

liés à cette maladie est une remarquable réussite de l'hygiène publique. Cependant, la tuberculose demeure la principale cause de décès parmi les maladies à déclaration obligatoire.

3.2 Système canadien de soins et de protection de la santé

3.2.1 Responsabilités des pouvoirs publics

Au moment de la Confédération, en 1867, la participation de l'État aux services de soins médicaux était minime. Pour la majeure partie de ces services, le citoyen ne pouvait compter que sur ses propres ressources et celles de sa famille; en fait, des hôpitaux étaient administrés et financés par des organismes philanthropiques privés ou des communautés religieuses.

Les seuls articles de l'Acte constitutionnel de 1867 (autrefois appelé Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867) qui traitaient de santé ou d'hygiène publique, attribuaient au Parlement fédéral la compétence en ce qui concerne la quarantaine ainsi que l'établissement et l'entretien des hôpitaux de marine, tandis qu'ils confiaient aux législatures provinciales le pouvoir d'établir, d'entretenir et de diriger des hôpitaux, des asiles, des institutions de bienfaisance ou de charité dans et pour la province, exclusion faite des hôpitaux de marine. Il semble donc que ces dispositions constitutionnelles visaient à englober la plupart des services des soins de santé. En outre, comme les provinces avaient généralement compétence pour toutes les questions de nature locale ou privée sur leurs territoires respectifs, il est probable que ce pouvoir s'étendait aux soins de santé, de sorte que le pouvoir sur les institutions municipales fournissait aux provinces un moyen commode de régir ces questions.

En plus des pouvoirs qu'elle conférait au Parlement fédéral de légiférer dans certains domaines, la Constitution lui attribuait le pouvoir de dépenser des fonds du revenu consolidé à l'égard de tout objet, pourvu que les lois autorisant les dépenses envisagées ne fussent pas l'équivalent d'un programme statutaire relevant de la compétence provinciale. Grâce à son pouvoir constitutionnel de dépenser, le Parlement fédéral pouvait consentir des versements aux provinces et aux personnes dans des sphères où il avait peu ou pas d'autorité particulière: par exemple, les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, le financement de ressources sanitaires, les programmes de subventions à l'hygiène, ainsi que le conditionnement physique et le sport amateur. Ce pouvoir permettait aussi au gouvernement fédéral d'entreprendre certaines recherches et de fournir divers services d'information et de consultation.

En matière de santé et d'hygiène au Canada, les attributions sont donc partagées entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Au niveau fédéral, Santé et Bien-être social Canada est le principal organisme responsable des questions sanitaires. Ses principaux objectifs consistent à maintenir et à

améliorer la qualité de vie des Canadiens, y compris leur bien-être physique, économique et social. Il poursuit ses objectifs de concert avec d'autres organismes fédéraux, de même qu'avec les pouvoirs publics des paliers provinciaux et locaux. De façon traditionnelle, la prestation de la plupart des services de soins de santé est reconnue comme une responsabilité avant tout provinciale, et les gouvernements des provinces sont en fait directement chargés de fournir ces services à leurs citoyens.

Collaboration fédérale-provinciale. Étant donné que les gouvernements fédéral et provinciaux se partagent les responsabilités étatiques en matière de santé, il s'est créé une structure officielle de coopération fédérale-provinciale. Cette structure comprend les éléments ci-après: conférence des ministres de la Santé; conférence des sous-ministres de la Santé; et divers comités consultatifs fédéraux-provinciaux sur les services médicaux et les services dispensés en établissements, sur les services de soins communautaires, sur les affaires internationales d'intérêt sanitaire, sur la promotion de la santé et des modes de vie sains, sur les travailleurs de la santé de même que sur l'hygiène de l'environnement, y compris celle des lieux de travail. Les conférences des ministres et sous-ministres de la Santé ont lieu périodiquement aux fins d'examiner tout ce qui regarde la promotion, la protection, le maintien et le rétablissement de la santé des Canadiens. Ainsi, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont réunis en 1982 pour examiner des propositions qui ont abouti à une nouvelle loi sur la santé, en remplacement de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. A l'occasion, les comités consultatifs et les conférences des ministres et sous-ministres de la Santé peuvent former des groupes de travail spéciaux ayant pour mission de scruter certains sujets qui nécessitent une étude plus approfondie.

Par ailleurs, c'est au gouvernement fédéral qu'il incombe de pourvoir aux besoins sanitaires des Indiens et des Inuit, des fonctionnaires fédéraux, de certains groupes d'immigrants et de réfugiés, et des résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Santé et Bien-être social Canada dispense des services de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies, des services de prothèses, des services de médecine de l'aviation civile, des services de santé dans les situations d'urgence en temps de paix comme en temps de guerre, des services de quarantaine et d'inspection obligatoire des arrivées en provenance de l'étranger, ainsi que des services médicaux aux fins de l'immigration.

De plus, le Régime d'assistance publique du Canada prévoit que le gouvernement fédéral doit assumer la moitié du coût des différents services de santé et d'aide sociale indispensables aux citoyens nécessiteux. Adopté en 1966 pour compléter les autres programmes de santé et de bien-être, ce régime est administré par les gouvernements provinciaux. Les avantages qu'il offre varient d'une province à