur unique comme le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande autorisent les médecins à compléter

Encadré 3.2. La Loi canadienne sur la santé et le débat sur l'assurance/prestation privée (suite)

Tableau 3.3. Sources de financement privé et conformité avec la LCS

Mécanisme	Provinces où la disposition est autorisée/ en vigueur	Conformité avec la Loi canadienne sur la santé (LCS)
Ticket modérateur*	Aucune	Non conforme à la LCS.
Dépassement d'honoraires**	Aucune	Non conforme à la LCS.
Assurance privée	Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador	La LCS est muette sur l'offre/la réglementation de l'assurance privée pour les services de santé couverts.
Autorisation pour les médecins de facturer à la fois des prestations publiques et des prestations privées (double clientèle)	Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador	La double clientèle n'est pas expressément interdite par la LCS, car la réglementation de la clientèle des médecins est du ressort des provinces. Toutefois, s'il en résultait une diminution des ressources pour la santé dans le système public et, partant, une limitation de l'accès aux services de santé financés par le secteur public, cette disposition pourrait aller à l'encontre du critère d'accessibilité de la LCS. Par ailleurs, les médecins peuvent avoir une double clientèle si les soins privés concernent des services qui ne font pas partie des services couverts définis par la LCS, par exemple les services de soins cosmétiques.
Frais d'établissement (redevance d'utilisation)	***	La facturation de frais d'établissement pour des services <i>médicalement nécessaires</i> n'est pas compatible avec la LCS et est considérée comme une entrave à l'accès. De même, les frais d'établissement (perçus par des établissements privés ou publics) sont conformes à la LCS si les honoraires des médecins ne sont pas couverts par un plan public.
Supplément pour service amélioré	****	La LCS autorise les suppléments pour service amélioré si aucune nécessité médicale ne s'attache au produit ou service en cause et si un service non amélioré est disponible sans coût pour le patient. En outre, l'achat de services améliorés ne doit pas assurer un accès préférentiel aux services assurés, ni entraver l'accès aux services assurés pour ceux qui choisissent de ne pas acheter de services améliorés. Les médecins ne peuvent pas refuser l'accès en raison d'une redevance d'utilisation.
Frais annuels d'inscription	Colombie-Britannique	Un droit d'inscription annuel perçu par un médecin fournissant une combinaison de services publics et privés poserait des problèmes au regard du critère d'accessibilité de la LCS, s'il entravait l'accès à un service de santé couvert par l'assurance. Ces frais pourraient être considérés comme une redevance d'utilisation ou comme un dépassement d'honoraires.
Corridor CES	Aucune	À l'heure actuelle les comptes d'épargne-santé (CES) n'existent dans aucune province ni aucun territoire. En fonction des services couverts par un CES, il est possible que les paiements exigés pour des services financés par un CES soient considérés soit comme des dépassements d'honoraires, soit comme des redevances d'utilisation.

* Au Canada, l'imposition d'une participation aux patients (ticket modérateur) pour des services de santé assurés est contraire aux dispositions de la LCS sur les frais d'utilisation. Les provinces et territoires qui autorisent les redevances d'utilisation font l'objet de déductions obligatoires équivalentes sur leurs paiements de transfert fédéraux.

** Il y a dépassement d'honoraires lorsqu'un assuré se voit facturer par un médecin un montant s'ajoutant au prix versé par le régime provincial d'assurance-maladie.

*** Les frais d'établissement ne sont qu'un exemple de redevance d'utilisation. Les redevances d'utilisation sont définies par la LCS comme toutes redevances pour un service couvert, autres que les dépassements d'honoraires qui sont autorisés par un plan d'assurance-maladie provincial et qui ne sont pas payables par le plan.

**** Pas d'information. Toutefois, il s'agit là d'une pratique courante, et des suppléments pour service amélioré sont probablement appliqués dans toutes les provinces.

Source : Boychuk (2008) et données communiquées par les autorités canadiennes.

leurs revenus publics de base en exerçant dans le secteur privé sur la base d'une rémunération à l'acte). Les dispositions régissant le paiement privé des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sont complexes et variées :

- Les médecins qui sont sortis du système public continuent de participer à un régime provincial d'assurance-maladie (ou y sont affiliés) mais choisissent de facturer leurs patients directement. La facturation directe consiste pour le médecin à faire payer directement au patient le coût total d'un service couvert par le régime public d'assurance. Les patients peuvent ensuite se faire rembourser par le régime provincial/territorial. Les honoraires des médecins ne doivent pas dépasser le tarif provincial/territorial. Le dépassement d'honoraires étant interdit, il y a très peu d'avantages à sortir du système public.

Encadré 3.2. **La Loi canadienne sur la santé et le débat sur l'assurance/prestation privée (suite)**

- *Les médecins non affiliés* sont ceux qui choisissent d'exercer complètement en dehors du système provincial d'assurance-maladie. Dans ce cas, le médecin ne peut pas facturer la caisse provinciale d'assurance-maladie pour les services qu'il fournit, pas plus que le patient ne peut être remboursé par la caisse provinciale d'assurance-maladie pour ces services. Étant donné que les médecins non affiliés ne sont rattachés en aucune façon au régime provincial d'assurance-maladie, d'une manière générale ils peuvent appliquer à leurs patients les honoraires qu'ils jugent appropriés. À la différence des médecins qui sont sortis du système public, ils ne sont pas tenus de facturer le montant fixé dans le barème autorisé (seule exception, la Nouvelle-Écosse, où les médecins non affiliés doivent respecter le barème). Toutefois, quatre provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Québec et Île-du-Prince-Édouard) appliquent une interdiction légale de l'assurance privée pour les services couverts par l'assurance publique, de sorte que les patients qui souhaitent recevoir des soins en dehors du système public doivent régler la totalité des frais. Par conséquent, l'assurance-maladie privée n'a pas décollé même dans les provinces où elle est en principe autorisée, et seule Terre-Neuve-et-Labrador n'interdit ni ne décourage en aucune façon la couverture privée des services Medicare fournis par les médecins non-conventionnés.
- *Double clientèle* : La possibilité d'un financement privé de services couverts par l'assurance-maladie publique est étroitement liée à la capacité des médecins de combiner des sources de revenus privées et publiques, c'est-à-dire d'accéder à des flux de revenus privés et publics pour des services couverts par le régime public. Mais la plupart des provinces/territoires interdisent cette option – celle de la « double clientèle » – en exigeant légalement que les médecins exercent entièrement au sein du régime provincial d'assurance-maladie, ou entièrement en dehors de celui-ci, encore que l'Ontario leur ait interdit de sortir du système depuis 2004. En règle générale, les médecins ne sont pas aujourd'hui autorisés à exercer leur droit de se désaffilier, ou de devenir des médecins non participants, sur une base sélective, en fournissant des services de santé couverts par l'assurance publique à la fois à l'intérieur et en dehors du système public.

En 2005, le jugement rendu dans l'affaire Chaoulli par un tribunal constitutionnel a défié directement l'interdiction de vente d'assurance privée pour les services couverts par le programme Medicare au Québec, en cas de files d'attente pour un traitement. La Cour suprême du Canada avait donné raison au plaignant, déclarant que cette interdiction constituait une violation de la charte des droits et libertés de la personne du Québec. Par la suite, le Québec a introduit une législation en faveur des garanties de soins mais aussi d'un recours limité à l'assurance privée au Québec pour certaines procédures, et le gouvernement fédéral a fait des garanties de soins l'une de ses priorités. Le rapport Castonguay de 2008 relatif à la réforme du système de santé du Québec (gouvernement du Québec, 2008) a fait des contrats mixtes pour les médecins et de l'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers la pierre d'angle de sa recommandation d'alléger la pression exercée sur le système public et d'accroître son efficacité par une mise en concurrence public-privé. Toutefois, aucune initiative n'a été prise en faveur d'une facturation mixte au Québec ou ailleurs au Canada. Certains observateurs pensent que la LCS devra être amendée in fine pour permettre l'introduction de ces changements via l'adoption d'un sixième principe (en sus des cinq énumérés) de responsabilité du patient, autorisant le paiement privé si les limites imposées aux temps d'attente ne peuvent être respectées (Monahan, 2006).

La crainte de l'émergence d'un « système à deux vitesses » si l'offre et le financement privés des services essentiels devaient être libres, sous-tend le débat sur la LCS. On fait valoir bien souvent que les pathologies les moins coûteuses iraient au secteur des hôpitaux privés à but lucratif, stimulant sa rentabilité et sa capacité à attirer les talents, et que les cas difficiles et risqués et les personnels de santé les plus frileux seraient laissés au secteur hospitalier public dans lequel les personnes démunies et très malades seraient condamnées à recevoir des soins de moindre qualité. De même, les assureurs privés pourraient engranger des profits faciles en pratiquant l'écémage, gardant pour eux les patients à faible risque et laissant au secteur public les patients à haut risque (Deber, 2009). On affirme que rien ne prouve qu'une augmentation des dépenses privées réduirait les listes d'attente mais qu'elle alourdirait les coûts publics (Stabile, 2008), et au Manitoba une étude fondée sur l'expérience a montré qu'il en était ainsi (FCRSS, 2005). Plus sérieusement, peut-être, un pilier privé performant pourrait saper le soutien et la disposition des pouvoirs publics à payer pour le pilier public. Les syndicats récusent ce point de vue, arguant que l'on peut générer des profits en recrutant des travailleurs de santé non syndiqués. En outre, certains font valoir que dans la situation actuelle de pénurie de médecins que connaît le Canada, la concurrence ne peut en aucun cas jouer mais qu'elle fera plutôt monter les salaires.

Encadré 3.2. La Loi canadienne sur la santé et le débat sur l'assurance/prestation privée (suite)

Ces arguments sont discutables. Le secteur public est peut-être le lieu approprié pour des soins complexes parce qu'il est le seul à pouvoir réaliser les investissements considérables que cela suppose, que les médecins ambitieux et de talent seront toujours attirés par les cas difficiles et que les établissements de taille importante permettent des interactions professionnelles plus riches. L'écémage opéré par le secteur à but lucratif, même s'il prive le secteur non lucratif de la possibilité d'interfinancer les patients qui coûtent cher par des patients rentables, pourrait encore être bénéfique du point de vue du système s'il permet une affectation optimale des patients entre hôpitaux généraux et cliniques spécialisées (Ruseski, 2009). Des observations effectuées aux États-Unis donnent à penser que, le plus souvent, l'entrée des cliniques spécialisées dans le secteur hospitalier améliore le rapport coût-efficacité des hôpitaux à but non lucratif par le biais de la mise en concurrence sans nuire à la qualité du service (Ruseski, 2009). En Italie, la Lombardie a enregistré des gains importants d'efficacité et de qualité dans les hôpitaux publics après avoir mis hôpitaux privés et hôpitaux publics sur un pied d'égalité en les rendant également éligibles aux fonds publics, ce qui les a contraints à se faire concurrence (Stancati, 2010). Une analyse des pays de l'OCDE montre que les inégalités d'état de santé tendent à être moindres dans les trois pays (autres que les États-Unis) dont le système de santé repose sur l'assurance privée, à savoir l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse (Joumard *et al.*, 2010), ce qui dénote au moins l'absence de sérieux problèmes d'accès lorsque l'assurance privée est bien réglementée. On a aussi fait valoir que les arguments formulés à l'encontre de l'assurance et de la prestation privées, apparemment fondés sur des données probantes, présentent de fait une lecture hautement sélective de ces données, engageant des valeurs qui n'ont pas été précisées (Yeo *et al.*, 2009). Enfin, il faut reconnaître qu'ouvrir plus largement la porte à la participation du secteur privé dans la prestation de services cliniques aiderait à stimuler l'émergence de pôles de soins à haute valeur ajoutée dotés d'un énorme potentiel économique (TD Economics, 2010).

Performance du système de santé

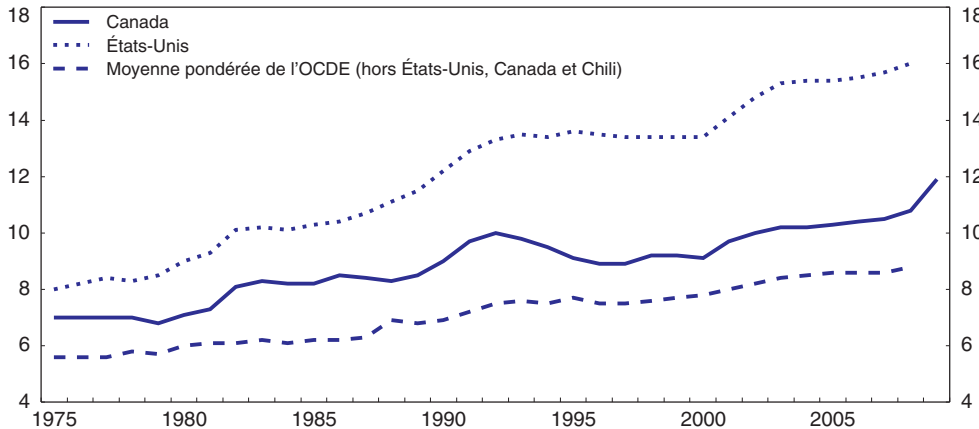
La performance du système de santé canadien en termes de qualité des soins et de résultats sanitaires globaux est généralement très bonne. Toutefois, en dépit de l'absence de barrière financière à l'accès aux services essentiels, l'opportunité de l'accès est un point délicat et l'équité des résultats est indéfinissable, ce qui est frustrant. La viabilité financière est un souci de longue date ; elle l'est plus encore du fait du rétrécissement de l'assiette fiscale suite à la récente récession, tandis que la transition démographique approche, même si elle sera plus tardive qu'en Europe et au Japon.

Évolution de la croissance des dépenses


Une note de tendances de l'OCDE a montré une croissance rapide des dépenses de santé jusqu'au début des années 90, suivie d'une pause de dix ans, puis de la reprise d'une croissance rapide à compter du début des années 2000 (graphique 3.4). La période intermédiaire de stabilisation reflète probablement l'évolution progressive d'un grand nombre de pays vers des réformes de type marché comme le *managed care* aux États-Unis. Toutefois, la capacité du Canada à effectivement faire passer la croissance de ses dépenses de santé au-dessous de celle du PIB a nécessité l'utilisation de mesures fortes de maîtrise partant du sommet, décrites un peu plus haut. Quelle qu'ait été la solution adoptée, le ralentissement des coûts n'a pas duré et, en dernière analyse, il semble que les dépenses de santé aient été conjoncturelles en dépit de disparités considérables au plan des institutions et des politiques. Les États-Unis, et dans une moindre mesure le Canada, semblent encore avoir un niveau et une croissance des dépenses relativement élevés sur le long terme. En 2008, son niveau de dépenses de santé par habitant situait le Canada à la cinquième place des pays de l'OCDE, un peu au-dessus de son rang (huitième) en termes

de revenu par habitant, que l'on estime être le meilleur indicateur prévisionnel des dépenses de santé (graphique 3.5). Cependant, en ce qui concerne les dépenses de santé du secteur public en pourcentage du PIB (7.3 % en 2008), le Canada se situe à peu près dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Graphique 3.4. **Dépenses totales de santé en part du PIB**
Pourcentage du PIB

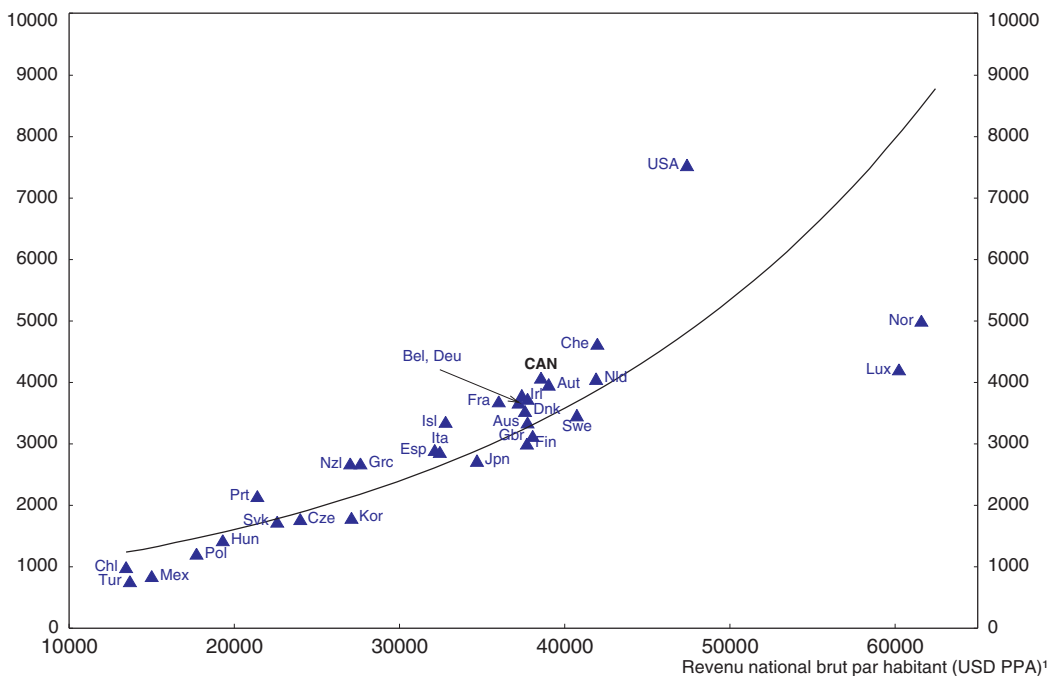


Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009* et Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320371>


Graphique 3.5. **Dépenses de santé par habitant et revenu par habitant**
2008 ou dernière année disponible

Dépenses de santé par habitant (USD PPA)



1. PIB pour la Turquie.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010 et Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 87.

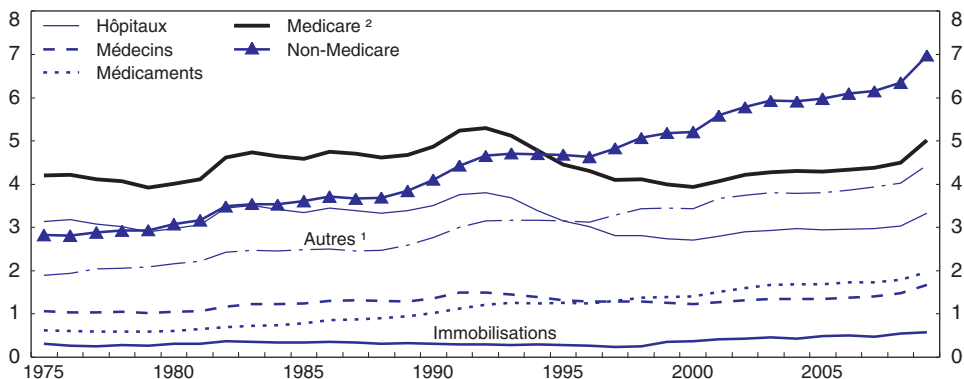
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320390>

Une analyse des principales composantes des dépenses de santé montre que les taux de croissance les plus rapides, et de loin, ont été enregistrés pour les produits pharmaceutiques et les services rendus par les « autres professionnels » (personnel médical autre que les médecins travaillant en dehors de l'hôpital), dispensant en particulier des soins à domicile. Comme ces deux catégories ne sont pas couvertes par le programme Medicare, la part des dépenses au titre des services Medicare a fortement chuté. En part du PIB, les dépenses Medicare, en 2008, n'ont guère été supérieures à leur niveau de 1975 : la forte baisse enregistrée au milieu des années 90 ne s'est que légèrement inversée dans les années 2000. Mais les dépenses non couvertes par Medicare ont progressé de manière considérable (graphique 3.6). Depuis 1997, une large part de la progression de ces dépenses a été publique (plans médicaments de type catastrophique, etc.), car la part privée des dépenses totales de santé s'est stabilisée (graphique 3.7). Il convient de noter que les dépenses en produits pharmaceutiques sont désormais supérieures aux dépenses au titre des consultations de médecins. Une comparaison des principales dépenses dans les pays de l'OCDE montre que le Canada affiche (avec le Japon, parmi les pays du G7) un faible taux de dépenses par habitant au titre des soins hospitaliers mais qu'il arrive en troisième position pour les dépenses en soins ambulatoires (avec un niveau relativement élevé mais encore moitié moindre que celui des États-Unis), en deuxième position pour les médicaments et les biens durables et en première position pour les soins publics/préventifs (tableau 3.4).

Les évolutions divergentes des soins Medicare et des soins non-Medicare peuvent donner à penser que l'administration publique centralisée des soins de santé est plus performante pour maîtriser les coûts et donc plus durable que l'assurance privée. Toutefois, ce n'est pas nécessairement le cas car, à certains égards, les soins ont évolué et les services couverts par le programme Medicare ont été remplacés par des soins dispensés en dehors de l'hôpital et par des produits pharmaceutiques (Skinner et Rovere, 2009). De plus, il est difficile de comparer les tendances pour des services très disparates couverts ou non par le programme Medicare et d'attribuer les différences aux seules institutions. Dans ce cas, il peut être intéressant d'observer les États-Unis, où les services hospitaliers et médicaux

Graphique 3.6. **Dépenses de santé par utilisation des fonds**

Pourcentage du PIB

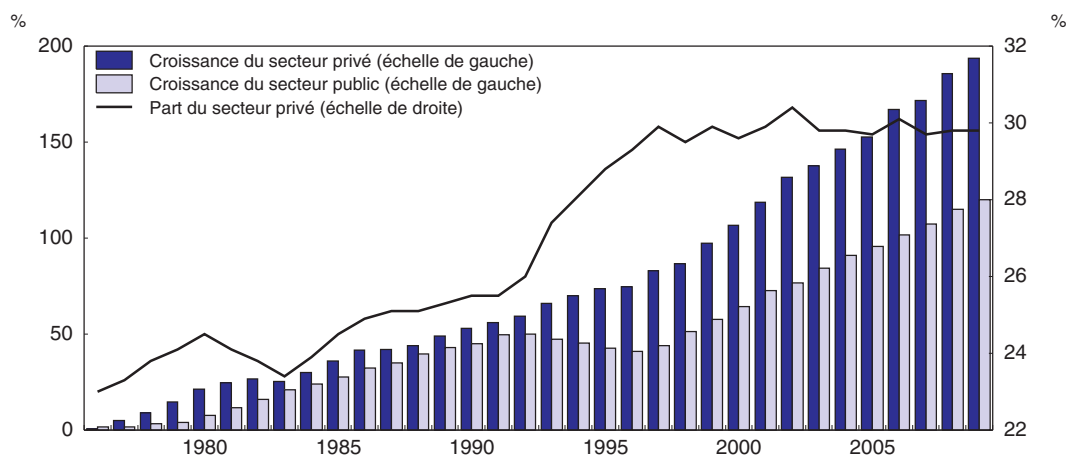


1. Inclut les autres établissements (0.5 % du PIB en 1975 et 1 % en 2008), les autres professionnels, la santé publique, l'administration et le poste Autres.

2. Medicare désigne les hôpitaux plus les médecins. Non-Medicare désigne les médicaments plus le poste Autres.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) et Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 87.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320409>

Graphique 3.7. **Dépenses de santé réelles, publiques et privées, croissance cumulée par habitant**

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009*.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320428>

Tableau 3.4. **Dépenses par habitant au titre des différents agrégats de soins dans les pays de l'OCDE**

2008 ou dernière année disponible¹, USD PPA

	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires ²	SLD/soins à domicile	Biens médicaux ³	Prévention et santé publique	Administration et assurance	Investissement	Dépenses totales de santé
Australie	1 176	1 243	11	584	67	88	185	3 353
Autriche	1 344	1 029	497	680	69	139	213	3 970
Belgique	1 081	915	758	649	98	175	- ⁴	3 677
Canada	622	1 407	581	809	276	147	213	4 079
République tchèque	523	598	51	428	46	61	44	1 781
Danemark	1 015	1 112	724	448	49	41	151	3 540
Finlande	740	1 015	365	511	162	64	151	3 008
France	1 075	1 020	407	768	72	253	101	3 696
Allemagne	995	1 039	506	739	135	196	127	3 737
Hongrie	372	373	59	510	55	18	37	1 437
Islande	901	1 149	659	537	53	62	59	3 359
Japon	652	920	407	577	65	64	42	2 729
Corée	484	598	51	463	42	56	107	1 801
Nouvelle-Zélande	666	914	467	288	156	192	- ⁴	2 683
Norvège	1 314	1 396	1 283	584	97	40	290	5 003
Pologne	375	325	83	305	27	19	80	1 213
Portugal	431	983	71	508	39	25	94	2 151
République slovaque	367	534	13	621	49	68	86	1 738
Espagne	648	1 083	254	660	67	92	99	2 902
Suède	878	1 392	273	556	120	47	175	3 470
Suisse	1 267	1 459	868	547	104	224	- ⁴	4 469
États-Unis	1 392	3 331	667	984	266	524	374	7 538
Moyenne OCDE des pays ci-dessus	833	1 083	412	580	96	118	125	3 242

1. 2006 pour le Portugal ; 2007 pour l'Australie, le Danemark, le Japon et la Suisse.

2. Le poste Soins ambulatoires couvre les établissements hospitaliers et non hospitaliers. Il englobe également les soins dispensés le jour de l'admission et les services auxiliaires.

3. Couvre les produits pharmaceutiques (et autres biens non durables) et les biens durables.

4. On ne dispose d'aucune estimation séparée de l'investissement.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

sont également fournis par le secteur public (personnes âgées, Medicare) et par le privé (personnes d'âge actif) : il a été démontré que la maîtrise des coûts à long terme par participant et pour des services comparables demeure meilleure dans le système public (Boccuti et Moon, 2003). Cela pourrait confirmer l'argument selon lequel certaines caractéristiques du système public à payeur unique, notamment des coûts administratifs moindres et la capacité de pratiquer une politique de prix agressive pour les services couverts, lui a permis de mieux maîtriser les coûts de santé.

Facteurs générateurs de coûts et mesures de limitation des coûts

Des facteurs comme le revenu, l'accroissement démographique, la pyramide des âges, la typologie des maladies et les incitations financières à une utilisation intensive des ressources déterminent le niveau de la demande de soins de santé. Les politiques mises en œuvre au Canada ont tenté de limiter la demande principalement par des approches de prévention et de santé publique mais aussi par des restrictions de couverture de l'assurance publique (services désassurés) et des systèmes de médecin référent. Côté offre, la maîtrise des politiques budgétaires s'est focalisé sur les restrictions de capacité (nombre de médecins et de lits d'hôpitaux), le coût et le prix des intrants (rémunération des médecins, produits pharmaceutiques, administration), l'intensité technologique des soins et la productivité (maladie de Baumol qui désigne une productivité relativement faible du service public avec en vis-à-vis des salaires élevés, organisation hospitalière). L'expérience du Canada (et d'autres pays) montre que l'un des meilleurs moyens de maîtriser les coûts est de fixer des contraintes budgétaires globales ou des contraintes d'offre plus spécifiques.

On a peu d'informations concrètes indiquant dans quelle mesure la croissance des coûts a reflété des augmentations de volume et de prix, bien que la pression excessive sur la demande générée par la gratuité des soins au point de service et l'encadrement de l'offre se soient probablement traduits par des prix excessifs des intrants et par des files d'attente. Selon les calculs de l'OCDE, le Canada arrive en deuxième position de la zone OCDE, derrière les États-Unis, pour le déflateur de la santé nationale (rapporté au déflateur du PIB) (Joumard *et al.*, 2010). Dès lors que les services Medicare ne sont pas tarifés, cette mesure risque d'attribuer un poids excessif aux produits pharmaceutiques, alors que les salaires des médecins, qui sont un coût d'intrant important, sont notoirement élevés. Selon une décomposition de la croissance des dépenses publiques de santé par habitant sur la période 1981-2002, en fonction des effets de l'âge, du revenu et d'un terme résiduel reflétant à la fois le prix relatif et la consommation par habitant corrigée de l'âge, le terme résiduel explique 23 % de la croissance totale au Canada, contre une moyenne OCDE de 28 % (OCDE, 2006). La croissance des prix à long terme étant vraisemblablement supérieure à la moyenne OCDE, on peut penser que la croissance en volume par habitant au Canada est quelque peu inférieure à la moyenne¹².

Déterminants côté demande

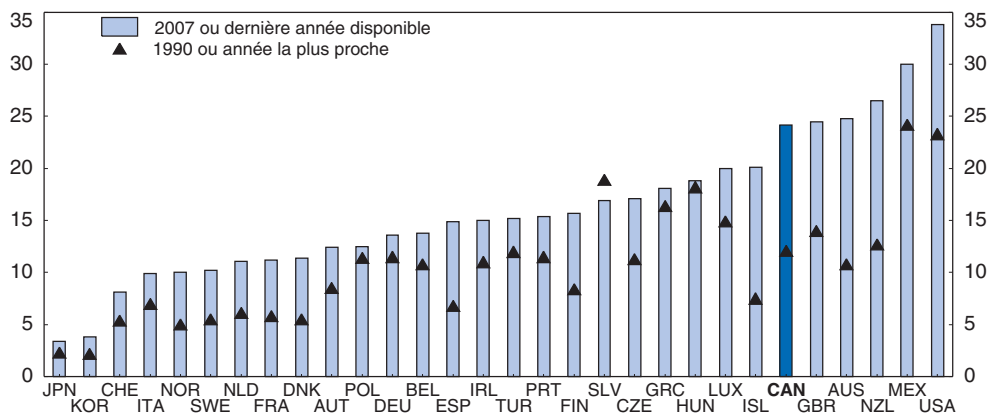
Le revenu et la démographie sont les deux grands facteurs exogènes de la demande car ils ne sont pas directement influencés par les politiques de santé. Les soins de santé sont des biens ordinaires dont la demande augmente au moins aussi rapidement que le revenu (essentiellement en fonction de la population d'âge actif, du taux d'emploi, de la productivité et des termes de l'échange). La plupart des études relèvent une élasticité-revenu des dépenses de santé voisine de l'unité (OCDE, 2006). La forte progression des revenus par habitant ces dernières années (grâce à l'amélioration des termes de l'échange) a donc été un

important facteur d'impulsion pour les soins de santé au Canada. La pyramide des âges est également importante. Les personnes âgées font une consommation de services de santé, en particulier de produits pharmaceutiques et de soins de longue durée, beaucoup plus intense que d'autres classes d'âge (les dépenses par habitant des Canadiens âgés de plus de 65 ans sont en moyenne six fois plus élevées que celles des Canadiens de moins de 65 ans). Au Canada, cela ne peut pas expliquer la forte progression des dépenses (jusqu'ici) car la population est relativement jeune. Toutes choses égales par ailleurs, le Japon et les pays européens à vieillissement démographique plus rapide qui, pour la plupart, ont un niveau de dépenses de santé par habitant inférieur à celui du Canada, ont été plus efficaces dans l'utilisation des ressources. Cependant, le vieillissement doit s'accélérer fortement au Canada (la proportion de personnes âgées devrait plus que doubler, pour passer de quelque 13 % à l'heure actuelle à 27 % à l'horizon 2050 ; voir Hagist et Kotlikoff, 2005), et il influera considérablement sur la croissance des dépenses.

Typologie des maladies. Le Canada arrive en troisième position, derrière les États-Unis et le Mexique, pour le taux d'incidence du diabète ; il est également l'un des pays dans lesquels le taux des maladies vasculaires cérébrales est le plus élevé, ce qui donne à penser que le coût des soins chroniques y est relativement élevé (tableau 3.6). L'obésité, qui entraîne un risque majeur de diabète et d'autres pathologies chroniques, est relativement fréquente (comme dans les pays anglophones et au Mexique) par rapport aux autres pays de l'OCDE, elle croît rapidement et préoccupe les pouvoirs publics (graphique 3.8). Les médicaments qui traitent les pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle et le cholestérol, le pyrosis, la dépression, le diabète et l'asthme représentent près des trois quarts des dépenses en médicaments (Morgan *et al.*, 2008). Bien que les taux d'incapacité aient été stables jusqu'ici, ils devraient augmenter avec le vieillissement de la population (Lafortune et Balestat, 2007). L'action préventive, notamment la diffusion d'informations dans le public et les incitations à adopter un mode de vie sain, peut être une composante importante de la maîtrise des coûts de santé. Au Canada, le niveau élevé des dépenses au titre de la prévention et de la santé publique donne à penser qu'une politique orientée vers l'avenir serait salutaire pour remédier au problème, à la condition d'être bien


Graphique 3.8. **Augmentation des taux d'obésité dans les pays de l'OCDE**

Population obèse¹, en pourcentage de la population totale



1. Population obèse mesurée pour le Canada, le Japon, la Corée, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque, le Royaume-Uni et les États-Unis ; et autodéclarée pour les autres pays.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320447>

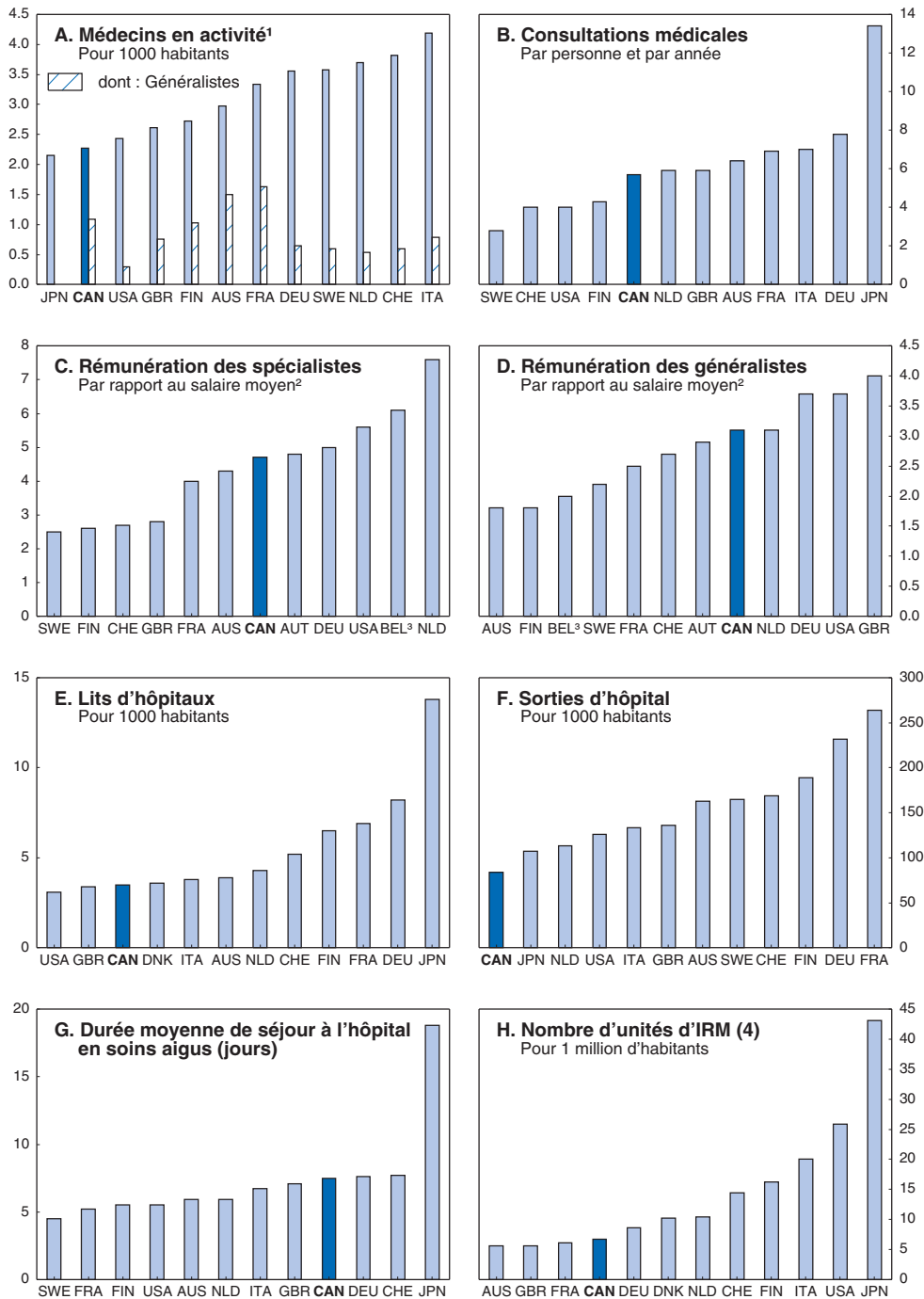
ciblée sur les populations les plus exposées au risque de maladie chronique, notamment les personnes au bas de l'échelle des revenus, et de ne pas détourner des ressources au service d'objectifs politiques (par exemple, dépistages ou vaccinations massives non nécessaires). Un taux élevé de rendement attendu pour les politiques de prévention est essentiel dans la mesure où bien souvent les avantages ne se feront sentir que dans l'avenir alors que les coûts seront immédiats. La Colombie-Britannique, province qui donne l'exemple pour la promotion d'une hygiène de vie saine, vient aussi en tête pour les résultats sanitaires et la maîtrise des dépenses publiques de santé par habitant (tableau 3.2). Les économies de coûts sur le long terme ne sont pas certaines car en prolongeant la vie, la prévention expose les individus à des pathologies auxquelles ils n'auraient pas été exposés (Sassi et al., 2009). L'objectif est plutôt d'accroître le bien-être le plus efficacement possible en gagnant des années de vie en bonne santé.

Adapter les infrastructures de santé aux maladies liées au vieillissement est un autre défi à relever. Une menace majeure prévisible est liée à la maladie d'Alzheimer et autres démences connexes, qui touchent un tiers des personnes de plus de 85 ans. Le nombre total des personnes affectées devrait doubler au cours des prochaines décennies car le rythme du vieillissement devrait être élevé. Cela nécessite d'investir dans les soins à domicile et de longue durée et dans les services de santé mentale pour personnes âgées mais aussi dans la formation aux soins primaires d'un plus grand nombre de spécialistes en gériatrie. Le Canada est l'un des rares pays de l'OCDE à ne pas avoir de stratégie nationale pour les maladies mentales, mais des efforts sont faits au niveau provincial/territorial, et en 2007 le gouvernement canadien a créé la Commission de la santé mentale du Canada, organisme indépendant chargé de jouer un rôle de coordination pour les questions liées à la santé mentale. Dans le cadre de son mandat, la Commission est chargée de définir une stratégie nationale pour la santé mentale. L'élaboration d'une telle stratégie pourrait nécessiter une extension aux thérapies de la couverture de l'assurance-maladie, dans le contexte d'un rééquilibrage général des priorités vers les domaines où l'on attend des rendements élevés.

Intensité d'utilisation des ressources. Cette catégorie correspond aux facteurs résiduels qui déterminent la demande de soins de santé indépendamment du revenu et des pathologies, notamment les progrès des technologies médicales et les incitations financières influant sur les décisions de traitement des prestataires et les décisions des utilisateurs en termes de demande. En comparaison des autres pays de l'OCDE, le nombre de consultations de médecins par habitant n'est pas excessif alors que le nombre des sorties d'hôpital est extrêmement faible au Canada (graphique 3.9). Il est probable que cela reflète des contraintes au plan de l'offre et non pas (comme on l'a parfois prétendu) un manque de demande induite par le fournisseur ou un aléa moral dû à la gratuité. Le libre choix du médecin par les patients est également restreint par l'obligation de passer par un médecin référent/traitant pour avoir accès aux services d'un spécialiste, qui paraît être plus contraignante que dans bien d'autres pays (voir le graphique 3.12 ci-après). En revanche, la consommation de produits pharmaceutiques par habitant est forte (tableau 3.4), en dépit du montant souvent élevé du ticket modérateur et d'une couverture limitée, ce qui pourrait refléter une forte pression de l'industrie sur les prescripteurs et les consommateurs¹³. Les médecins ont également une incitation financière à prescrire des médicaments ; c'est pour eux un moyen commode et peu coûteux de clore la consultation d'un patient, autrement dit de l'abrégier en démontrant qu'ils font quelque chose pour lui, mais ils ne sont pas payés pour se tenir au fait des meilleures pratiques en matière de prescriptions (Morgan, 2008b).

Graphique 3.9. Indicateurs de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé

2008 ou dernière année disponible



1. Pour le Canada, la France et l'Italie : médecins en activité ; pour les Pays-Bas : médecins autorisés à exercer.
2. Travailleurs indépendants excepté pour la Finlande, la Suède, et les spécialistes au Royaume-Uni.
3. Les données incluent les dépenses des cabinets, d'où une certaine surestimation.
4. Unités IRM dans les hôpitaux pour la France et l'Allemagne.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932320466>

Les régimes d'assurance-médicaments des provinces s'emploient à mieux maîtriser la demande via des décisions d'inscription sur la liste des médicaments remboursables fondées sur des résultats cliniques et scientifiques et des restrictions de l'accès aux médicaments onéreux. Pour les nouveaux médicaments très coûteux de traitement du cancer, les autorisations sont accordées au cas par cas. Les patients représentés par des groupes de pression actifs (maladies génétiques, cancers) ont souvent été à même d'obtenir cette couverture, qui peut prolonger leur vie de quelques mois au prix de dix fois le revenu annuel moyen voire davantage, car les groupes pharmaceutiques exploitent un choix forcé du type « la bourse ou la vie », ce qui pose de sérieux problèmes éthiques (Deber, 2008). Les plans médicaments privés tendent à imposer moins de restrictions à l'accès, car ils ont davantage recours au système des franchises et du ticket modérateur, mais ultimement ils sont moins efficaces pour maîtriser les coûts car ils n'ont pas sur les marchés la position de force des grands payeurs publics. Les syndicats font généralement pression sur les employeurs pour qu'ils payent ces charges tout en offrant une large couverture d'assurance dans les contrats de travail négociés, ce qui crée une gratuité de fait subventionnée par les politiques fiscales.

Déterminants côté offre

L'offre de médecins. Plus l'offre de médecins sera importante, plus le volume des actes sera grand, encore que les coûts devraient augmenter moins qu'à proportion (on pourrait même imaginer qu'ils baissent) si la rémunération des médecins est fonction de leur nombre. Au Canada, le nombre des médecins a fortement augmenté dans les années 70 et 80 puis diminué ensuite sous l'effet de politiques délibérées (encadré 3.3). Actuellement, la densité de médecins (2.3 pour 1 000 habitants) place le Canada à la sixième place en partant du bas, nettement au-dessous de la moyenne OCDE (3.2). Parmi les pays du G7, seul le Japon conserve une densité de médecins aussi faible et il s'en sert également comme d'une stratégie de maîtrise des coûts, mais au prix de longs délais d'attente et de consultations très brèves par des médecins débordés (OCDE, 2009b). Aux États-Unis, l'offre de médecins est restée presque aussi faible, mais c'est la conséquence des pressions exercées par la profession pour assurer aux médecins le maintien de revenus élevés (le Japon, au contraire, a maintenu les honoraires de ses médecins à un niveau bas par une réglementation stricte). Le Québec, qui a régulièrement le niveau de dépenses par habitant le plus bas en dépit du fait que sa population est « la plus âgée » et son régime d'assurance-médicaments (uniquement) universel, compte plus de médecins par habitant et ceux-ci sont moins bien rémunérés que dans toute autre province, encore qu'une partie de l'écart de rémunération puisse également être imputé au taux relativement élevé (plus de 40 %) de féminisation de la profession, en sus de la barrière de la langue qui est un frein à la mobilité des médecins (Bélanger, 2005). Pour les pays de l'OCDE en général, l'existence d'une relation inverse entre la densité de généralistes et la rémunération semble robuste, mais cela est moins vrai pour les spécialistes car un grand nombre d'autres facteurs institutionnels entrent en ligne de compte (Fujisawa et Lafortune, 2008). Au Canada, la rémunération globale des médecins rapportée au salaire moyen est plus élevée qu'au Japon et dans certains pays européens, et bien supérieure à celle des pays nordiques (où les sociétés sont hautement égalitaires et où nombre de spécialistes sont salariés des hôpitaux), mais elle demeure bien inférieure à celle des médecins américains (graphique 3.9). S'il n'existe pas de relation claire entre la densité de médecins et la poussée globale des salaires, l'existence au Canada et aux États-Unis de syndicats de médecins puissants peut également contribuer à cette tendance.

Encadré 3.3. Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre

Le recours aux politiques de l'emploi pour limiter l'offre de médecins a été un complément important au plafonnement des budgets des hôpitaux. Dans la mesure où les revenus des médecins représentent, et de loin, le principal poste de dépenses du programme Medicare, la question de leur nombre est primordiale. Les réductions des dépenses de santé des années 90 se sont accompagnées de la conviction de l'existence d'un excédent de médecins suite aux extensions de capacité importantes des écoles de médecine et aux vagues d'immigration des années 70 et du début des années 80, elles-mêmes fondées sur des projections antérieures erronées de la croissance démographique (Dumont *et al.*, 2008). Barer et Stoddart (1991) ont fait valoir que les soins de santé sont largement induits par l'offre, de sorte que pour réduire les dépenses de santé il faut commencer par réduire le nombre des médecins ; les gouvernements des provinces se sont emparés de cet argument pour justifier les coupes dans les dépenses (encore que les auteurs aient déclaré par la suite que ces conclusions étaient sorties de leur contexte et que les recommandations correspondantes d'accroître sensiblement le nombre des professionnels de santé non médecins avaient été ignorées). De plus, les médecins ont eu le sentiment de se faire piéger dans un jeu à somme nulle avec l'imposition d'un plafonnement budgétaire de leur rémunération globale et ils en sont venus à considérer qu'une réduction de leur nombre était la seule façon de maintenir les revenus par tête (Deber, 2009). Les médecins ont été également frustrés par les nombreuses fermetures de lits d'hôpitaux dans le contexte des mesures de rationalisation du secteur hospitalier prises au niveau des provinces, qui ont limité leur capacité de travail. Un nombre beaucoup plus important que prévu de médecins et de personnels infirmiers ont accepté les offres généreuses des provinces pour un départ en retraite anticipée. On a assisté à l'émergence d'un phénomène d'émigration, principalement à destination des États-Unis, et un grand nombre de migrants ne sont jamais revenus. Dans bien des provinces, le nombre des admissions dans les écoles de médecine a été limité pour réduire le stock futur de médecins et entre-temps les politiques d'immigration ont été fortement durcies pour limiter l'offre de médecins (Dumont *et al.*, 2008).

Mais au début des années 2000, on a commencé à avoir le sentiment que se profilait une pénurie de médecins dont on pensait qu'elle était la conséquence probable des politiques passées de *numerus clausus* dans les écoles de médecine, de l'imminence du départ en retraite des *baby-boomers*, de l'évolution du mode de vie des médecins désireux d'avoir plus de loisirs et d'une augmentation de la demande future de services par habitant du fait du vieillissement démographique. Une pénurie d'infirmières se faisait déjà durement sentir. L'idée d'une pénurie de médecins a également fourni la justification morale d'une augmentation des dépenses courantes de santé principalement sous la forme d'une hausse des rémunérations des médecins. Certains experts ont continué toutefois à insister sur le fait qu'il n'y avait pas de pénurie mais simplement une baisse de la productivité des médecins (Evans, 2004). Par la suite, les politiques de l'emploi sont montées en puissance : les provinces ont relevé le *numerus clausus* dans les écoles de médecine et le gouvernement fédéral a collaboré avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation pour faciliter l'intégration des médecins et personnels infirmiers étrangers dans la main-d'œuvre médicale canadienne. Des travaux effectués pour les États-Unis, tenant compte non seulement des coûts directs de formation mais aussi des coûts d'opportunité comparés aux avantages marginaux de soins de santé supplémentaires, donnent à penser que le fait de former plus de médecins n'est peut-être pas un investissement social très satisfaisant (Glied *et al.*, 2009). Il est préférable de former plus de travailleurs de santé moins qualifiés à même d'assumer nombre de tâches simples actuellement effectuées par les médecins. Cela conduit également à penser que les recommandations du rapport Barer-Stoddart ne sont peut-être pas totalement éloignées de la vérité.

Les tensions sur les coûts peuvent également résulter de la présence au sein du corps médical d'un trop grand nombre de spécialistes (à rémunération élevée). Même si au Canada le nombre des généralistes et celui des spécialistes sont relativement équilibrés (graphique 3.9), on observe chez les récents diplômés des écoles de médecine une nette

préférence pour les spécialisations compte tenu des rémunérations plus élevées et du prestige plus grand dont elles bénéficient dans une profession où la connaissance technologique prime de plus en plus sur l'intuition et les compétences relationnelles. Avec les extensions répétées de la capacité des écoles de médecine (encadré 3.3), cela laisse présager des taux d'utilisation et donc des coûts plus élevés mais pas nécessairement une meilleure productivité du système en termes de résultats pour la santé : on estime que la relation médecin-patient est essentielle au diagnostic comme aux processus de guérison mais elle est de plus en plus négligée avec la disparition du médecin de famille. Des observations factuelles ont montré l'importance d'un contact permanent et durable avec le médecin de premier recours, même dans un contexte d'équipes intégrées de soins primaires, pour minimiser les coûts du système à long terme.

Si la rémunération à l'acte devrait encourager les médecins à en faire davantage, les effets revenus de niveaux de rémunération élevés comme au Canada et des taux d'imposition marginaux élevés peuvent, à l'inverse, les inciter à réduire leurs efforts et donc à diminuer leur productivité. Il se peut également que la productivité des médecins soit limitée par le manque relatif de moyens matériels, notamment d'espace opératoire et de matériel de diagnostic dans les hôpitaux (graphique 3.9). Le fait d'avoir à remplir les feuilles d'assurance-maladie peut également être antiproduitif même si la paperasserie est bien moindre qu'aux États-Unis grâce au système à payeur unique. Il est probable que les infirmières pâtissent beaucoup plus que les médecins d'avoir à effectuer des tâches non productives qui ne sont pas de leur ressort. Une enquête effectuée en Colombie-Britannique a montré qu'elles consacrent jusqu'à 60 % de leur temps à des tâches domestiques ou administratives qui ne sont pas celles pour lesquelles elles ont été formées et qui les conduisent alors à consacrer moins de temps aux patients, compromettant sérieusement la qualité du service hospitalier (AIIC, 2009). Cela donne à penser que des gains d'efficacité sont possibles au niveau de l'organisation hospitalière.

Services hospitaliers. Au Canada comme dans d'autres pays de l'OCDE, les fermetures de lits et le raccourcissement de la durée moyenne de séjour à l'hôpital ont permis de réaliser des gains d'efficacité importants dans les dernières décennies, comme en témoigne l'évolution des coûts hospitaliers rapportés au PIB (graphique 3.6). Ces gains ont été possibles essentiellement grâce au progrès technologique, en particulier à des procédures moins invasives et à l'amélioration des techniques d'anesthésie qui permettent des temps de récupération plus rapides et des soins chirurgicaux effectués le jour de l'admission, et à l'utilisation de nouvelles pharmacothérapies qui évitent l'hospitalisation et le geste chirurgical. Par ailleurs, dans de nombreux pays, l'adoption d'un système de financement par activité a induit des temps d'hospitalisation plus courts et autres d'efficacités organisationnelles qui ont sensiblement réduit les coûts unitaires de traitement. Au Canada, les taux des sorties d'hôpital ont atteint leur plus bas niveau (la moitié seulement de la moyenne OCDE), ce qui reflète des restrictions de capacité : la densité des lits de soins aigus est l'une des plus faibles de la zone OCDE. En revanche, la durée moyenne de séjour à l'hôpital apparaît élevée, encore que ces données ne soient pas directement comparables avec les statistiques d'autres pays, car le taux de lits disponibles est très faible au Canada. De même, le pays investit relativement peu dans l'acquisition d'équipements très coûteux d'imagerie médicale (graphique 3.9). Au total, les changements technologiques dans le secteur hospitalier ont probablement été appliqués aussi complètement que dans d'autres systèmes offrant de meilleures incitations, grâce aux contraintes efficaces au plan budgétaire et du côté de l'offre.

Produits pharmaceutiques. Les dépenses en produits pharmaceutiques ont fortement augmenté dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, à l'exception notoire de la Nouvelle-Zélande où un acheteur public centralisé n'ayant aucune industrie pharmaceutique nationale à protéger négocie âprement les prix avec les grands groupes internationaux et où une grande prudence dans l'établissement des listes de médicaments remboursables, qui reflète ses propres contraintes budgétaires, a empêché les coûts des médicaments d'augmenter (OCDE, 2009c). Au Canada, l'inflation du prix des médicaments a été limitée voire négative, ce qui peut paraître étonnant, mais le recours accru aux génériques en remplacement de médicaments établis de longue date a compensé les effets inflationnistes de la mise sur le marché de nouveaux médicaments onéreux. Cette modération des prix devrait s'accélérer, du moins à court terme, car les brevets déposés pour bon nombre de produits phares développés au cours des dernières décennies commencent à arriver à expiration. Entre 1998 et 2007, les dépenses de détail par habitant au titre des médicaments délivrés sur ordonnance, corrigées du taux général d'inflation, ont augmenté au rythme moyen annuel de 6 %. Les prix moyens payés pour les médicaments ont légèrement diminué dans toutes les provinces (excepté le Manitoba où c'est le contraire qui s'est produit), les augmentations de prix unitaires ayant été compensées et au-delà par les économies réalisées grâce aux génériques (Morgan *et al.*, 2008). La croissance rapide des volumes explique l'intégralité de la poussée sur les coûts ; elle reflète, dans une large mesure, le vieillissement démographique et la diffusion de nouveaux médicaments (OCDE, 2009a). En dépit d'une population relativement jeune, le Canada dépense des sommes considérables au titre des médicaments (50 % de plus par habitant que la moyenne OCDE). Les fortes variations de la consommation par habitant d'une province à l'autre reflètent des structures d'âge différentes mais aussi des disparités importantes en termes de volumes de consommation et de choix thérapeutiques (Morgan *et al.*, 2008), les différences de prix étant moindres car les prix des médicaments brevetés sont réglementés au niveau fédéral. Cela conduit à penser que des gains d'efficacité sont possibles si l'on adopte les meilleures pratiques en matière de prescriptions, comme le montre l'exemple de la Colombie-Britannique.

Le Canada est l'un des rares pays de l'OCDE dans lesquels les génériques détiennent une large part de marché (de l'ordre de 50 % en volume), ce qui, toutes choses égales par ailleurs, devrait faire baisser les coûts de médicaments. Or, les niveaux de prix y sont élevés comparés aux niveaux internationaux (tableau 3.5). Les prix des médicaments brevetés restent sensiblement plus élevés au Canada que dans tous les pays européens à l'exception de la Suisse, même s'ils sont encore bien inférieurs à ceux observés aux États-Unis, et ce prix élevé pèse lourdement dans la formule du prix de référence. Mais c'est pour les génériques que la situation est la plus préoccupante car leurs prix sont, et de loin, plus élevés au Canada que dans les autres pays : ils sont, par exemple, supérieurs de 54 % à ceux observés aux États-Unis. Cela reflète principalement les effets de distorsion de la concurrence de l'assurance, des pots-de-vin aux pharmaciens et de certaines politiques de passation des marchés publics (encadré 3.4). Toutefois, à mesure que les acheteurs publics se développent, les provinces commencent à exercer leur pouvoir de monopsonne, quoique le plus souvent indépendamment les unes des autres, faisant ainsi contrepoids à la structure oligopolistique de l'offre, ce qui contribue à faire baisser les prix.

Maladie des coûts de Baumol. En dépit du remplacement grandissant des services médicaux et hospitaliers par des pharmacothérapies, et des complémentarités technologiques, les soins de santé, comme tous les services publics restent des activités à très forte intensité de main-d'œuvre et donc à faible productivité dans le contexte

Tableau 3.5. **Ratios des prix moyens des médicaments au Canada et dans certains pays étrangers**

2005

	De marque, non brevetés	Génériques	Brevetés
Canada	1.00	1.00	1.00
Australie	0.81	0.85	0.78
Finlande	0.75	0.49	0.88
France	0.76	0.71	0.85
Allemagne	0.91	0.84	0.96
Italie	0.73	0.76	0.75
Pays-Bas	0.72	0.80	0.85
Nouvelle-Zélande	0.64	0.23	0.79
Espagne	0.59	0.58	0.73
Suisse	1.34	0.99	1.09
Royaume-Uni	0.87	0.80	0.90
États-Unis	2.46	0.65	1.69

Source : Institute of Health Economics (2008), *IHE in your pocket 2008*, Edmonton.

Encadré 3.4. **Concurrence sur les génériques**

Les prix anormalement élevés des génériques au Canada méritent une certaine attention. Une mise en convergence avec les normes internationales permettrait de réaliser des économies importantes. Les génériques, à la différence des médicaments brevetés, n'ont rien qui les différencie hormis leur prix. Or, le système de l'assurance rend les clients insensibles au prix et même s'il y a participation aux frais via le ticket modérateur, il s'agit généralement d'un paiement forfaitaire qui peut être couvert par une assurance privée tandis que les clients malades sont moins à même de rechercher les bonnes affaires et plus influençables par le pharmacien ; toutefois, les nombreux Canadiens ayant des versements directs importants à effectuer au titre des médicaments sont probablement plus sensibles au prix. Les fabricants de génériques se font donc principalement concurrence en achetant des espaces de vente dans les pharmacies par le biais des rabais consentis aux pharmaciens (on parle aussi de « déductions professionnelles »), alors que les clients et leurs assureurs payent l'intégralité du tarif de convention. En sus du prix de gros majoré de la marge, les prix de détail incluent les honoraires du pharmacien qui peuvent être réglementés.

Les provinces ont réagi de manières différentes dans leur combat pour la maîtrise des coûts des médicaments mais, ce faisant, elles ont par inadvertance créé de nouvelles distorsions. Le plan de l'Ontario pour réduire le coût des médicaments génériques (*Public drug plan*) a imposé des rabais minimums par rapport aux marques hors brevet (de 70 % initialement et 50 % à présent) mais cette approche se borne à fixer un plafond relativement élevé au tarif de convention lorsque les prix tendent à être regroupés. Le régime public d'assurance-médicaments du Québec a répondu à ce plan en emboîtant le pas à d'autres provinces avec sa clause de la « nation la plus favorisée » qui fixe son tarif de convention des génériques au prix le plus bas obtenu dans toute autre province mais risque de saper les efforts de négociation de prix bas d'autres provinces : la Saskatchewan, par exemple, a mis en place un processus transparent d'appels d'offres pour les génériques mais a été dans l'incapacité de négocier un prix tenant compte de ses coûts moins élevés (qui reflètent le fait que les fabricants participants ne sont pas autorisés à consentir des rabais aux pharmacies), car un tel prix deviendrait immédiatement effectif au Québec où il ne couvrirait pas les coûts plus élevés de cette province où les rabais sont

Encadré 3.4. **Concurrence sur les génériques** (suite)

encore autorisés. Plus récemment, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont tenté de s'approprier le rabais des pharmaciens en l'interdisant puis en négociant des rabais secrets avec les fabricants pour ces médicaments, contournant ainsi la règle du Québec. En conséquence, les fabricants de médicaments peuvent afficher des tarifs de convention élevés sans perdre le chiffre d'affaires réalisé dans ces provinces avec l'assureur public qui obtient un prix net très bas et non transparent, ce qui a des répercussions sur les payeurs privés en Ontario et ailleurs. La concurrence est également faussée par ces accords d'approvisionnement auprès d'un fournisseur exclusif car ils sont « achetés » par les rabais secrets consentis sur la base de la capacité d'une entreprise de facturer des tarifs de convention élevés plutôt que de sa capacité à produire à bas prix comme dans un appel d'offres normal. Dans son budget 2010, l'Ontario a annoncé son intention d'abaisser les prix des génériques à 25 % du prix du médicament de marque équivalent à la fois pour les acheteurs publics et pour les acheteurs privés, en interdisant les rabais aux officines tout en augmentant les honoraires des pharmaciens dans les zones rurales ou mal desservies. Ces mesures réduiront considérablement les distorsions, mais on remarquera que sur le marché des États-Unis les prix d'un grand nombre de génériques sont inférieurs à 25 % du prix du médicament de marque équivalent (Rovere et Skinner, 2010)

En fixant les prix, les pouvoirs publics ont des objectifs mixtes car ils veulent promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale (notamment au Québec et en Ontario) mais aussi faire des économies sur leurs achats de médicaments et améliorer l'accès aux thérapies pharmaceutiques. Le prix initial des génériques devrait être suffisamment élevé pour rémunérer le premier entrant sur le marché des génériques qui doit habituellement supporter des coûts et des risques de litiges importants avec les brevets concurrents (qui arrivent rarement à expiration car les détenteurs de brevets soumettent de multiples nouvelles versions de la même molécule de base ou peuvent autoriser leurs propres versions de génériques). Une entrée ultérieure sur le marché devrait toutefois faire baisser les prix et aider à faire émerger les concurrents à bas coûts (fabricants indiens, par exemple). Hollis (2009) recommande un mécanisme échelonné de fixation des prix, par exemple 75 % du prix du médicament breveté pour le premier entrant, 55 % pour le second, 45 % pour le troisième et ainsi de suite. Sinon, dès lors qu'un brevet a été contesté avec succès ou considéré non contrefait un grand nombre de firmes entrent simultanément sur le marché, elles doivent verser au pionnier une redevance modeste pour rémunérer son « innovation » en éliminant un monopole inefficace. Les mécanismes d'appels d'offres, qui s'efforcent de fixer un prix bas dès le départ et de le maintenir pour l'adjudicataire du marché, risquent de décourager les défis futurs des fabricants de génériques, éliminant par mégarde la concurrence. L'appel d'offres pourrait intervenir à un stade ultérieur de la concurrence (voir Bureau de la concurrence, 2007).

économique général. Le modèle de croissance déséquilibrée de Baumol a été testé et validé pour un échantillon de 19 pays de l'OCDE (Hartwig, 2008). Le Canada risque de souffrir davantage dans la mesure où le différentiel entre la hausse du salaire nominal et la croissance de la productivité de l'ensemble de l'économie (« variable de Baumol ») est relativement important compte tenu des améliorations substantielles récentes des termes de l'échange.

Qualité

La qualité englobe à la fois l'efficacité des soins de santé et l'expérience subjective des patients. Il existe deux grands types d'indicateurs de qualité : les indicateurs objectifs (production) et les indicateurs subjectifs (processus). Pour les premiers, le Canada affiche des taux de réussite remarquablement élevés dans le traitement de quelques-uns des principaux cancers (tableau 3.6). Ce fait reflète probablement la haute priorité donnée au cancer par les responsables politiques. Il obtient également de très bons résultats pour la mortalité évitable et les admissions évitables pour l'asthme qui sont considérées être respectivement des indicateurs de la qualité des soins primaires et des soins chroniques, domaines dans lesquels le soutien politique est également élevé. Les résultats plus médiocres obtenus pour les maladies cardiovasculaires peuvent refléter des incitations à l'efficacité relativement faibles en milieu hospitalier, par exemple un faible recours à l'angioplastie (pose de stents) par opposition aux pontages coronariens (voir tableau 3.9 plus bas), l'utilisation incohérente de bêta-bloquants après une crise cardiaque¹⁴ ou un accident vasculaire cérébral (Wolfson, 2009). L'analyse des indicateurs subjectifs pour sept pays de l'OCDE montre que le Canada affiche un rang élevé pour les résultats sanitaires mais que, comme les États-Unis, il se classe au-dessous de la médiane pour d'autres mesures de la satisfaction des patients, et surtout pour la qualité et la rapidité des soins. Paradoxalement, ces deux pays sont également ceux qui dépensent le plus, ce qui dénote une efficacité médiocre (tableau 3.7). Des accidents médicaux (par exemple, allergies à des médicaments) peuvent également signaler des problèmes de qualité provenant pour partie d'un traitement inapproprié et excessif en accès libre et sans restrictions (Deber, 2008 et Sénat du Canada, 2007).

La qualité suppose une meilleure information pour guider des soins plus appropriés et des incitations à l'efficacité plus fortes. Les soumissions de données à l'ICIS par les provinces sont volontaires (seul Statistique Canada a un pouvoir coercitif en matière de collecte de données) et trop souvent les données fournies sont brutes et trop détaillées pour pouvoir être aisément

Tableau 3.6. Indicateurs de la qualité des soins de santé

Taux normalisés selon l'âge et le sexe, 2007

Indicateur	Classement ¹ au sein de l'OCDE	Données canadiennes (%)	Plus haut et plus bas dans l'échantillon (%)
Cancer du sein, taux de survie à 5 ans (2002-07)	3 sur 16	87.1	(90.5 ; 61.6)
Cancer du col de l'utérus, taux de survie à 5 ans (2002-07)	2 sur 14	71.9	(76.5 ; 50.1)
Cancer colorectal, taux de survie à 5 ans (2000-05)	6 sur 16	60.7	(67.3 ; 38.1)
Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours, AVC			
AVC hémorragique	9 sur 19	23.2	(30.3 ; 9.5)
AVC ischémique	17 sur 19	7.6	(9.0 ; 2.3)
Taux de mortalité à l'hôpital, infarctus du myocarde	13 sur 19	4.2	(8.1 ; 2.1)
Réduction des décès de malades hospitalisés dans les 30 jours suivant une admission pour AVC, 2002-07			
AVC hémorragique	4 sur 13	5.5	(0.5 ; 33.8)
AVC ischémique	2 sur 13	1.6	(0.4 ; 39.8)
Taux d'admission pour asthme (population de 15 ans et plus)	2 sur 22	18 pour 100 000	(17 ; 120)
Prévalence du diabète (population de 20 à 79 ans, en 2010)	20 sur 22	9.2	(10.8 ; 1.6)
Mortalité évitable ²	6 sur 19	76.8 pour 100 000	–

1. Le chiffre 1 désigne la performance la plus élevée.

2. Décès suite à des pathologies traitables.

Source : E. Nolte et C.M. McKee (2008), « Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis », *Health Affairs*, janvier/février; OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009*, OCDE, Paris.

Tableau 3.7. **Classement de la satisfaction des patients**
2010

	Pays-Bas	Royaume-Uni	Australie	Allemagne	Nouvelle-Zélande	Canada	États-Unis
Classement global	1	2	3	4	5	6	7
Soins de qualité	2	3	4	5	1	7	6
Soins appropriés	3	1	2	6	5	7	4
Soins sans risque	1	2	6	3	4	5	7
Soins coordonnés	2	3	4	7	1	5	6
Soins centrés sur le patient	6	7	2	3	1	5	4
Accès	1	2	6.5	3	4	5	6.5
Problème de coût	2	1	6	3.5	5	3.5	7
Soins en temps voulu	1	4	6	2	3	7	5
Efficiences	3	1	2	5	4	6	7
Équité	1	2	4	3	6	5	7
Durée de vie productive et en bonne santé	4	6	1	3	5	2	7
Dépenses de santé par habitant, 2008 ¹	USD 4 063	USD 3 129	USD 3 353	USD 3 737	USD 2 683	USD 4 079	USD 7 538

1. À parité de pouvoir d'achat, 2007 pour l'Australie.

Source : The Commonwealth Fund (2010), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally*, 2010 update ; Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

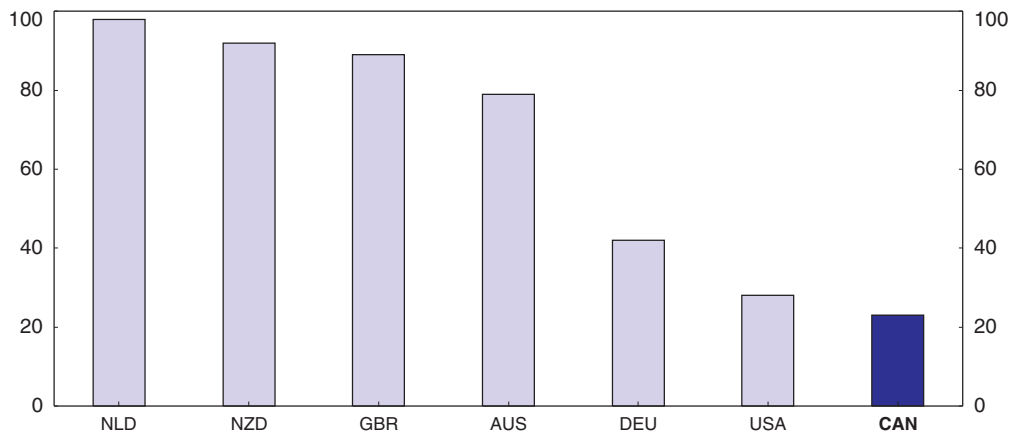

analysées et interprétées. On ne dispose pas de bons indicateurs pour la coordination des soins. De même, il n'y a pratiquement pas de suivi à long terme des patients, en dehors des limites standards (habituellement de 30 jours) pour une réadmission à l'hôpital, une infection postopératoire ou un cancer, des taux de survie à une crise cardiaque et un accident vasculaire cérébral, de sorte qu'en dépit de l'image d'une technologie très sophistiquée on a une connaissance rudimentaire de l'impact des traitements sur la qualité de vie. Statistique Canada est engagé dans la production des micro-données requises ; il est, de fait, un pionnier mondial de la collecte de données sur la santé et les indicateurs de l'état de santé, les ressources en santé et leur utilisation, et les déterminants de la santé (Marchildon, 2005). Aux États-Unis, le système Medicare a déjà produit des données très utiles sur les hôpitaux américains qui montrent incontestablement que haute qualité et efficacité des soins vont de pair ; il n'y pas de compromis possible (Wolfson, 2009). Les techniques de contrôle qualité des processus statistiques utilisées de longue date par l'industrie pour obtenir des améliorations spectaculaires de la qualité des produits sont également pertinentes, mais elles n'ont pas encore été mises en œuvre en matière de soins de santé. Les technologies de l'information peuvent jouer ici un rôle majeur. Le Canada a investi d'importants fonds publics dans la cybersanté. Toutefois, les médecins font état d'une très faible utilisation des dossiers de santé électroniques au niveau local (graphique 3.10). Cela tient largement au fait que, étant donné la complexité et l'étendue du système de santé fédératif du Canada, la stratégie a consisté à mettre en place des systèmes de cybersanté au niveau des juridictions (« dossier de santé électronique »), l'objectif étant de connecter ensuite les installations cliniques, par exemple les cabinets des médecins. Le Canada a récemment débloqué de nouveaux crédits substantiels pour appuyer les travaux dans ce nouveau domaine.

Équité

L'équité est un aspect important de la qualité, en particulier au Canada où elle reçoit un coefficient de pondération important dans l'utilité sociale. Les études de l'OCDE montrent qu'au Canada l'accès équitable aux médecins généralistes et aux soins aigus hospitaliers est au moins aussi bon que dans tout autre pays de l'OCDE et même qu'il privilégie les

Graphique 3.10. **Utilisation de registres médicaux électroniques par les médecins**

Pourcentage de médecins généralistes utilisant des registres médicaux électroniques, 2006

Source : Institute of Health Economics (2008), *IHE in your Pocket 2008*, Edmonton.StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320485>

pauvres¹⁵, ce qui suggère un large degré de réalisation de l'objectif d'égalité d'accès (Doorslaer, 2008). Toutefois, les 15 % de Canadiens n'ayant pas de généraliste attiré sont moins susceptibles de recevoir des soins primaires et des soins spécialisés, même si l'augmentation du nombre de cliniques sans rendez-vous a beaucoup amélioré l'accès à un généraliste, et il existe à l'évidence un biais pro-riches pour ce qui est de l'accès aux spécialistes. Des données fragmentaires laissent à penser que les patients riches et éduqués sont mieux à même d'être orientés vers des spécialistes par leur médecin traitant et il apparaît même qu'ils sont mieux soignés dans les hôpitaux. De même, la facilité d'accès aux services de santé est plus grande dans les régions plus riches où les médecins préfèrent vivre et travailler. Toutefois, ce biais pro-riches n'est pas pire que dans bien d'autres pays de l'OCDE. Là où les politiques du Canada semblent le moins favoriser les catégories les plus démunies de la société c'est dans l'égalité de l'accès aux traitements pharmaceutiques. L'enquête internationale de 2001 sur les politiques de santé (Commonwealth International Health Policy Survey) a montré que les pauvres sont trois fois plus nombreux que les riches à citer le coût comme un obstacle à l'achat de médicaments, alors qu'ils ne sont que deux fois plus nombreux aux États-Unis et dans d'autres pays, de sorte que le Canada enregistre la plus forte différence relative (mais non absolue) liée au revenu. En outre, les titulaires d'une assurance privée avaient 40 % de chances de moins de signaler des problèmes d'accès liés au coût. On peut en conclure que si l'accès aux médicaments sur ordonnance dépend du revenu, cela tient sans doute à l'absence de couverture universelle et à la répartition inégale de la couverture privée entre les catégories de revenu au Canada (Doorslaer, 2008). Il a été également montré que le fait de bénéficier d'une assurance-médicaments privée entraîne une augmentation du nombre de consultations (pour obtenir des prescriptions) de 10 % en moyenne (Stabile, 2001). Et en dépit du degré élevé d'égalité de l'accès, les résultats sur le plan de la santé sont, au Canada, étonnamment sensibles au niveau de revenu, même s'ils sont très bons en termes absolus (encadré 3.5).

Listes d'attente

Au Canada, le problème de qualité le plus emblématique est celui de la longueur des files et des temps d'attente pour l'obtention d'un traitement. On considère communément

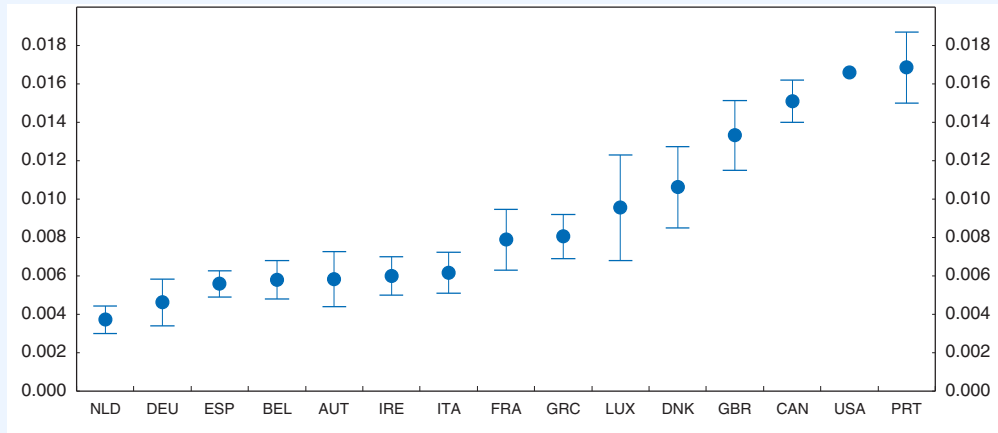
Encadré 3.5. Inégalité des résultats sur le plan de la santé

Différents indicateurs suggèrent un degré relativement élevé d'inégalité d'état de santé entre groupes sociaux et groupes de revenus au Canada. La dispersion de la mortalité par âge entre les régions est la plus élevée de la zone OCDE (au niveau individuel, elle se situe au 8^e rang dans la zone OCDE et au 2^e rang dans le G7). Comme ce résultat ne semble pas être étroitement corrélé à la répartition régionale des médecins, on peut en déduire que l'inégalité d'accès joue un rôle mineur dans les disparités en termes d'état de santé (Joumard et al., 2010, graphique 2). On note une grande différence entre les groupes de revenus situés au-dessus de la moyenne et ceux situés au-dessous de la moyenne pour le pourcentage d'adultes se passant de soins dont ils ont besoin pour des raisons financières (Panorama des statistiques de l'OCDE 2009, p. 297). Si l'on prend en compte la morbidité ainsi que la mortalité dans un « indice d'utilité de la santé » pour obtenir un indicateur plus pertinent de l'état de santé, il apparaît clairement qu'au Canada le statut socioéconomique a un impact profond sur la santé (McIntosh et al., 2009) ; de fait, les inégalités consécutives d'état de santé entre les 80 % situés en bas de l'échelle des revenus et les 20 % situés tout en haut sont équivalentes au poids total du cancer au niveau national, mesuré en mortalité prématurée ou nombre d'années de vie en bonne santé perdues, bien que les pouvoirs publics se soucient beaucoup moins de ce problème que du cancer.

Il est difficile d'appliquer l'indice d'utilité de la santé à des comparaisons internationales, car la composante morbidité de l'indice repose nécessairement sur une appréciation subjective de la qualité des indicateurs de vie, qui peut varier d'un pays à l'autre. Néanmoins, des tentatives ont été faites dans ce domaine. Le gradient socioéconomique du Canada (qui indique dans quelle mesure l'état de santé, mesuré par l'indice d'utilité de la santé, varie avec le revenu), estimé à l'aide des résultats de l'Enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités canadiennes et d'enquêtes similaires conduites à l'étranger, est plus proche de celui des États-Unis que de celui des pays d'Europe continentale en dépit de l'existence de filets de protection sociale plus proches des normes européennes que des normes américaines (graphique 3.11). Si l'on utilise plutôt le fichier de micro-données de la *Joint Canada/US Survey of Health* de 2003 afin d'obtenir pour ces deux pays seulement des indices d'utilité de la santé (HUI) plus cohérents d'un pays à l'autre, le gradient sera probablement légèrement plus prononcé au Canada qu'aux États-Unis pour les groupes d'âge actif mais il le sera moins pour les plus de 65 ans (O'Neill et O'Neill, 2007). Pour concevoir une réponse appropriée en termes de politiques publiques, il faut identifier les causes profondes de ces inégalités. Une étude pointe le genre féminin (d'âge actif) comme une variable explicative unique des besoins de soins non satisfaits au Canada, ce qui conduit à faire l'hypothèse que le fait de travailler à plein-temps hors de chez elles, souvent dans des conditions précaires, et de prodiguer des soins non rémunérés à des membres de leur famille empêche probablement les femmes de s'occuper de leur propre santé (Bryant et al., 2009). Par conséquent, il pourrait bien être contreproductif d'évincer par les dépenses de santé les services sociaux d'aide à la famille (tels que les programmes d'accueil et de garde parascolaire des enfants).

Collectivement, les peuples autochtones sont le groupe social le plus défavorisé à maints égards ; il comprend les populations vivant dans les réserves et hors des réserves (Inuit, Métis et Premières Nations). Bien que ces populations ne représentent qu'une petite partie de la population totale, le gouvernement canadien s'est engagé à réparer les injustices historiques dont elles ont été victimes. Les indicateurs sociaux pour ces populations sont encore rares mais les taux de mortalité dont on dispose sont sensiblement supérieurs à ceux de la population générale (de 60 % pour les hommes et du double pour les femmes) (CHRSE, 2010). De fait, les reportages de la presse d'investigation dépeignent souvent une situation désastreuse pour les conditions élémentaires de vie et de santé dans les réserves, avec des taux élevés d'addiction, de maladies chroniques et d'empoisonnement de l'environnement. Le Conseil canadien de la santé (2005) a fait de l'élaboration d'une base appropriée d'informations et de politiques de réforme pour les Premières Nations l'une de ses grandes priorités. Santé Canada travaille à l'amélioration de l'offre de soins de santé (qui relève en partie de la responsabilité directe du gouvernement fédéral) par une plus grande auto-gouvernance.

Encadré 3.5. Inégalité des résultats sur le plan de la santé (suite)

Graphique 3.11. Inégalité¹ liée au revenu en matière de santé

1. Indices de concentration pour l'indice d'utilité de la santé prévu, corrigés du sexe et de l'âge. Les données pour les États-Unis ne sont pas corrigées du sexe et de l'âge et n'indiquent pas un intervalle de confiance à 95 %, d'où un certain défaut de comparabilité. Ces classements ne reflètent pas une comparaison des inégalités en matière de santé, mais plutôt la sensibilité de l'état de santé aux inégalités de revenu, celles-ci variant fortement d'un pays à l'autre.

Source : Doorslaer, E. van (2008), « Equity in Health and Health-care in Canada in International Perspective », dans M. Lu et E. Jonsson (dir. pub.), *Financing Health-care: New Ideas for a Changing Society*, WILEY-VCH, Weinheim, Allemagne et Xu, K.T. (2006), « State-level Variations in Income-related Inequality in Health and Health Achievement in the United States », *Social Science Medicine*, vol. 53, n° 2.

que ce sont les coupes budgétaires des années 90 qui sont à l'origine du problème. La persistance et même l'allongement des listes d'attente en dépit de financements accrus, reflète : i) le progrès technologique qui, conjugué à la politique de gratuité a fortement accru la demande de certaines chirurgies électives ; ii) le fait que l'injection d'argent frais accroît probablement les prix unitaires plutôt que les volumes de services, les incitations des prestataires demeurant inchangées ; et iii) la persistance des restrictions budgétaires de la capacité des services médicaux et hospitaliers.

On pense que l'attente se produit à de nombreux niveaux, car les goulets d'étranglement se répercutent en cascade sur l'ensemble du système. Dans certaines régions, rurales mais aussi urbaines, il est difficile de trouver un médecin de premier recours ; on rapporte, par exemple, qu'environ 30 % des résidents de Calgary ne sont pas en mesure d'avoir un médecin de famille. La diminution de l'offre effective de généralistes reflète plusieurs facteurs. Au faible nombre des médecins et à la réduction de leur temps de travail moyen s'ajoute un rétrécissement du champ d'intervention des généralistes car nombre de leurs attributions antérieures ont été reprises par les spécialistes (les obstétriciens, par exemple)¹⁶. Toutefois, l'accès des patients à ces spécialistes est lui-même entravé par la pénurie de médecins généralistes référents. Même dans ces conditions, la demande de spécialistes est forte, comme en témoigne la longueur des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (tableau 3.8). Le temps d'attente pour les soins primaires se répercute sur la demande de soins aigus. Les services d'urgence sont engorgés parce qu'on y retrouve avec des pathologies aggravées toutes les personnes n'ayant pas de médecin de famille habituel, ou simplement parce qu'aucun médecin n'est accessible en dehors des heures de bureau. Conséquence des temps d'attente excessifs, ces personnes occupent les rares lits d'hôpitaux nécessaires pour les soins aigus non

Tableau 3.8. **Temps d'attente médians, par province, pour les médecins spécialistes**
 Nombre de semaines d'attente, 2009

	Temps d'attente entre la visite chez le généraliste et la consultation du spécialiste	Temps d'attente entre la consultation du spécialiste et le traitement		
		Total ¹	dont :	
			Arthroplastie ²	Opération de la cataracte
Terre-Neuve-et-Labrador	14.0	13.2	20.0	8.3
Île-du-Prince-Édouard	14.5	12.2	31.5	8.0
Nouveau-Brunswick	14.3	11.4	24.0	15.0
Saskatchewan	11.2	14.0	26.0	12.0
Nouvelle-Écosse	12.2	10.9	60.0	7.0
Alberta	10.0	9.6	20.0	14.0
Colombie-Britannique	7.8	9.2	20.0	8.0
Québec	8.3	8.2	16.0	10.0
Manitoba	6.3	8.0	24.0	8.0
Ontario	6.7	5.8	12.0	6.0
Canada¹	8.2	8.0	n.d.	n.d.

1. Moyenne pondérée.

2. Hanche, genou, cheville, épaule.

Source : Fraser Institute (2009), *Waiting your Turn, Hospital Waiting Lists in Canada*, Fraser Institute, Vancouver.

urgents, ce qui génère des temps d'attente pour la chirurgie élective. Les hôpitaux financés sur des budgets globaux ont intérêt à maintenir de longues listes d'attente pour la chirurgie élective. De même, certains patients sont sur plusieurs listes d'attente et, en dehors de quelques opérations pilotes couronnées de succès (voir ci-après), il y a un manque de coordination entre spécialistes pour la gestion et l'optimisation des listes d'attente.

Il est difficile de juger de la relative gravité du problème dans la mesure où il n'existe pas de données fiables et internationalement comparables sur les temps d'attente, en raison de sérieuses différences de définition (Hurst et Siciliani, 2003). Les données nationales indiquent que pour la chirurgie élective les temps d'attente moyens se situent à l'intérieur des limites récemment établies par le Royaume-Uni dans le cadre de sa « guerre » contre l'attente (18 semaines entre l'orientation vers un spécialiste et le traitement ; 16 au Canada), mais bien supérieures aux objectifs fixés pour l'attente aux urgences (4 heures maximum ; plus de 12 heures au Canada). Ce résultat étonnamment bon (excepté pour l'attente aux urgences) reflète probablement la chute récente des temps d'attente suite à l'initiative prise en 2004 au niveau fédéral pour appuyer les mesures prises au niveau des provinces, notamment l'adoption de registres centralisés et de systèmes de hiérarchisation des priorités dans plusieurs domaines emblématiques. Une très grande disparité subsiste toutefois entre les provinces ; des améliorations sont donc possibles, en particulier dans les provinces de l'Atlantique et dans la Saskatchewan (tableau 3.8). Qui plus est, cette solution n'est pas nécessairement viable, même s'il était possible de continuer à payer pour la réalisation des objectifs¹⁷. À l'évidence, les listes d'attente peuvent avoir leur vie propre : en encourageant l'offre de services, on raccourcit provisoirement la liste d'attente, ce qui ne fait qu'encourager la demande, en particulier dans un contexte de gratuité et pour des services électifs, et le problème se répète (Hurst et Siciliani, 2003). Des objectifs sélectifs peuvent fausser l'affectation des ressources. Des taux élevés des procédures ciblées (excepté peut-être pour les prothèses de hanche) coexistent désormais avec de faibles volumes d'activité hospitalière (tableau 3.9 et graphique 3.9)¹⁸.

Tableau 3.9. **Opérations chirurgicales électives**
2008 ou dernière année disponible

	Canada	Australie	France	Italie	Pays-Bas	Suède	Suisse	Royaume-Uni
Pour 100 000 habitants :								
Nbre d'opérations de la cataracte	1 042	899	944	896	801	790	421	673
Nbre de prothèses du genou	142	158	114	97	119	110	179	146
Nbre de prothèses de la hanche	121	155	220	154	205	207	226	195
Procédures de revascularisation ¹	187	282	220	455	199	218	175	138
Angioplastie coronarienne en % du total des procédures cardiaques	61	69	86	84	71	74	80	68

1. Pontage coronarien et interventions coronariennes percutanées sauf pour la Suède (pontage coronarien et pose de stents).
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé, 2010.

Viabilité

Dans une perspective historique, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a doublé au cours du demi-siècle écoulé, passant d'environ 5.5 % en 1960 à 12 % en 2009, et celle des dépenses publiques de santé a un peu moins que doublé. Durant la dernière décennie de croissance globalement raisonnable du PIB, le rythme des dépenses publiques de santé par habitant des provinces s'est accéléré, pour dépasser 7 % par an (4¼ pour cent par an en base réelle, en prenant le déflateur de la consommation publique) tandis que les revenus propres des provinces progressaient en moyenne de 6 % par an (tableau 3.2). La générosité des accords salariaux entre les provinces et le personnel infirmier et médical et la diffusion plus large des thérapies médicamenteuses, associée à une couverture publique accrue, ont été les principales sources de la tension sur les coûts de santé observée sur la période. L'écart a été comblé par l'augmentation des transferts fédéraux, les revenus d'intérêts sur la réduction du service de la dette et la croissance plus lente des dépenses autres que de santé, dont une partie seulement était conjoncturelle. Les excédents des provinces ont été largement absorbés par les baisses de l'impôt sur le revenu plutôt que par le préfinancement des prestations futures (via une réduction de la dette ou l'accumulation d'actifs). Cela a affaibli l'assiette fiscale et exposé les provinces à des augmentations futures des taux d'intérêt sur leurs dettes, sans parler des passifs non financés en soins de santé (encadré 3.6).

La question de fond est donc de savoir si le déséquilibre grandissant entre les soins de santé et les sources de revenus est viable dans le cadre des politiques publiques actuelles. La possibilité bien réelle pour que les dépenses de santé des provinces soient supérieures à la croissance des revenus confronte à la perspective de déficits budgétaires futurs colossaux imposant : i) de tailler dans d'autres dépenses ; ii) d'augmenter les impôts ; iii) de désassurer les services publics de santé (privatisation) ; ou iv) de trouver d'autres sources d'économies dans les soins de santé eux-mêmes. L'augmentation des transferts fédéraux, qui a été de tout temps la solution privilégiée, ne semble guère probable compte tenu des problèmes budgétaires que connaît le gouvernement fédéral (voir chapitre 2). Aucune de ces options n'est particulièrement attractive car chacune d'elles se heurte à une forte opposition du public, de sorte que l'issue probable sera un compromis ou un panachage des quatre. Nous allons maintenant les examiner rapidement.

Effet d'éviction. Bien que sa part dans les dépenses des provinces ait fortement augmenté (tableau 3.2), la santé n'a pas « évincé » de manière absolue d'autres dépenses sociales (Landon et al., 2006). Mais cela pourrait encore se produire, même à moyen terme si les engagements actuels de maintien de la progression annuelle des dépenses de santé

Encadré 3.6. Le fardeau public futur des soins de santé

Alors qu'on considère que les pensions publiques (régimes de retraite du Canada et du Québec) reposent sur une base plus ou moins durable, le vieillissement démographique et divers autres éléments de tension dans le domaine des soins de santé impliquent un montant considérable de passifs non financés. Normalement, le vieillissement devrait accroître les dépenses moyennes par habitant même si, pour chaque classe d'âge individuellement, ces dépenses demeurent inchangées, car le poids des tranches plus âgées génératrices de plus fortes dépenses augmente. On peut toutefois faire une réserve : l'éloignement de la mort impose une non-linéarité importante au sein même des cohortes de personnes âgées. En d'autres termes, à mesure que l'espérance de vie s'allonge, l'année du décès (qui est l'année de la vie durant laquelle sont encourues la plupart des dépenses de santé) se décale et elle est plus fortement actualisée. Cela diminue, sans toutefois l'éliminer, l'impact du vieillissement dans un sens dynamique (Payne *et al.*, 2007). Selon les calculs de l'OCDE (2006), qui incluent l'éloignement de la mort mais aussi des hypothèses (optimistes) de vieillissement en bonne santé, la part des dépenses de santé publique et des soins de longue durée dans le PIB canadien devrait pratiquement doubler d'ici à 2050 (passant de 7.3 % en 2005 à 13.5 %) si les pressions à long terme du coût historique résiduel moyen (part de la croissance des dépenses de santé que n'explique pas le PIB) devaient persister, mais elle n'augmenterait que d'environ 50 % (pour s'établir à 10.8 %) si ces pressions devaient être maîtrisées grâce à l'utilisation de leviers politiques. Ainsi, même dans le cas le plus favorable, il faut trouver dans les budgets des provinces des ressources supplémentaires pour combler l'écart de 3½ points de pourcentage du PIB, mais en l'absence de corrections des politiques, l'écart pourrait atteindre six points de PIB voire davantage. La charge serait inégalement répartie en raison des disparités de taux de vieillissement démographique d'une province à l'autre, la Colombie-Britannique et le Québec étant les plus durement touchés. Robson (2009) confirme ces ordres de grandeur avec des dépenses de santé publique prévues de 12 % du PIB à l'horizon 2050 (tableau 3.10). Il estime que la valeur réelle actualisée de la dette publique des trois niveaux de gouvernement est trois fois supérieure aux chiffres publiés, en raison essentiellement des énormes passifs non financés liés à la santé et, dans une bien moindre mesure, aux pensions. Certains experts canadiens contestent que les effets du vieillissement puissent, à eux seuls, générer des tendances budgétaires insoutenables, faisant valoir qu'ils sont faibles grâce au tassement continu de la morbidité (vieillesse en bonne santé) et que, si les taux d'utilisation sous-jacents ont été jusqu'ici les moteurs de la progression des coûts à ce stade, des systèmes complexes ont des ressources imprévues pour s'adapter (Evans *et al.*, 2001). Toutefois, Hagist et Kotlikoff (2005) estiment que si la croissance des prestations dans les pays était immédiatement stabilisée, le Canada (comme l'Allemagne) enregistrerait la plus forte valeur actuelle des dépenses publiques en proportion du PIB parmi 10 pays comparables de l'OCDE, pour les raisons suivantes : i) il se caractérise par des prestations relativement élevées à l'heure actuelle ; ii) sa population va vieillir considérablement ; iii) mais surtout, son profil âge-prestations est très accusé. (Si les taux passés de croissance des prestations devaient se maintenir pendant quelque temps, l'augmentation des dépenses de santé serait bien entendu plus forte, mais la situation relative du Canada s'améliorerait dans la mesure où son propre taux antérieur de croissance moyenne des dépenses a été plus modéré que dans certains autres pays).

Encadré 3.6. **Le fardeau public futur des soins de santé (suite)**Tableau 3.10. **Dépenses de santé publique et soins de longue durée : projections à long terme**

En pourcentage du PIB

	2005	Total	
		2050	
		Tension sur les coûts	Maîtrise des coûts
I. Projections internationales de l'OCDE			
Canada	7.3	13.5	10.8
France	8.1	13.4	10.8
Allemagne	8.8	14.3	11.8
Italie	6.6	13.2	10.7
Japon	6.9	13.4	10.9
Royaume-Uni	7.2	12.7	10.0
États-Unis	7.2	12.4	9.7
Moyenne OCDE	6.7	12.8	10.1
II. Canada : projections nationales			
Robson (2009)	7.5 ¹	12	–
Lee (2007)	7.5 ¹	12.5	8
Brimacombe <i>et al.</i> (2001)	Progression annuelle de 2.2 % des dépenses réelles par habitant, 1999-2020 ²		
Matteo et Matteo (2009, Alberta)	Progression annuelle de 1.9-6.1 % des dépenses réelles par habitant, 2007-30		
TD Economics (2010, Ontario)	Progression annuelle de 6.5 % des dépenses de santé, 2 % en termes réels par habitant, 2010-30		

1. 2007.

2. Entre 1999 et 2008, les dépenses réelles par habitant (définition de l'ICIS) ont augmenté de 3.7 % par année en moyenne.

Source : OCDE (2006) ; Robson (2009) ; Lee (2007) ; Brimacombe *et al.* (2001) ; Matteo et Matteo (2009) ; TD Economics (2010).

à quelque 3 % en valeur réelle (excepté pour l'Ontario, qui cherche à les faire baisser) sont honorés. Le risque de saper un filet de protection sociale déjà fragilisé, à tout le moins du point de vue de la santé elle-même (voir ci-dessus), semble clair. Mais on pourrait tailler dans des programmes de dépenses moins productives (chapitre 2).

Augmentations d'impôts. Une manière d'examiner le problème est de le faire à travers le prisme de la baisse des taux d'imposition des revenus et des choix sociaux : en 2004-05, on estimait que l'effet conjugué des baisses de l'impôt fédéral et provincial sur le revenu des personnes physiques et des sociétés opérées autour de 2005 correspondait à environ 60 % des dépenses totales de santé des provinces (Evans, 2004). Les réductions substantielles de l'impôt fédéral de la période 2007-13 auraient encore accru ce ratio. Cela laisse donc de la marge pour augmenter encore les impôts mais cette décision aurait des coûts d'efficacité économique (ce qui explique vraisemblablement pourquoi les impôts ont été réduits dans un premier temps). On estime que chaque dollar prélevé d'impôt sur le revenu évince 1.30 dollar de PIB.

Privatisation. Le débat sur la viabilité est étroitement lié au concept d'équité et au débat sur le financement public-privé des soins de santé au Canada (Matteo et Matteo, 2009). D'aucuns (voir par exemple les rapports Mazankowski et Castonguay mentionnés plus haut) ont fait valoir que, pour résoudre la crise de viabilité, il faudra qu'une part croissante

du financement futur des soins de santé provienne de sources privées (Marchildon, 2010). Pour ses détracteurs, toutefois, la privatisation représente une modification des valeurs sociales du Canada qui vise, à l'instar des baisses de l'impôt sur le revenu, à réduire les possibilités de redistribution et à permettre aux riches de bénéficier d'un meilleur niveau de soins de santé. Au lieu d'ouvrir les soins couverts par le système public à un cofinancement privé (encadré 3.2), les provinces ont eu tendance à transférer les coûts au secteur privé par des décisions de « déremboursement » visant à résilier ou limiter la couverture publique de certains services (de certains médicaments, de l'optométrie, de l'orthophonie et de la physiothérapie, de la chiropractie) ; ces décisions ont été parfois arbitraires et injustes de par leur incidence (Stabile, 2008) et, en réaction aux difficultés budgétaires actuelles, le processus risque de se poursuivre. Toutefois, des coûts privés insoutenables peuvent aboutir in fine à un passif du secteur public¹⁹.

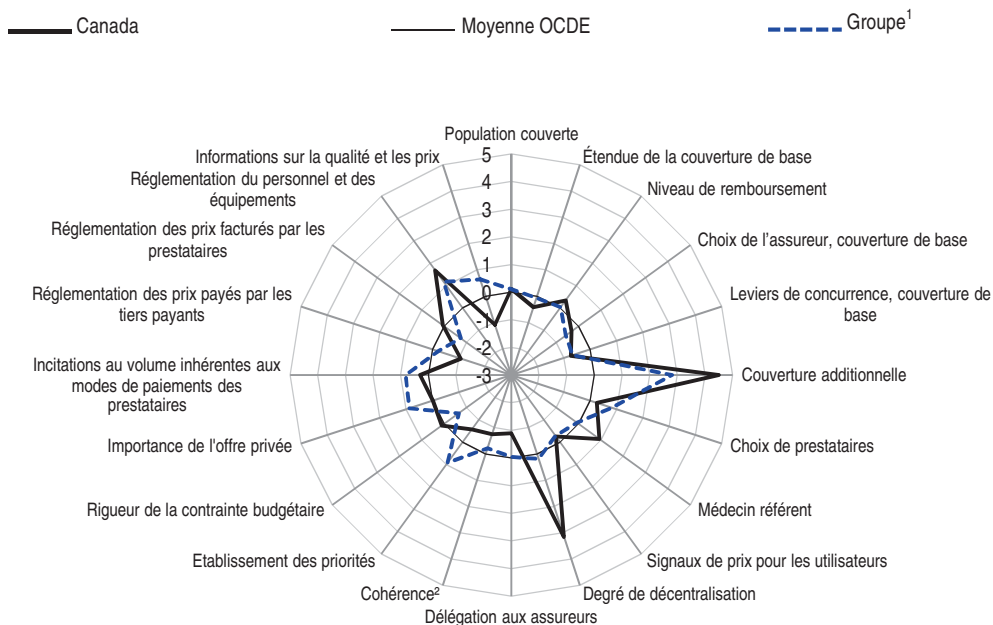
Rapport qualité-prix dans les soins de santé. Une gestion plus efficace des ressources engagées pourrait limiter grandement le degré d'accroissement nécessaire des coûts publics de santé (et donc des impôts et/ou des charges privées). La part très importante (près de 50 %) de la santé dans les dépenses primaires des provinces impose d'examiner son efficacité, compte tenu des pertes sèches considérables pour l'économie qui sont associées à son financement par l'impôt et des coûts d'opportunité des autres dépenses auxquelles il a fallu renoncer. La demande croissante de services induite par les améliorations de la couverture maladie et par le vieillissement devrait être satisfaite dans la mesure du possible par des gains de productivité du côté de l'offre. De fait, étant donné que le nombre de médecins et de lits d'hôpital est déjà très faible et que les salaires des professionnels de la santé sont élevés, la seule option restante est la « réforme ». Toutefois, les efforts de réduction de la dépense en matière de soins de santé se heurtent à une formidable résistance interne aux pertes d'emploi et aux amputations de revenus qui en résultent. Dans presque tous les pays de l'OCDE, l'absence d'indicateurs des résultats sanitaires et de la qualité a laissé la part belle à l'idéologie dans les débats sur la santé ; dans ce contexte, la profession médicale a souvent bloqué les réformes axées sur l'efficacité qui remet en cause ses libertés professionnelles ou ses intérêts économiques. Aussi, les réformes réussies ont bénéficié de données diagnostiques et d'analyses qui intégraient souvent des comparaisons internationales de la performance des systèmes de santé, et leur mise en place a nécessité la coopération des monopolistes professionnels qui fournissent des services de santé (Hurst, 2010). Comme cette coopération a été généralement obtenue grâce au versement de fortes primes, la mise en œuvre de réformes de la santé sous une forte contrainte de ressources, ce qui semble être le cas pour le Canada à en juger par l'analyse développée au chapitre 2, risque de s'avérer particulièrement difficile.

Réformes visant à améliorer l'efficacité en appui de la viabilité

Un récent rapport de l'OCDE (Joumard *et al.*, 2010) a élaboré un ensemble d'indicateurs liés à la performance du système de santé. Les indicateurs d'efficacité et de qualité du Canada résument parfaitement un grand nombre de caractéristiques mentionnées plus haut : efficacité supérieure à la moyenne en termes de résultats pour la santé, nombre de lits d'hôpitaux utilisés, soins primaires et prévention, mais quelques améliorations s'imposent concernant l'équité des résultats en termes de santé et de certains soins aigus. Les indicateurs institutionnels reflètent une couverture de l'assurance publique de base étroite mais profonde, un rôle important pour l'assurance-maladie privée (segmentée), le choix des prestataires mais l'utilisation moindre des signaux de prix, des incitations à des

volumes élevés avec une réglementation de la capacité mais pas des prix des prestataires et une décentralisation importante mais moins de cohérence dans les attributions de responsabilités (graphique 3.12). Les comparaisons avec les pairs de l'OCDE donnent à penser que le Canada devrait étendre le champ d'action de l'assurance de base globale pour remédier aux disparités en termes de résultats pour la santé, introduire des signaux de prix pour limiter la demande, assouplir la régulation de la main-d'œuvre et du matériel et imposer plus de cohérence dans les affectations fédérales pour obtenir des gains d'efficacité. Comme ces recommandations sont en accord avec l'analyse exposée dans ce chapitre, la discussion qui suit tentera de les développer et de les étendre en s'appuyant sur la discussion qui précède des incitations et de la performance.


Graphique 3.12. **Indicateurs institutionnels et de politique pour le Canada**



1. Australie, Belgique, Canada, France.

2. Cohérence de l'affectation des responsabilités entre les niveaux de gouvernement.

Source : Joumar, I., C. André et C. Nicq (2010), « Health Care Systems: Efficiency and Institutions », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 769, OCDE, Paris.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932320504>

Orientation de la demande de services de santé

Des temps d'attente excessifs conduisent à penser que l'offre n'est pas suffisante pour répondre à la demande dans un contexte de gratuité des services. Le cas du Canada est tout à fait exceptionnel en ce sens qu'aucune forme de paiement n'est demandée aux patients pour les services de base. Une forme de tarification pourrait être introduite pour mieux révéler la demande et mieux la rationner. On peut imaginer que cela encouragerait des modes de vie plus sains, évitant ainsi des maladies chroniques futures grâce à la réduction de l'aléa moral inhérent à l'assurance. L'imposition aux usagers de frais d'utilisation présenterait le double avantage potentiel de réduire l'utilisation et de cofinancer les soins publics de santé. L'étendue et l'impact sur la santé d'un tel avantage est une question empirique qui n'a guère été étudiée. L'expérience de la Rand Insurance (Newhouse, 1993) aux États-Unis donne toutefois à penser qu'un ticket modérateur de 25 %

réduirait l'utilisation de 15 %, et qu'un régime de franchises élevées réduirait l'utilisation de 25 à 30 %, sans compromettre les résultats au plan de la santé, excepté pour les personnes très pauvres et malades (du fait de l'absence de contrôles initiaux de la tension artérielle) ; c'est lorsque la participation à la dépense passe de zéro à un montant positif que la réponse de la demande est la plus forte. De même, une expérience menée dans la Saskatchewan a également montré les effets indésirables d'une participation à la dépense pour les résultats sanitaires de pauvres souffrant de maladies chroniques (FCRSS, 2001). En conséquence, la plupart des systèmes publics de santé de l'OCDE exemptent ces individus du paiement du ticket modérateur. Mais dans la mesure où l'utilisation des soins de santé est hautement biaisée, une petite minorité de patients (vraisemblablement très pauvres et/ou très malades) représentant l'essentiel des dépenses, ces exemptions pourraient bien limiter l'avantage financier et créer également des « pièges de pauvreté ».

La mise en place de frais d'utilisation progressifs liés à la fiscalité des revenus permettrait de minimiser leur impact sur l'équité et de maximiser leur incidence sur la réduction des coûts. Ces frais pourraient être calculés comme un pourcentage fixe du coût total des services utilisés par l'entité fiscale, plafonné à un excédent de pertes. Le degré de participation à la dépense augmenterait avec le revenu de manière équitable. Les services d'une grande utilité, notamment les soins préventifs, devraient être exemptés de la participation à la dépense, par exemple en autorisant les bilans de santé annuels gratuits, comme le font déjà nombre de régimes privés. Aba, Goodman et Mintz (2002) préconisent une participation des individus et des familles à raison de 40 % de leurs coûts hospitaliers et médicaux totaux, assortie d'un plafond annuel de 3 % du revenu, après exemption des premiers 10 000 CAD (les services pharmaceutiques et autres seraient exclus dans la mesure où ils restent en dehors du système Medicare). Ce dispositif serait administré par le système d'imposition du revenu ; en 2000 il aurait rapporté 6.6 milliards CAD. À cela s'ajouteraient 6.3 milliards CAD d'économies dues à une consommation plus réduite de services (dans l'hypothèse très prudente d'une élasticité-prix de la demande de 0.17), soit un gain budgétaire total de 12.9 milliards CAD, ou 28 % des dépenses Medicare de 2000 (46.7 milliards CAD), qui pourrait être utilisé pour abaisser les impôts sur le revenu et financer d'autres priorités de santé (notamment élargir la couverture Medicare à d'autres services essentiels, à commencer par les produits pharmaceutiques ; voir ci-après).

Au Canada, toute forme de participation des patients à la dépense est perçue comme une violation du principe d'équité ; elle est donc rarement envisagée. Il est vrai assurément que, si elle n'est pas graduée en fonction du revenu, la mise en place de frais d'utilisation pèsera plus fortement sur les personnes démunies. Toutefois, les soins de santé sont un instrument inefficace pour réduire la pauvreté et pourraient même être régressifs au sens du cycle de vie, dans la mesure où la durée de la vie est étroitement corrélée au revenu. Tant du point de vue de l'efficacité que de la répartition des revenus, un montant important de dépenses de santé pourrait être utilement remplacé par des dépenses anti-pauvreté ciblées, en dédiant à cet effet une partie des frais d'utilisation. Globalement, cela serait plus bénéfique pour les pauvres, car il est probable qu'ils accordent plus de valeur au fait d'être mieux logés, mieux nourris, mieux éduqués, etc. qu'au fait d'être mieux soignés, et une amélioration du panier de consommation global pourrait bien avoir un impact plus significatif sur leur état de santé qu'une augmentation des dépenses de santé. En outre, il faut reconnaître que la seule alternative réelle aux frais d'utilisation est le rationnement des soins et que la théorie économique comme l'observation pratique soulignent son caractère inique.

Néanmoins, l'attitude des Canadiens est peut-être en train de changer. Le Québec, qui a été si souvent l'un des premiers à réformer son système de santé, a lancé l'idée d'une possible franchise maladie dans l'avenir (25 CAD par visite jusqu'à 10 visites par an et par adulte) par le biais de l'impôt sur le revenu, prenant ainsi en compte la capacité à payer du patient (gouvernement du Québec, 2010). L'objectif de la mesure est de responsabiliser les citoyens et de les inciter à prendre leur santé en main tout en donnant au gouvernement un outil pour orienter les utilisateurs de soins dans le sens qu'ils souhaitent en jouant sur le montant de la franchise. Le gouvernement du Québec a indiqué en outre son intention d'étudier les systèmes des pays européens (la Suède, par exemple) ayant mis en place avec succès des niveaux significatifs de participation à la dépense. Une enquête récente (Ipsos Reid, 2010a) a montré que les Canadiens sont prêts à accepter les comptes d'épargne-santé (CES) à fiscalité avantageuse qui s'apparentent aux régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) ou les comptes contributifs qui s'apparentent au RPC, comme autant d'instruments permettant aux consommateurs de gérer et de s'approprier leurs franchises jusqu'à la limite d'une assurance de type catastrophique ou de préfinancer leurs besoins futurs en soins de santé par le biais de cotisations sociales, plus facilement que le ticket modérateur lié au revenu ou que des augmentations d'impôts générales. Si les CES sont souvent jugés inéquitables et mal adaptés à la mutualisation des risques, le système de l'assurance sociale a été recommandé par certains experts comme un moyen efficace de financer le régime universel d'assurance-médicaments (Flood *et al.*, 2008). Une autre enquête (Ipsos Reid, 2010b) a montré que près de la moitié des Canadiens accepteraient des mesures controversées telles que les suppléments pour consultation à domicile, et que deux sur trois seraient favorables à une réforme du système de santé qui leur permettrait de souscrire une assurance-maladie privée pour se faire soigner dans des installations privées non financées par l'impôt.

Encourager la contestabilité en matière de financement et d'offre

Un autre objectif est d'accroître l'efficacité de l'offre pour satisfaire autant que possible la demande, mais en le faisant d'une manière appropriée (avec un minimum de gaspillage) à la contrainte budgétaire donnée. En dépit du fait qu'il s'agit d'un système à payeur unique, Medicare autorise un large choix de prestataires pour les consommateurs, l'entrée (en principe) du secteur privé et l'autonomie des provinces en matière d'offre, autant de facteurs qui devraient rendre le système plus concurrentiel et innovant, donc plus productif. Ces opportunités ne sont pas suffisamment bien exploitées. De nouveaux flux de financement spécialement destinés à réduire les temps d'attente dans certains domaines emblématiques ont été en soi des succès, mais ils se sont attaqués aux symptômes plutôt qu'aux causes profondes du problème. Le paiement à la performance est non seulement onéreux mais il tend de surcroît à fausser l'affectation de ressources et à émousser la motivation intrinsèque des médecins.

Le fait d'autoriser une assurance-maladie privée en marge du système public Medicare pourrait lui conférer une contestabilité éminemment nécessaire et encourager l'offre privée. Même si une infime partie de la population faisait le choix de sortir de l'assurance publique et de souscrire une assurance privée pour les services essentiels (assurance en double, comme en Grande-Bretagne et en Suède), la concurrence des régimes privés inciterait davantage les politiciens et les gestionnaires du système public à l'exploiter plus efficacement et à réduire les coûts pour ne pas perdre leur part de marché (Blomqvist, 2002). On observe une première évolution dans ce sens au Québec ; en effet, la province a autorisé

sous conditions la souscription d'une assurance privée pour les services essentiels pour lesquels il existe des files d'attente. Pour que cette concurrence à la marge fonctionne, il faut que les médecins puissent traiter aussi bien les patients publics que les patients privés (qui paient), comme le recommande le rapport Castonguay (gouvernement du Québec, 2008). L'interdiction des dépassements de tarifs pour les services de base devrait continuer de s'appliquer, de façon à contraindre les prestataires privés à livrer concurrence sur la base de l'efficacité, encore que des déductions puissent s'avérer nécessaires pour amortir les investissements en capital privés. Si elle doit couvrir un éventail plus large de services englobant les services essentiels, l'assurance-maladie privée devra être réglementée (comme c'est le cas au Québec) pour l'empêcher de concurrencer l'assurance publique sur la base de la sélection des risques plutôt que du prix et de la qualité. Ces régimes devraient pouvoir se déployer à l'échelle nationale, c'est-à-dire par delà les catégories d'emploi et les frontières provinciales, de manière à atteindre une échelle suffisante pour permettre la mutualisation des risques.

Un problème analogue se pose concernant la souscription d'une assurance privée par rapport au coût d'un système de ticket modérateur et de franchises (assurance complémentaire, comme en France et en Nouvelle-Zélande). On a fait valoir qu'elle représente une charge supplémentaire pour le contribuable, car en supprimant effectivement l'effet incitatif des frais d'utilisation elle majore le coût du système public. Dans la mesure où les personnes aisées seraient plus à même de la souscrire, elle pose également de sérieux problèmes d'équité. Là encore, il serait conseillé de l'autoriser au nom du choix et de l'efficacité, mais de la taxer en raison de l'externalité publique qu'elle impose (plutôt que de la subventionner pour la rendre accessible aux plus défavorisés, ce qui coûte cher, comme on a pu le constater en Australie et dans d'autres pays). Les propositions visant à taxer l'assurance-maladie privée au lieu de l'interdire (Stabile, 2008 et Glied, 2008), afin d'internaliser ses externalités négatives, dénotent un abandon des positions idéologiques extrêmes au profit de solutions conformes à l'optimum de Pareto. Une réglementation du système public d'assurance-maladie visant à décourager l'écrémage et l'aléa moral est un moyen de se rapprocher de cet objectif. Dans le même ordre d'idées, il faudrait abandonner la déductibilité fiscale régressive de l'assurance privée et la remplacer par une imposition progressive.

Même en l'absence de déconventionnement et de contrats mixtes pour les médecins, un processus d'appel d'offres pour l'attribution des marchés publics en matière de santé, notamment pour les services hospitaliers privés sur un pied d'égalité avec les hôpitaux publics, pourrait encourager la transparence du secteur public, comme pour tout type de marché public. Une étude récente du marché des opérations de la cataracte en Alberta suggère les réformes suivantes. En lieu et place du système actuel qui n'incite pas à contenir les prix, dans lequel l'amélioration de la qualité n'est pas récompensée et le système des listes d'attente pas rationalisé, une nouvelle approche (ayant fait ailleurs la preuve de son efficacité) reposerait sur un système de médecin traitant pour l'identification des candidats à une intervention chirurgicale, sur un processus d'appel d'offres pour contenir les prix et de garanties pour une assurance de qualité (Dranove *et al.*, 2009). Les hôpitaux devraient être orientés vers une budgétisation par activité (comme le font déjà partiellement l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique qui envisagent de généraliser cette approche), pour améliorer leur productivité et réduire les incitations à la constitution de listes d'attente. Les budgets globaux établis sur la base de critères objectifs, comme les populations ajustées du risque, pour promouvoir l'efficacité

impliquent une répartition des ressources en soins de santé plus équitable, car fondée sur les besoins, que dans les budgets établis sur la base des coûts historiques mais ils ne comportent aucune incitation à mieux répondre à la demande.

Dans le même esprit, il faudrait introduire la contestabilité dans les négociations publiques avec les médecins sur le montant de leurs honoraires ou de leurs revenus. L'objectif devrait être d'encourager les médecins à prescrire moins de procédures (non nécessaires) et les hôpitaux à améliorer l'efficacité de leur offre. Nombre de problèmes du système de santé canadien peuvent s'expliquer par le mode de rémunération des médecins. Pour atteindre la micro-efficacité, il faudrait décentraliser la rémunération des médecins de l'échelon provincial à celui des RRS, moins politisé et directement comptable de la performance (Contandriopoulos et Brousselle, 2010). Il faudrait désormais généraliser la rémunération des médecins partiellement à la capitation avec inscription des clients, de manière à décourager des prestations excessives tout en maintenant une certaine pression concurrentielle sur les médecins pour les inciter à garder les patients ayant signé avec eux en leur assurant un niveau satisfaisant de prestations. Dans la mesure où le paiement par capitation incite les médecins à trop orienter les patients vers les spécialistes et les hôpitaux parce que leur propre effort n'est pas récompensé à la marge, une forme de participation à la dépense pour les renvois vers des spécialistes est conseillée, comme cela se fait par exemple dans le système de santé britannique (*National Health Service, NHS*) avec les généralistes gestionnaires de budgets, même si au Canada le système du médecin référent est déjà relativement fort (graphique 3.12). On a de bonnes raisons de penser qu'un mélange de rémunération à l'acte et à la capitation équilibre les incitations, réduit les volumes et améliore la qualité des services (Léger, 2008), même si les pondérations optimales n'ont pas encore été établies. Une approche graduelle, conçue pour calmer la probable résistance des parties prenantes, consiste à autoriser patients et médecins à choisir entre deux solutions : un plan reposant sur l'inscription/la capitation et la gestion de budgets, habituellement dans un contexte de groupement médical de premier recours (très semblable au concept américain du *managed care*), et le *statu quo* en matière de rémunération à l'acte (Blomqvist, 2002). En acceptant les restrictions du plan d'inscription, les patients pourraient être exemptés du ticket modérateur et donc induits à opter pour le maintien dans le programme tandis que les médecins auraient l'assurance de revenus et d'horaires réguliers. Le libre choix par les consommateurs du dosage risque/abordabilité qu'ils préfèrent est efficace. Le Canada est pratiquement le seul pays de l'OCDE à offrir aux consommateurs un choix aussi restreint dans le domaine de l'assurance-maladie.

Intégration des services couverts et des services non couverts par Medicare

Parmi les pays ayant un système universel de soins de santé, le Canada, qui n'offre pas de couverture universelle pour les produits pharmaceutiques, est un cas tout à fait à part. On est fondé à dire que le programme Medicare doit être actualisé pour répondre aux notions actuelles de soins de santé essentiels, en permettant à la fois l'équité de l'accès et une approche plus efficace et intégrée du financement et de l'offre. Cela pourrait nécessiter une réforme de la LCS instaurant une interprétation plus large des termes « médicalement nécessaires ». Ce concept devrait englober les médicaments de base et une sélection d'autres services actuellement non essentiels à l'intérieur d'un panier de base révisé, adéquat et exhaustif. Pour le financer de manière durable, il faudrait autoriser un paiement privé pour les services de base, comme cela se fait déjà dans d'autres pays de l'OCDE (quoique dans une moindre mesure pour le NHS anglais), et ce, comme on l'a fait valoir

plus haut, pour des raisons d'efficacité. Des décisions difficiles et impopulaires de hiérarchisation des priorités sur la base de l'efficacité et des coûts devront être prises de manière continue au fur et à mesure des avancées technologiques.

La fragmentation du financement a conduit à une fragmentation des soins qui grève les coûts et réduit la qualité. Elle a freiné la délégation des tâches des médecins à d'autres personnels de santé, notamment à des personnels infirmiers praticiens qui non seulement coûtent moins cher que les médecins mais qui sont souvent mieux à même de dispenser des soins reposant sur la relation soignant-patient, bien que les règles relatives au cadre des fonctions puissent également entrer en ligne de compte. L'Ontario a déjà mis en place les premières cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien dans certaines régions reculées et mal desservies, quoique cette initiative ait été critiquée par les médecins. L'encouragement de ce type d'initiative, qui délègue aux RRS les flux de financement des médecins et des hôpitaux, les aiderait à réaliser les objectifs du système de santé tout en améliorant la faisabilité des attributions de marchés sur appel d'offres et en autorisant le paiement des médecins dans le cadre de contrats avec les RRS comme évoqué un peu plus haut. En intégrant davantage les produits pharmaceutiques et les soins à domicile dans le panier d'assurance de base, les incitations des RRS à une gestion prudente des différentes composantes du budget total des soins de santé seraient bien alignées, y compris l'incitation à considérer l'ensemble des effets sanitaires des politiques en matière de couverture-médicaments. À titre d'exemple, l'intégration de l'offre de soins de santé incluant les produits pharmaceutiques en Nouvelle-Zélande a été l'une des clés du succès de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques dans ce pays (Morgan, 2008b). Les allocations de budget des RRS devraient elles-mêmes se faire sur la base des populations ajustées du risque plutôt que sur celle des coûts historiques comme cela se fait actuellement dans la plupart des provinces. Pour améliorer leur obligation de rendre compte au niveau politique, les directions des RRS devraient en principe compter parmi leurs membres un petit nombre d'élus locaux et les ministres provinciaux devraient faire usage de leur pouvoir de révoquer des membres nommés de ces directions en cas de performance insuffisante d'une RRS (cela semble bien fonctionner dans d'autres pays, comme l'Italie après les réformes de décentralisation de la fin des années 90). L'idéal serait que les directions des hôpitaux soient séparées des RRS, ce qui leur permettrait de s'attacher à une gestion dépolitisée. L'Ontario a montré la voie avec ses RLIS.

Quelques chiffres approximatifs sur les dépenses de santé (obtenus à partir d'estimations de Marchildon, 2006, et actualisés en prenant 2009 comme année de référence) peuvent aider à conceptualiser l'enjeu. Si l'on intégrait toutes les dépenses pharmaceutiques dans le programme Medicare et si l'on acceptait qu'elles bénéficient de la même politique de non-participation privée aux frais, les dépenses Medicare annuelles seraient supérieures de 40 %, soit une hausse de l'ordre de 5 à 7 % du PIB, avec une réduction équivalente des dépenses privées et des dépenses provinciales publiques au titre du filet de sécurité sociale, si bien que les dépenses de santé totales resteraient inchangées à 12 % du PIB (aux prix de 2009)²⁰. Cette estimation suppose toutefois que la générosité de la nouvelle prestation se situera à peu près dans la moyenne des régimes provinciaux et privés actuels d'assurance-médicaments, alors qu'il y aurait sans doute des pressions politiques poussant à s'aligner sur le régime le plus généreux (Marchildon, 2006). Elle fait aussi abstraction des effets demande qui se produiront probablement lorsque seront ramenées à zéro les fortes participations positives aux dépenses prévues par de nombreux régimes provinciaux et privés – ainsi que les dépenses de 100 % que doit supporter la

fraction de 10-20 % de la population qui n'est pas actuellement assurée, et les dépenses similaires des personnes sous-assurées. Lever l'une ou l'autre de ces deux hypothèses alourdirait nettement les dépenses de santé publiques et totales en réponse à une couverture universelle au premier dollar pour les médicaments sur ordonnance. Selon un deuxième scénario, le maintien d'un niveau de participation à la dépense privée identique à celui que propose aujourd'hui le plan médicaments génériques provincial le plus généreux et son application aux produits pharmaceutiques utilisés à l'hôpital mais aussi en dehors (pour éviter les transferts de coûts), tout en conservant pour l'essentiel les régimes privés existants d'assurance-médicaments financés par l'employeur, ramènerait la facture finale de Medicare à environ 6 % du PIB (soit une hausse de 25 %), mais là encore avec une limite probable plus basse. Une troisième solution doit donc être envisagée : elle consiste à étendre à tous les services Medicare le taux modeste de participation aux frais pharmaceutiques afin de financer la couverture universelle publique des dépenses pharmaceutiques, y compris ses effets stimulants probables sur la demande. Selon une estimation grossière, le régime universel des médicaments sur ordonnance avec participation aux frais, doublé d'une augmentation de 10-15 % de la demande en réponse à l'extension de la couverture, coûterait environ 1-2 points de PIB. Ce montant pourrait être entièrement financé grâce aux économies prévues dans le modèle de participation aux dépenses Medicare de base défini par Abo, Goodman et Mintz (2002). Bien entendu, comme le taux de consommation de médicaments est déjà extrêmement élevé au Canada, il serait préférable d'en maîtriser la croissance et d'utiliser le reliquat de ces économies pour ramener dans le giron du programme Medicare d'autres services non-Medicare importants comme ceux dispensés par les thérapeutes, les infirmières en santé communautaire, etc. En promouvant des modèles intégrés de soins primaires permettant de réaliser des économies à long terme, un tel système pourrait même s'autofinancer.

Améliorer la qualité : le rôle critique de l'information

Certains des problèmes de qualité observés dans le système de santé canadien sont dus à des incitations inopportunes mais aussi à la croissance de la connaissance médicale face à la capacité humaine limitée d'absorber et de maîtriser cette connaissance. Au Canada comme dans d'autres pays de l'OCDE, promouvoir des soins de santé de plus grande qualité et offrir un meilleur rapport qualité/prix grâce à une meilleure information et une meilleure diffusion des technologies de l'information et de la communication (TIC) est, de plus en plus, une priorité des politiques publiques. Le recours aux dossiers de santé électroniques (DSE) pour traiter le trop-plein d'information et gérer le risque dans l'offre de soins de santé, à l'instar de ce qui se passe déjà dans le secteur de la finance et de l'industrie, semble une solution évidente mais aussi très coûteuse car elle suppose la mise en place et l'exploitation de systèmes complexes de gestion des données, moyennant des investissements considérables. Le Canada fait du mieux qu'il peut pour prévoir un financement à cet effet, encore que ses progrès en la matière soient souvent bloqués par un souci certes légitime mais peut-être exagéré de confidentialité, et la nécessité de transparence de marchés portant sur des montants considérables a posé quelques problèmes de gouvernance. Le fondement économique de ces investissements apparaît solide. Selon des estimations préliminaires s'appuyant sur des expériences réussies dans des environnements de santé similaires, le Canada est en mesure de réaliser 1-1.9 milliard CAD de gains annuels (suivant que le DSE couvre 50 % ou 100 % des Canadiens) en mettant fin aux examens répétés sans nécessité, mais surtout en réduisant

les complications médicamenteuses, ce qui représente un substantiel retour sur investissement (Inforoute Santé du Canada, 2007). Mais même si ces gains considérables ne se concrétisaient pas, l'expérience internationale démontre que la qualité des soins pourrait être grandement améliorée.

Mais les solutions moins techniques, dont beaucoup pourraient être mises en œuvre pour un coût relativement faible tout en offrant des rendements escomptés élevés, posent également des défis majeurs. Ces solutions sont notamment : i) de faire en sorte que Statistique Canada dispose du budget requis pour réaliser ses importants travaux dans le domaine des soins de santé (par exemple, un projet de construction de bases de micro-données pour le suivi de l'état de santé des individus sur une longue période après le traitement, auquel s'est opposée de tout temps la communauté médicale) ; et ii) d'encourager les ministères de la Santé des provinces à renforcer leur capacité de traitement, d'analyse et de partage d'un plus grand nombre de données sur la performance des systèmes de santé, peut-être par un financement marginal sous conditions des transferts fédéraux, comme, par exemple, le Transfert visant la réforme des soins de santé d'un montant de 16 milliards CAD (encadré 3.1). Disposer d'une meilleure information sur les prix, les volumes, l'accès et la qualité permettrait aux chercheurs en soins de santé d'étudier les effets de changements de politique et la capacité d'institutions comme le Conseil canadien de la santé à remplir leur rôle prévu de mise au jour des problèmes des provinces et de lancement de débats publics sur les besoins de réforme du système de santé. La création d'une agence pancanadienne indépendante pour contrôler de manière explicite la qualité des soins de santé et conseiller sur les meilleures pratiques cliniques et institutionnelles ou, mieux encore, l'attribution de ce rôle à un organisme déjà existant (l'ICIS, par exemple), pourrait appuyer grandement ces travaux.

La perception de frais d'utilisation, comme indiqué plus haut, créera l'obligation de tenir des fichiers détaillés sur l'utilisation des services de santé par les contribuables. Le processus pourrait être d'une grande lourdeur administrative et, de fait, les opposants à cette mesure ont fait valoir que les coûts de traitement effaceraient largement les gains en amont. Ces coûts pourraient être réduits par une utilisation efficace de la technologie, par exemple des cartes à puce, comme la carte Vitale en France. De plus, la nécessité de garder une trace du coût des services individuels dispensés aux patients contribuerait à une meilleure base d'information : le manque général de données fiables sur les coûts a été un obstacle important à une meilleure affectation des ressources en matière de soins de santé (Blomqvist, 2002). Il existe d'importantes lacunes concernant les données sur les médecins autres que les paiements à l'acte, les données sur les soins de longue durée et les données sur les services de santé privés. Les faibles coûts administratifs des systèmes à payeur unique sont considérés être l'une de leurs caractéristiques les plus attractives mais ils ne devraient pas imposer de lésiner sur les données.

Gestion du programme Medicare

Dans un système de santé financé sur les deniers publics, la rareté est un état normal qui conduit à appeler à plus de dépenses. Comme le problème du manque de ressources doit être réglé d'une manière ou d'une autre, les soins de santé publics ont été rationnés par le biais des listes d'attente et en déplaçant certains coûts vers le privé. Bien souvent, ces formes de rationnement sont arbitraires, inéquitables et inefficaces (par exemple, la gestion des listes d'attente selon le principe premier arrivé premier servi et les décisions de déremboursement du type « tout ou rien »). Avant même la mise en œuvre des réformes

ci-dessus, une approche économique de la fixation des priorités des politiques est nécessaire. Une telle approche reposerait sur le principe selon lequel le changement se produit à la marge de sorte que le choix pertinent porte sur la quantité du service à fournir et non pas sur le point de savoir si ce service doit ou ne doit pas être fourni (Donaldson et al., 2002). Ce n'est que lorsque les avantages d'une nouvelle dépense sont supérieurs au coût d'opportunité de ses utilisations alternatives que cette dépense doit être accrue. Le ciblage des nouvelles dépenses sociales et de santé sur les populations défavorisées, notamment dans des domaines comme les soins primaires intégrés et les maladies mentales, donnera probablement les avantages marginaux les plus élevés, d'où des améliorations des résultats globaux au plan de la santé et de l'efficacité des dépenses de santé telles que définies par l'OCDE. Définir clairement l'objectif de la politique de santé comme étant la santé et le bien-être de la population (au lieu de raisonner en termes de production de soins) permettrait d'adopter une approche plus globale étendant le processus de hiérarchisation des priorités à l'ensemble du budget, auquel cas l'accent pourrait être mis sur l'éducation et l'égalité sociale. Dans le même temps, la simplicité des règles de comparaison des coûts et avantages marginaux devrait être conservée. Les tentatives passées de hiérarchisation se fondant sur l'économie ont nécessité bien souvent une intensité de ressources trop grande pour fonctionner. Le programme commun d'évaluation des médicaments (qui alloue des ressources pharmaceutiques aux services susceptibles d'en tirer le plus grand avantage clinique) et le *Western Wait Times Project* (qui établit des priorités entre les patients sur listes d'attente selon des critères objectifs) sont de bons exemples de fixation de priorités fondées sur l'économie, donc de rationnement « rationnel ». Le Québec s'emploie à mettre en place un Institut national d'excellence en santé et services sociaux chargé d'améliorer la qualité des soins de santé et d'informer les décisions de hiérarchisation des priorités, à partir du modèle d'une institution équivalente dans le NHS anglais. Cela pourrait servir d'exemple aux autres provinces, même si le mieux serait de créer une agence pancanadienne, habilitée à formuler des recommandations contraignantes comme c'est le cas de l'organisme britannique homologue et de celui qui est envisagé aux États-Unis.

La gouvernance fiscale fédérale devrait également être renforcée. La LCS a eu tendance à inhiber la réforme et l'innovation dans les provinces, notamment les tentatives passées d'introduction de frais modestes d'utilisation ou d'autorisation d'une offre privée pour les services essentiels. Alors que l'État fédéral s'est ingénié à pratiquer la non-ingérence à l'égard des politiques de santé des provinces, son influence potentielle en tant que dépositaire ultime de la LCS est grande. Il devrait encourager une interprétation plus libérale de la Loi dans le cadre de réformes fondamentales à venir du système de santé dans un contexte budgétaire très difficile. Les querelles passées sur la « juste part » des transferts fédéraux revenant à la santé devraient céder la place à un système transparent de partage fondé sur des règles. Les provinces devraient envisager de récupérer l'espace fiscal laissé libre par la réduction de la TPS fédérale et le gouvernement fédéral pourrait envisager de transférer plus de points d'impôt sur le revenu en lieu et place d'espèces, pour renforcer les assiettes fiscales des provinces dans la perspective des pressions auxquelles elles seront soumises à long terme par le vieillissement, et pour renforcer la responsabilisation. Des estimations transversales qui dénotent un lien marqué entre la croissance du coût des soins et les transferts centraux aux échelons inférieurs d'administration (en particulier si ces derniers peuvent s'endetter facilement) donnent à penser qu'un transfert de points d'impôt permettrait de réaliser des économies substantielles (Crivelli, Leive et Stratmann, 2010). Les

réglementations devraient être quelque peu harmonisées d'une province à l'autre et vis-à-vis du gouvernement fédéral. Par exemple, le programme commun d'évaluation des médicaments devrait informer de manière unique les décisions d'inscription des médicaments des provinces et les achats des médicaments pourraient être coordonnés au niveau national pour améliorer le pouvoir d'achat collectif et aligner les politiques.

Encadré 3.7. Recommandations pour une réforme des soins de santé

Ce chapitre formule une série de recommandations pour promouvoir l'accès, le coût et la qualité du système de santé. Étant donné la nécessité d'un assainissement des finances publiques évoquée au chapitre 2, priorité doit être donnée aux mesures favorisant la maîtrise des coûts. Toutes les initiatives visant à promouvoir l'accès ou la qualité qui entraînent des coûts supplémentaires devraient s'accompagner de mesures de financement et d'incitation destinées à contenir ces coûts.

Promouvoir la maîtrise des coûts

- Supprimer la non-participation à la dépense des patients pour les services essentiels en imposant un ticket modérateur et des franchises. Si nécessaire, réviser la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).
- Pour les provinces qui ne l'ont pas encore, remplacer la budgétisation sur la base des coûts historiques des régies régionales de la santé (RRS) par une budgétisation reposant sur une formule (par exemple, la population ajustée du risque). Déléguer aux RRS les budgets intégrés pour les services médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques pour permettre une optimisation des affectations de ressources.
- Pour les provinces qui ne l'ont pas encore fait, introduire un élément de capitation ou de salaire dans la rémunération des médecins ainsi que des honoraires réglementés par les RRS, et renforcer le système du médecin référent (*gatekeeping*) par une forme de participation à la dépense.
- Pour les provinces qui ne l'ont pas encore fait, s'orienter vers des budgets basés sur l'activité (groupes hospitaliers mutualistes, par exemple) pour le financement des hôpitaux en passant contrat avec des hôpitaux privés et publics sur un pied d'égalité, avec des plafonds budgétaires globaux ajustés à la hausse pour récompenser l'efficacité.
- Faire reposer le financement fédéral aux provinces sur un ensemble de règles et envisager des transferts de points d'impôts en lieu et place de transferts en espèces.
- Contrôler les prix des médicaments génériques à des niveaux internationalement comparables.
- Clarifier la LCS pour faciliter l'expérimentation par les provinces de l'entrée du secteur privé dans les services hospitaliers et des contrats mixtes public-privé pour les médecins, de manière à stimuler la concurrence et l'innovation dans l'offre de services.

Promouvoir l'accès

- Dans la mesure où les finances le permettent (c'est-à-dire après les réformes de maîtrise des coûts proposées ci-dessus), inclure dans une offre publique de base révisée les produits pharmaceutiques essentiels et, à terme, les soins à domicile, une sélection de thérapies et des services infirmiers.
- Réglementer l'assurance-maladie privée pour empêcher l'écrémage et l'antisélection ; supprimer l'exonération fiscale de l'assurance-maladie privée financée par l'employeur et envisager une taxation progressive de l'assurance-maladie privée complémentaire.

Promouvoir la qualité

- Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les soins de santé, en démarrant à petite échelle si nécessaire, en réglant les problèmes de confidentialité et en modifiant les incitations des prestataires comme indiqué ci-dessus.
- Encourager les provinces à fournir une analyse et des données plus pertinentes sur les performances du système de santé, par exemple par une conditionnalité marginale du financement fédéral.
- Confier à une agence pancanadienne indépendante existante le suivi et l'analyse de la qualité des soins de santé.

Notes

1. Le Canada autorise la souscription d'une assurance privée pour la prise en charge des chambres individuelles dans les hôpitaux.
2. L'OCDE classe le système d'assurance-maladie privée du Canada dans les régimes « complémentaires », ce qui donne à penser qu'il existe une mixité de financement privé-public pour un large éventail de services (comme en Suède), mais en fait cette mixité n'existe que dans les secteurs n'entrant pas dans la catégorie des services établis par la loi comme médicalement nécessaires (voir Stable, 2008, qui classe le régime en complémentaire ou en segmenté par secteurs).
3. Le gouvernement fédéral finance la recherche sur la santé via les Instituts de recherche en santé du Canada et collecte des données à l'échelle nationale par le biais de Statistique Canada (Marchildon, 2010).
4. Le ministère de la Défense nationale assure aux membres des forces armées régulières et aux membres éligibles du corps de réserve des prestations spécifiées pour des motifs médicaux, dentaires et opérationnels. La Gendarmerie royale du Canada fournit des prestations pour soins de santé à ses membres réguliers et aux civils éligibles. Le ministère des anciens combattants offre des prestations et des services de soins aux anciens combattants éligibles et à d'autres personnes couvertes par les deux programmes suivants : le Programme de prestations de santé (examens médicaux, chirurgicaux et dentaires ; appareillages chirurgicaux ou prothétiques ; médicaments sur ordonnance ; traitements dispensés par des professionnels de la santé) et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (programme national de soins à domicile). Le Programme fédéral de santé intérimaire du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration est un programme humanitaire qui a pour but de dispenser une couverture maladie temporaire à certaines catégories de migrants (aujourd'hui presque exclusivement des demandeurs d'asile et des réfugiés au sens de la Convention) ayant besoin d'une assistance pendant leur période d'installation au Canada. Le Service correctionnel du Canada est chargé de dispenser des soins de santé essentiels aux détenus sous responsabilité fédérale et à certains anciens détenus en liberté conditionnelle.
5. Les dépenses pour la formation théorique et pratique du capital humain de santé, c'est-à-dire des médecins, du personnel infirmier et d'autres professionnels de santé, sont financées principalement sur le budget de l'éducation ; elles ne sont donc pas comptabilisées dans les dépenses de santé.
6. Les principales agences intergouvernementales sont : l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), chargé de collecter et de diffuser les données sur la santé produites par les provinces ; le Conseil canadien de la santé (CCS), chargé d'établir des évaluations et des recommandations en vue de la réforme ; Inforoute santé du Canada (initiative fédérale/provinciale/territoriale) qui vise à accélérer le développement des dossiers de santé électroniques ; l'Institut canadien pour la sécurité des patients, chargé de suivre les erreurs médicales et de mettre en œuvre des améliorations de la sécurité des patients dans tout le Canada ; et la Société canadienne du sang. Le Québec et l'Alberta ne font pas partie du CCS (Marchildon, 2010).
7. En 2008, l'Alberta a regroupé ses neuf RRS au sein d'une agence unique (*Alberta Health Services*).
8. Voir Sénat du Canada (2002) et Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) pour les rapports fédéraux, et Premier's Advisory Council on Health for Alberta (2001), Government of Saskatchewan (2001) et gouvernement du Québec (2008) pour les rapports provinciaux.
9. Le coût total prévu de ces dépenses fiscales dans le budget fédéral s'est monté à 2.7 milliards CAD en 2009, auxquels il convient d'ajouter 1.5 milliard CAD au titre des crédits d'impôt pour invalidité et dépenses médicales (ministère des Finances, *Dépenses fiscales et évaluations 2009*). Toutes les provinces ne publient pas de statistiques sur les dépenses fiscales des provinces, mais en supposant des assiettes fiscales provinciales-fédérale communes et en appliquant le même pourcentage de dépenses fiscales à l'impôt provincial sur le revenu des personnes physiques de 2009, celles-ci peuvent être estimées à 2.7 milliards CAD – ce qui fait un de 6.9 milliards CAD, soit environ 0.35 % du PIB. Ce chiffre est à comparer aux 200 milliards USD (1.4 % du PIB) pour les mêmes dépenses fiscales aux États-Unis, qui reflètent le rôle beaucoup plus important de l'assurance-maladie privée et donc des distorsions/des coûts fiscaux plus importants.
10. Les cotisations d'assurance ne sont pas exigées pour une partie des résidents du Québec (bénéficiaires de l'aide sociale, personnes âgées à bas revenus, et enfants des personnes couvertes par le régime public, s'ils ont moins de 18 ans ou s'il s'agit d'étudiants à temps complet de 18 à 25 ans, sans conjoint et vivant avec leurs parents), qui ont droit néanmoins au remboursement intégral de leurs dépenses dans le cadre du régime public d'assurance-médicaments.

11. Il n'y pas eu d'études systématiques sur l'ampleur de la sous-assurance (habituellement définie par le fait que les dépenses privées en médicaments dépassent 3-4 % du revenu du ménage) (Morgan, 2008a).
12. Une ventilation de la croissance des dépenses de santé totales (publiques et privées) sur la période 1980-2009 dans l'Ontario fait apparaître que le facteur « utilisation » en explique un quart et que la hausse des prix relatifs de la santé (approximée par la croissance du déflateur des dépenses publiques totales diminuée de la hausse de l'IPC) en explique 8 % (TD Economics, 2010).
13. En dépit d'une interdiction de la publicité directe, la plupart des consommateurs canadiens sont exposés à cette forme de publicité sur les chaînes américaines, et apparemment celle-ci influence grandement l'augmentation de la demande de produits phares (Marchildon, 2005). Les industries peuvent exercer une forte influence sur les médecins et les politiciens, par le biais des délégués médicaux pour les premiers et d'un intense lobbying pour les seconds. À l'heure actuelle, les activités de marketing représentent une part plus importante des coûts de l'industrie que la R-D pharmaceutique.
14. Les bêta-bloquants sont des médicaments relativement bon marché dont l'utilisation est fortement associée à une baisse de la mortalité à un an, mais les médecins ne sont guère incités à les prescrire car ils n'en tirent aucun bénéfice en termes de revenu propre (Wolfson, 2009).
15. Le biais pro-pauvres dans les soins aigus hospitaliers, observé également en Suisse, aux États-Unis, en Allemagne, en Belgique et en Australie, est mal compris. Il pourrait refléter le fait que les plus riches tendent à utiliser plus efficacement les procédures de soins ambulatoires et que les pauvres sont plus susceptibles de fréquenter les services d'urgence parce qu'ils ne reçoivent pas des soins primaires appropriés.
16. De plus en plus, les généralistes cherchent des postes de médecins hospitaliers, ce qui leur permet de traiter des patients hospitalisés, d'avoir des horaires plus légers et un bon salaire ; c'est ainsi qu'ils abandonnent le statut de médecin de famille avec ses horaires imprévisibles.
17. Lorsqu'on raccourcit les listes d'attente par des financements supplémentaires, on se borne à traiter la queue de distribution, mais on ne fait rien pour optimiser l'affectation de la grande majorité de la population des patients inscrits. Le système des garanties patients, mis en place par le Québec et actuellement développé par d'autres provinces en collaboration avec Santé Canada, serait préférable car il inciterait les provinces à minimiser les temps d'attente.
18. Les recherches de l'ICIS montrent que les procédures non ciblées n'ont pas diminué lorsque les procédures ciblées ont augmenté en réponse aux incitations. Si tel est bien le cas, cela peut indiquer que les capacités hospitalières étaient déjà largement excédentaires même dans un contexte de listes d'attente.
19. Certaines de ces décisions du type « tout ou rien » risquent in fine d'accroître la demande et de coûter plus cher sur le long terme. En Ontario, par exemple, les examens des yeux ont été déremboursés, mais cette décision a probablement entraîné des pathologies ophtalmologiques qui coûtent beaucoup plus cher à soigner et ont un effet préjudiciable sur les résultats au plan de la santé. Les infections dentaires non soignées pour cause d'incapacité à payer des soins déremboursés peuvent également avoir de graves conséquences pour la santé.
20. Le scénario présenté par Marchildon (2006) est celui d'un programme fédéral de soins pharmaceutiques qui se situerait au même niveau que le programme Medicare, sans être une simple extension de celui-ci. Selon cet auteur, une prestation fédérale universelle au titre des médicaments sur ordonnance aiderait à maîtriser la hausse incontrôlée des prix des médicaments (principale menace pour la viabilité budgétaire) en éliminant l'incohérence actuelle due au fait que l'administration fédérale joue un rôle majeur dans la réglementation des médicaments sur ordonnance alors que les provinces ont en charge l'administration et le paiement dans ce domaine ; en permettant une extension naturelle de l'autorité fédérale à la réglementation des prix des génériques ; en s'appuyant sur le pouvoir de négociation considérable d'un acheteur national unique pour négocier des prix attractifs avec les laboratoires pharmaceutiques, si bien que dans l'idéal la réglementation des prix deviendrait inutile ; en augmentant les prestations dans les provinces défavorisées (notamment les provinces de l'Atlantique) au titre d'un des régimes les plus généreux, qui jouerait un rôle d'unificateur national, tout en autorisant un dispositif séparé mais harmonisé (et plus viable) pour le Québec. Toutefois, comme le souligne Marchildon, le risque d'un transfert de coûts des provinces au gouvernement fédéral devrait être contenu au moyen de mécanismes appropriés de coopération provinciale-fédérale sur les soins de santé.

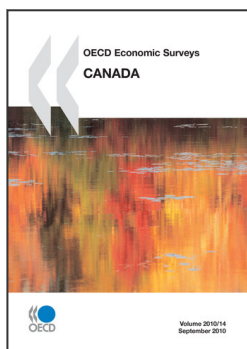
Bibliographie

- Aba, S., W.D. Goodman et J.M. Mintz (2002), « Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System », *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 163, Institut C.D. Howe, Toronto.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), « Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada », mai, www.cna-aiic.ca.
- Barer, M.L. et G.L. Stoddart (1991), *Vers des politiques intégrées sur les effectifs médicaux au Canada*, document préparé pour la conférence fédérale/provinciale/territoriale des sous-ministres de la Santé, Ottawa.
- Bélanger, G. (2005), *L'Économie de la santé et l'État providence*, Les Éditions Varia, Montréal.
- Blomqvist, A. (2002), « Canadian Health Care in a Global Context: Diagnosis and Prescriptions », *Benefactors Lecture, 2002*, Institut C.D. Howe, Toronto.
- Boccuti, C. et M. Moon (2003), « Comparing Medicare And Private Insurers: Growth Rates In Spending Over Three Decades », *Health Affairs*, vol. 22, n° 2, pp. 230-237.
- Boothe, P. et M. Carson (2003), « What Happened to Health-Care Reform? », *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 193, Institut C.D. Howe, Toronto.
- Boychuk, G.W. (2008), « The Regulation of Private Health Funding and Insurance in Alberta Under the Canada Health Act: A Comparative Cross-Provincial Perspective », *SPS Research Papers – The Health Series*, vol. 1, Issue 1, The University of Calgary School of Policy Studies, Calgary.
- Brimacombe, G., P. Antunes et J. McIntyre (2001), *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Stability*, Le Conference Board du Canada, Ottawa.
- Bryant, T., C. Leaver et J. Dunn (2009), « Unmet Healthcare Needs, Gender and Health Inequalities in Canada », *Health Policy*, vol. 91.
- Bureau de la concurrence (2007), *Étude du secteur canadien des médicaments génériques*, Ottawa.
- Church, J. et N. Smith (2006), « Health Reform and Privatisation in Alberta », *Canadian Public Administration*, vol. 39, n° 4 (hiver).
- 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*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>.
- Conseil canadien de la santé (2005), « L'état de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada », Document de travail joint à *Renouvellement des soins de santé au Canada: Accélérer le changement*, Conseil canadien de la santé, <http://healthcouncilcanada.ca.c9.previewoursite.com/docs/papers/2005/BkgrdHealthyCdnsFRE.pdf>
- Contandriopoulos, D. et A. Brousselle (2010), « Reliable in their Failure: An Analysis of Healthcare Reform Policies in Public Systems », *Health Policy*, n° 95, pp. 144-152, www.elsevier.com/locate/healthpol.
- Crivelli, E., A. Lieve et T. Stratmann (2010), « Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries », *IMF Working Paper*, n° WP/10/147, FMI, Washington DC.
- Deber, R. (2003), « Health Care Reform: Lessons from Canada », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 1.
- Deber, R. (2008), « Access without Appropriateness: Chicken Little in Charge? », *Healthcare Policy*, vol. 4, n° 1.
- Deber, R. (2009), « Canada », dans J. Rapoport, P. Jacobs et E. Jonsson (dir. pub.), *Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison*, Wiley-VCH, Weinheim, Allemagne.
- Deber, R., M.J. Hollander et P. Jacobs (2008), « Models of Funding and Reimbursement in Health-care: A Conceptual Framework », *Canadian Public Administration*, vol. 51, n° 3.
- Donaldson, C., C. Mitton et G. Currie (2002), « Managing Medicare », *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 157, Institut C.D. Howe, Toronto.
- Doorslaer, E. van (2008), « Equity in Health and Health Care in Canada in International Perspective », dans M. Lu et E. Jonsson (dir. pub.), *Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society*, WILEY-VCH, Weinheim, Allemagne.
- Dranove, D., C. Capps et L. Dafny (2009), « A Competitive Process for Procuring Health Services: A Review of Principles with an Application to Cataract Services », *SPP Research Papers – The Health Series*, vol. 2, Issue 5, University of Calgary School of Public Policy, Calgary.

- Dumont, J.C., P. Zurn, J. Church et C. Le Thi (2008), « International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 40, OCDE, Paris.
- Evans, R.G., K.M. McGrail, S.G. Morgan, M.L. Barer et C. Hertzman (2001), « Apocalypse No: Population Aging and The Future of Health Care Systems », *La Revue canadienne du vieillissement*, n° 20 (suppl. 1), pp. 160-191.
- Evans, R.G. (2004), « Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada », dans A. Maynard (dir. pub.), *The Public-Private Mix for Health*, The Nuffield Trust, Londres.
- Flood, C.M. et T. Archibald (2001), « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, pp.825-830.
- Flood, C.M., M. Stabile et C.H. Tuohy (2008), *Exploring Social Insurance: Can a Dose of Europe Cure Canadian Health Care Finance?*, Queen's University School of Policy Studies, Kingston, Canada.
- FCRSS (2001), « Mythe : Les frais d'utilisation mettraient fin au gaspillage et garantiraient une meilleure utilisation du système de soins de santé », *À bas les mythes*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth4_f.php.
- FCRSS (2005), « Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public », *À bas les mythes*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth17_f.php.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 41, OCDE, Paris.
- Glied, S., A.G. Prabhu et N. Edelman (2009), « The Cost of Primary Care Doctors », *Forum for Health Economics and Policy*, vol. 12, Issue 1, article 4 (*Frontiers in Health Policy Research*), The Berkeley Electronic Press, www.bepress.com/fhpep/12/1/4.
- Glied, S. (2008), « Universal Public Health Insurance and Private Coverage », *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, vol. 34, n° 3.
- Gouvernement du Québec (2008), *Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé – En avoir pour notre argent*, gouvernement du Québec, Québec, www.financementsante.gouv.qc.ca/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf.
- Gouvernement du Québec (2010), *Budget 2010/11 – Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, gouvernement du Québec, Québec, www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf.
- Government of Saskatchewan (2001), *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*, Final Report of The Commission on Medicare, Government of Saskatchewan, Regina, www.health.gov.sk.ca/medicare-commission-final-report.
- Hagist, C. et L.J. Kotlikoff (2005), « Who's Going Broke? Comparing Healthcare Costs in Ten OECD Countries », *NBER Working Papers*, n° 11933, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Hartwig, J. (2008), « What Drives Health Care Expenditure? Baumol's Model of 'unbalanced growth' revisited », *Journal of Health Economics*, vol. 27, Issue 3, pp.603-623.
- Hollis, A. (2009), « Generic Drug Pricing and Procurement: A Policy for Alberta », *SPS Research Papers – The Health Series*, vol. 2, Issue 1, University of Calgary School of Policy Studies, Calgary.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 6, OCDE, Paris.
- Hurst, J. (2010), « Effective Ways to Realise Policy Reforms in Health Systems », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 51, OCDE, Paris.
- Inforoute Santé du Canada (2007), « 2015 : l'évolution de la nouvelle génération de soins de santé au Canada », Inforoute Santé du Canada, www2.infoway-inforoute.ca/Documents/InfowayVision-FR-FINAL%5B1%5D.pdf.
- Ipsos-Reid (2010a), « Six in Ten Say Canadian Healthcare System is Not Sustainable Because of Costs: Majority (65 %) Agrees Raising Taxes isn't the Answer », 8 mars, www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=4709.

- Ipsos-Reid (2010b), « Two in Three Canadians Think It's Feasible That Provincial Health Spending Could Escalate to 70-80 % of Budgets Within 20 Years », 6 juin, www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=4805.
- Joumard, I., C. André et C. Nicq (2010), « Health-care Systems: Efficiency and Institutions », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 769, OCDE, Paris.
- Lafortune, G., G. Balestat et les membres du Groupe d'expert d'étude sur les handicaps (2007), « Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 26, OCDE, Paris.
- Landon, S., M.L. McMillan, V. Muralidharan et M. Parsons (2006), « Does Health-Care Spending Crowd Out Other Provincial Government Expenditures? », *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, vol. 32, n° 2.
- Lee, M. (2007), *How Sustainable is Medicare? A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf.
- Léger, P.T. (2008), « Physician Payment Mechanisms », dans M. Lu et E. Jonsson (dir. pub.), *Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society*, WILEY-VCH, Weinheim, Allemagne.
- Marchildon, G.P. (2005), *Health Systems in Transition: Canada*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.
- Marchildon, G.P. (2006), « Pharmacare: Rx for Canadian Federalism », *Inroads*, Issue n° 18 (Winter/Spring), pp. 94-108.
- Marchildon, G.P. (2010), « Health Care », dans J.C. Courtney et D.E. Smith (dir. pub.), *The Oxford Handbook of Canadian Politics*, Oxford University Press, Oxford, pp.434-450.
- Matteo, L. Di et R. Di Matteo (2009), « The Fiscal Sustainability of Alberta's Public Health Care System », *SPS Research Papers – The Health Series*, vol. 2, Issue 2, University of Calgary School of Policy Studies, Calgary.
- McIntosh, C.N., P. Finès, R. Wilkins et M.C. Wolfson (2009), « Disparités selon le revenu dans l'espérance de vie ajustée sur la santé chez les adultes au Canada, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 4, Statistique Canada, Ottawa.
- Monahan, P. (2006), « Chaoulli v. Quebec and the Future of Canadian Healthcare: Patient Accountability as the 'Sixth Principle' of the Canada Health Act », *Benefactors Lecture, 2006*, Institut C.D. Howe, Toronto.
- Morgan, S. (2008a), « Challenges and Changes in Pharmacare: Could Social Insurance Be the Answer? », dans C.L. Flood, M. Stabile et C.H. Tuohy (dir. pub.), *Exploring Social Insurance: Can a Dose of Europe Cure Canadian Health Care Finance?*, Queen's University School of Policy Studies, Kingston, Canada, pp. 199-220.
- Morgan, S. (2008b), « Prescription Drug Financing » dans M. Lu et E. Jonsson (dir. pub.), *Financing Health-care: New Ideas for a Changing Society*, WILEY-VCH, Weinheim, Allemagne.
- Morgan, S. et al. (2008), *The Canadian Rx Atlas, 2nd Edition*, UBC Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Vancouver.
- Motiwalla, S.S., C.M. Flood, P.C. Coyte et A. Laporte (2005), « The First Ministers' Accord on Health Renewal and the Future of Home Care in Canada », *Longwoods Review*, vol. 2, n° 4.
- Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers? », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 477, OCDE, Paris.
- OCDE (2007), *Études économiques de l'OCDE : Italie*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009a), *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009b), *Études économiques de l'OCDE : Japon*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009c), *Études économiques de l'OCDE : Nouvelle-Zélande*, OCDE, Paris.
- O'Neill, J.E. et D.M. O'Neill (2007), « Health Status, Health Care and Inequality: Canada vs. the US », *NBER Working Papers*, n° 13429, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, www.nber.org/papers/w13429.
- Orr, D. (2010), « Why Do Some Provinces Spend More on Health Care Than Others? », *Economic Insight*, avril.

- Paris, V. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 24, OCDE, Paris.
- Payne, G., A. Laporte, R. Deber et P. Coyte (2007), « Counting Backwards to Health Care's Future: Using Time-to-Death Modeling to Identify Changes in End-of-Life Morbidity and the Impact of Ageing on Health Care Expenditures », *The Milbank Quarterly*, vol. 85, n° 2, pp. 213-257.
- Premier's Advisory Council on Health for Alberta (2001), *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*, Premier's Advisory Council on Health for Alberta, Edmonton, www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/alpm/2001/132279.pdf.
- Robson, W.B.P. (2009), « Boomer Bulge: Dealing with the Stress of Demographic Change on Government Budgets in Canada », *C.D. Howe Institute e-brief*, n° 71, Institut C.D. Howe, Toronto, www.cdhowe.org/pdf/ebrief_71.pdf.
- Rovere, M. et B. Skinner (2010), « Ontario's Generic Drug Pricing Debacle – Price Fixing is not the Answer », *Fraser Forum*, juin, Institut Fraser, Vancouver, www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/articles/ontarios-generic-drug-pricing-debacle.pdf.
- Ruseski, J. (2009), « Competition in Canadian Health Care Service Provision: Good, Bad, or Indifferent? », *SPP Research Papers – The Health Series*, vol. 2, Issue 4, University of Calgary School of Public Policy, Calgary.
- Sassi, F., M. Cecchini, J. Lauer et D. Chisholm (2009), « Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 48, OCDE, Paris.
- Sénat du Canada (2002), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme - Partie I*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/YC17-371-1-05F.pdf>.
- Sénat du Canada (2007), *Délibérations du Sous-comité sur la Santé des populations, Fascicule 1 – Témoignages du 22 février 2007*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-f/popu-f/01evb-f.htm?Language=F&Parl=39&Ses=1&comm_id=605.
- Skinner, B.J. et M. Rovere (2009), « Access Delayed, Access Denied: Waiting for new Medicines in Canada, 2009 Report », *Studies in Pharmaceutical Policy*, Institut Fraser, Vancouver, www.fraserinstitute.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=2154.
- Stabile, M. (2001), « Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada », *Canadian Journal of Economics*, vol. 34, n° 4, pp. 921-942.
- Stabile, M. (2008), « Private Financing Outside the Publicly Funded System », dans M. Lu et E. Jonsson (dir. pub.), *Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society*, WILEY-VCH, Weinheim, Allemagne.
- Stancati, M. (2010), « Competitive Care: When Italy's Lombardy Region Pitted Private Hospitals Against Public Ones, the Quality of Care Dramatically Improved », *The Wall Street Journal*, 13 avril.
- TD Economics (2010), « Charting a Path to Sustainable Health Care in Ontario – 10 Proposals to Restrain Cost Growth without Compromising Quality of Care », *Special Reports*, TD Economics, Toronto, www.td.com/economics/special/db0510_health_care.pdf.
- Vancouver Island Health Authority (2008), *Briefing Note on Funding Methodologies*, prepared for Committee of the Whole, 14 novembre.
- Wolfson, M. (2009), « On Measuring Outcomes and Productivity in Canada's Health Sector », présentation PowerPoint à la mission de l'OCDE, Statistique Canada, document non publié.
- Yeo, M., J.C.H. Emery et D. Kary (2009), « The Private Insurance Debate in Canadian Health Policy: Making the Values Explicit », *SPP Research Papers – The Health Series*, vol. 2, Issue 3, University of Calgary School of Public Policy, Calgary.
- Zarnett, D., P.C. Coyte, E. Nauenberg, D. Doran et A. Laporte (2009), « The Effects of Competition on Community-Based Nursing Wages », *Healthcare Policy*, vol. 4, n° 3.



Extrait de :
OECD Economic Surveys: Canada 2010

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/eco_surveys-can-2010-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Relever les défis de la réforme du système de santé », dans *OECD Economic Surveys: Canada 2010*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-can-2010-6-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.