

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

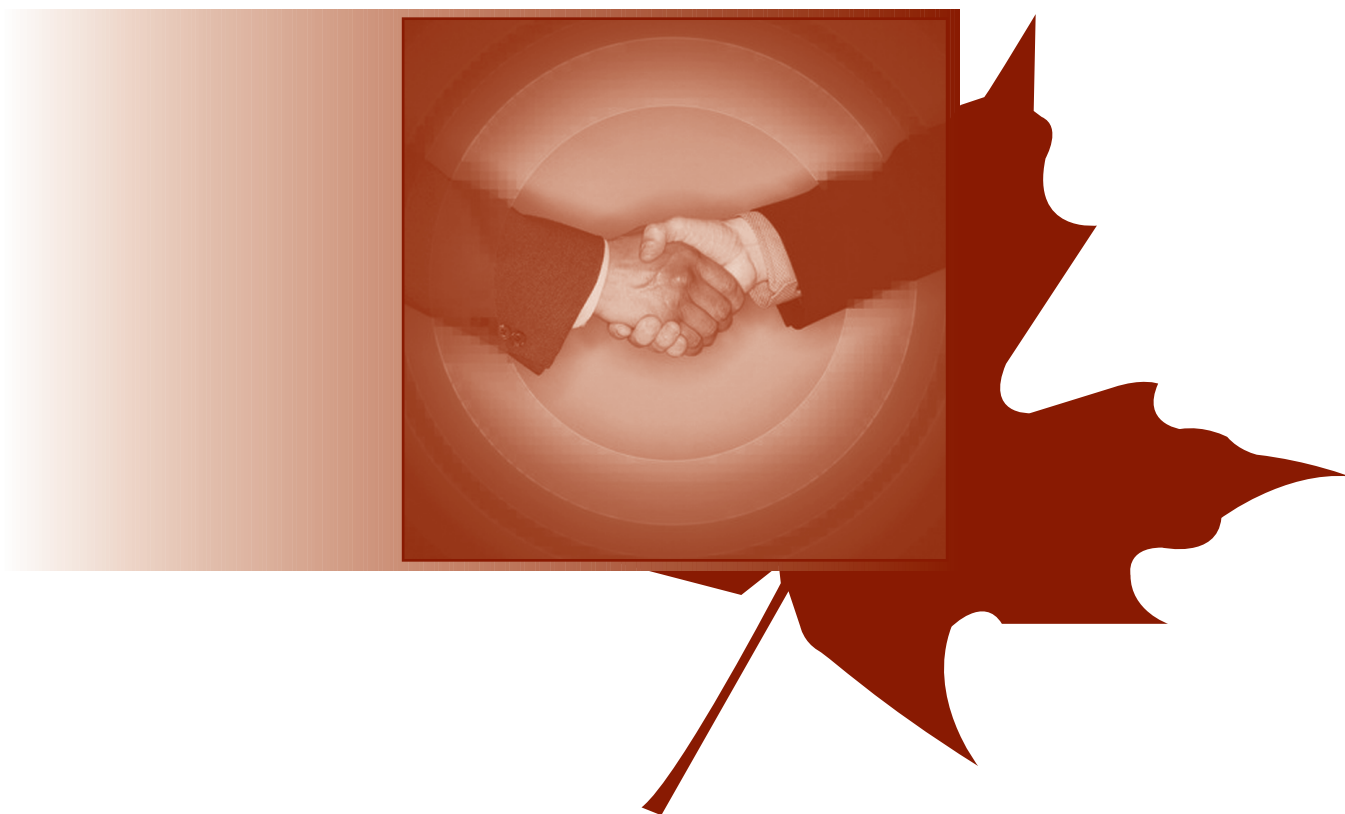


Commission on the
Future of Health Care
in Canada

RAPPORT SOMMAIRE
LE FÉDÉRALISME FISCAL ET LA SANTÉ

LES RELATIONS FÉDÉRALES-PROVINCIALES ET LES SOINS DE SANTÉ

Reconstruire le partenariat



par

L'Institut des relations intergouvernementales
School of Policy Studies
Université Queen's
novembre 2002

CP32-84/2002F-IN
0-662-87917-1

Les auteurs sont seuls responsables des observations présentées dans cette étude, lesquelles n'ont pas reçu l'aval de la Commission.

CHERCHEUR PRINCIPAL, AUTEUR

Harvey Lazar

Directeur, Institut des relations intergouvernementales, School of Policy Studies, Université Queen's

AUTEURS

Keith Banting

Directeur, School of Policy Studies, Université Queen's

Robin Boadway

Professeur d'économie, Université Queen's

David Cameron

Professeur de sciences politiques, Université de Toronto

France St-Hilaire

Vice-présidente, Recherche, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal

Table des matières

Introduction	1
Le contexte constitutionnel et politique	2
L'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le financement des services de santé des provinces	3
Considérations relatives au rôle du secteur public dans les soins de santé	7
Le bien-fondé du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé	8
Partage à prédominance pancanadienne	8
Partage à prédominance provinciale	8
Formule intermédiaire de partage	9
Le choix des instruments fédéraux	11
Prestation fédérale directe	11
Transferts fédéraux directs aux citoyens	12
Transferts fédéraux aux gouvernements provinciaux	12
Considérations relatives à la péréquation	14
Différends politiques entre les gouvernements fédéral et provinciaux portant sur les soins de santé	14
La question du règlement des différends	16
La question des déséquilibres fiscaux	20
Calcul de la part fédérale des soins de santé aujourd'hui	21
Options en matière de financement fédéral	27
Conclusions	29
Bibliographie	35

Introduction

Depuis des décennies, les gouvernements fédéral et provinciaux ont conjointement participé à la prestation de soins de santé universels, assurés et administrés par le secteur public, aux Canadiens. Dans les décennies qui ont suivi la Deuxième Guerre mondiale, les gouvernements fédéral et provinciaux ont convenu d'utiliser une formule de subventions intergouvernementales conditionnelles pour mettre en place les modalités pan-canadiennes qui existent aujourd'hui en matière de soins de santé. Les réalisations des années 50, 60 et 70 ont été remarquables, dans l'optique des politiques, de la fiscalité et des relations de collaboration entre gouvernements.

Mais à l'heure actuelle, on constate un certain nombre de points de rupture entre, d'une part, l'approche du gouvernement fédéral en matière de financement et de relations intergouvernementales dans le domaine des soins de santé et, de l'autre, son rôle au niveau des politiques dans la promotion d'un système pancanadien de soins de santé pour les Canadiens. Ces points de rupture aggravent les difficultés qu'éprouvent les provinces à réformer leur système de soins de santé et constituent de sérieux irritants dans les rapports entre les gouvernements.

L'objet principal de ce document est d'esquisser une série de réformes possibles touchant à la contribution financière du gouvernement fédéral aux systèmes de soins de santé administrés par les provinces. Le second objectif, lié au premier, est de mettre en lumière des façons d'améliorer les relations intergouvernementales, en particulier le processus de règlement des différends fédéraux-provinciaux portant sur la politique et le financement des soins de santé. Les deux s'inscrivent dans le débat plus vaste sur la pérennité et l'amélioration des soins de santé pour les Canadiens. Bien que ces deux questions aient un volet technique important, elles soulèvent aussi des questions de politiques plus générales au sujet du rôle qu'il convient au gouvernement fédéral de jouer dans les soins de santé au Canada¹.

En anticipant sur nos conclusions, nous faisons valoir que certains grands principes devraient guider la façon dont le gouvernement fédéral aborde ces questions. Cependant, nous ne pensons pas qu'il y a seulement une *bonne* manière d'approcher la question du financement fédéral des soins de santé dans l'avenir, ou celle des relations intergouvernementales de façon plus générale. Il y a plutôt différentes visions de la fédération qui témoignent de valeurs différentes. Dans l'une de ces visions, certaines solutions en matière de financement et de règlement des différends paraîtront plus sensées que d'autres. L'étude se termine sur un ensemble de propositions axées sur l'utilisation des instruments du fédéralisme fiscal pour assurer la pérennité et l'amélioration des soins de santé au Canada en harmonie avec différentes visions de la nature de la fédération canadienne et une gamme de modèles qui s'offrent pour régler les différends touchant aux soins de santé.

¹ Les objets de cette étude traduisent le mandat confié par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. D'autres questions importantes liées aux relations intergouvernementales dans le domaine des soins de santé sortent du cadre de la présente étude, notamment celle de savoir si les principes de la *Loi canadienne sur la santé* nécessitent une révision.

Le contexte constitutionnel et politique

La *Loi constitutionnelle de 1867* traduisait les conceptions du 19^e siècle quant au rôle qu'il convient à l'État de jouer. Les besoins des Canadiens en matière de santé et de services sociaux étaient considérés comme une question relevant de la personne, de la famille, de l'église et des œuvres de bienfaisance; le rôle de l'État était essentiellement confiné à des formes rudimentaires de secours pour les pauvres, administré par des organismes locaux. Lorsque le rôle social de l'État a commencé à prendre de l'expansion au 20^e siècle, le Canada a dû s'attaquer à la question du partage des responsabilités dans de nouveaux domaines d'intervention gouvernementale.

Dans le cas des soins de santé, Peter Hogg a fait remarquer que la santé n'est pas une simple question attribuée par la Constitution exclusivement à un palier de gouvernement (Hogg et Monahan, 2000; Lajoie et Molinari, 1978). Mais l'article 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867* accorde aux provinces le rôle central dans ce domaine. Le paragraphe 92(7) confie expressément aux provinces la responsabilité pour les hôpitaux. En outre, la compétence des provinces a été déduite d'autres pouvoirs plus généraux qu'elles possèdent, notamment en vertu du paragraphe 92(13), qui traite de la propriété et des droits civils, et du paragraphe 92(16), qui traite des questions de nature locale et privée. Durant les premières décennies du 20^e siècle, les tribunaux ont statué que ces articles habilitaient les gouvernements provinciaux à réglementer les professions médicales et les régimes d'assurance commerciaux. Ce pouvoir a été étendu au nouvel instrument de l'assurance sociale à la fin des années 30.

La Constitution réserve aussi une place au gouvernement fédéral dans les questions de santé. La compétence en matière de droit pénal donne au gouvernement fédéral un rôle dans la protection de la santé publique. D'autres articles de la Constitution attribuent au gouvernement fédéral la responsabilité en matière de bien-être – y compris les soins de santé – pour certaines catégories spécifiques de gens, dont les « autochtones », les « étrangers », les personnes détenues dans les prisons fédérales et les membres des forces armées. En outre, les pouvoirs du gouvernement fédéral en matière de taxation sont à l'origine de l'importante participation fédérale au financement des dépenses liées aux soins de santé par l'intermédiaire des divers crédits d'impôt offerts par le régime d'impôt sur le revenu des particuliers et des exemptions de la TPS. Les dépenses de recherche du gouvernement fédéral assurent aussi aux organismes fédéraux un rôle important dans la recherche et l'information sur la santé.

Le principal rôle du gouvernement fédéral dans les services de santé dispensés à la population en général s'est développé dans le cadre des transferts financiers aux gouvernements provinciaux. Le fondement constitutionnel de ces transferts se trouve à l'article 36 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et dans la doctrine du pouvoir fédéral de dépenser. Le paragraphe 36(1) engage le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux à « promouvoir l'égalité des chances de tous les Canadiens dans la recherche de leur bien-être » et à « fournir à tous les Canadiens, à un niveau de qualité acceptable, les services publics essentiels ». Le paragraphe 36(2) engage ensuite les deux ordres de gouvernement à respecter le « principe de faire des paiements de péréquation propres à donner aux gouvernements provinciaux des revenus suffisants pour les mettre en mesure d'assurer les services publics à un niveau de qualité et de fiscalité sensiblement comparables ».

Selon la doctrine du pouvoir de dépenser, le Parlement fédéral peut dépenser ou prêter des fonds à tout gouvernement, institution ou personne de son choix, à toute fin qu'il détermine, et qu'il peut rattacher à toute subvention ou prêt toute condition de son choix, y compris des conditions qu'il ne peut légiférer directement (Hogg et Monahan, 2000). L'utilisation du pouvoir de dépenser a été controversée et contestée tant au niveau politique (Commission Tremblay, 1956; Commission Séguin, 2002) que devant les tribunaux. Jusqu'ici à tout le moins, les tribunaux ont accepté cette notion, même s'il est probablement vrai qu'elle n'a pas été complètement mise à l'épreuve.

L'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le financement des services de santé des provinces

Durant les années de guerre, le gouvernement fédéral a élaboré des propositions ambitieuses en vue d'établir un système d'assurance sociale après la guerre, lequel englobait un régime public d'assurance-maladie. Plusieurs de ces propositions avaient un lien avec les jugements rendus par les tribunaux au sujet des pouvoirs des deux ordres de gouvernement. Mais cet ensemble de propositions fédérales a été rejeté à la Conférence du Dominion et des provinces sur la reconstruction de 1945, l'Ontario et le Québec étant les principales provinces opposées au projet. D'autres provinces, cependant, favorisaient une intervention rapide dans le dossier de l'assurance-hospitalisation. Ainsi, en 1947, la Saskatchewan a adopté un régime public d'assurance-hospitalisation et, à des degrés divers, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont emboîté le pas assez rapidement. Terre-Neuve disposait d'un régime public d'assurance-maladie lorsqu'elle est entrée dans la Confédération en 1949. Avec l'appui d'une majorité de provinces (qui, à ce stade, englobait l'Ontario), la Chambre des Communes a édicté à l'unanimité, en 1957, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*.

Pour être admissibles à la formule fédérale de partage des coûts de la loi de 1957, les régimes provinciaux devaient s'étendre à tous les résidents de la province, selon des conditions et modalités uniformes, englober certains services diagnostiques précis et limiter la coassurance ou les frais « modérateurs » afin d'éviter d'imposer un fardeau financier excessif aux patients. En 1961, toutes les provinces avaient signé des ententes en vue de participer au régime fédéral.

La mise en place d'un régime d'assurance-maladie englobant les services des médecins s'est révélée plus controversée. La profession médicale et l'industrie de l'assurance y étaient opposées farouchement. Encore une fois, la Saskatchewan a pris les devants en adoptant un régime universel au début des années 60 et en faisant pression pour obtenir le soutien du gouvernement fédéral. Cette fois, cependant, les gouvernements de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario étaient initialement opposés au projet, en partie parce qu'ils préféraient un régime privé d'assurance-maladie pour la majorité de leur population. En 1965, le gouvernement fédéral a opté pour le modèle universel de soins de santé mis de l'avant par la Saskatchewan. Il s'est engagé alors à défrayer la moitié des dépenses des provinces pour les services des médecins même si à la conférence fédérale-provinciale de juillet 1965, le premier ministre a indiqué que cela ne signifiait pas nécessairement l'adoption de modalités officielles de partage des coûts comme celles existant pour l'assurance-hospitalisation. Néanmoins, aux termes de négociations intergouvernementales, un mécanisme formel de partage des coûts a été intégré à la

Loi sur les soins médicaux de 1966. Pour que les provinces soient admissibles à toucher leur part de l'aide financière fédérale, elles devaient respecter diverses conditions. Les régimes médicaux des provinces devaient confier l'administration et le fonctionnement du régime à une autorité publique sans but lucratif, assurer la couverture de « tous les services dispensés par des médecins praticiens qui sont médicalement requis », offrir une couverture universelle à tous les résidents de la province (au moins 95 p. 100 de la population admissible) selon des modalités et des conditions égales et prévoir la transférabilité des avantages. Il n'est pas certain que la question de l'« accès » ait alors été perçue comme un cinquième principe ou condition d'importance égale aux précédents, mais la législation fédérale exigeait explicitement que l'on n'impose pas aux personnes assurées des frais qui pourraient gêner ou empêcher un « accès raisonnable » aux services assurés. Cette disposition relative à l'accès raisonnable visait apparemment à exclure les frais exigés par les provinces pour les services dispensés par des médecins aux patients, mais elle ne visait peut-être pas la surfacturation par les médecins qui pouvait entraver ou empêcher un accès raisonnable. À tout événement, même si la question de l'accès ne constituait pas un cinquième principe d'importance égale aux autres (le discours du premier ministre à la conférence fédérale-provinciale du 19-20 juillet 1965 ne traitait pas de l'« accès raisonnable » comme d'un principe formel), elle a progressivement évolué pour acquérir ce statut. Comme nous l'avons indiqué précédemment, en dépit de la réticence initiale de certaines provinces, toutes s'étaient jointes au régime en 1970.

Même si l'instrument du partage des coûts s'est avéré très efficace pour mettre en place un régime pancanadien public d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, il comportait aussi des inconvénients. Ainsi, au début des années 70, le gouvernement fédéral est devenu très préoccupé par la possibilité que l'engagement inconditionnel qu'il avait pris de rembourser la moitié des dépenses des provinces dans le cadre de divers programmes, y compris les soins hospitaliers et médicaux, compromettrait sa capacité de maîtriser ses propres dépenses. De même, au milieu des années 70, les gouvernements provinciaux exprimaient leur propre frustration à l'égard du modèle de partage des coûts. Ils voulaient échapper aux négociations détaillées auxquelles elles devaient se soumettre annuellement sur les questions d'admissibilité (par exemple quels lits d'hôpitaux étaient admissibles au partage des coûts). Les provinces soutenaient aussi que cette forme de partage des coûts avait un effet de distorsion sur leur processus de répartition des ressources.

Après de longues négociations fédérales-provinciales, un compromis est apparu sous la forme de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*. Les transferts au titre des services hospitaliers et médicaux et ceux portant sur l'enseignement postsecondaire étaient réunis dans une seule subvention globale. Initialement, le transfert au titre du Financement des programmes établis (FPE) devrait représenter un montant égal par habitant pour chaque province. Environ la moitié de ce montant était initialement versée sous forme de transfert en espèces par habitant, égale pour toutes les provinces. L'autre moitié était attribuée aux provinces sous la forme d'un transfert de points d'impôt. Celui-ci correspondait à 13,5 points de pourcentage de l'impôt sur le revenu des particuliers et d'un point de pourcentage de l'impôt sur le revenu des sociétés. Les points d'impôt faisaient l'objet d'une péréquation par rapport à la moyenne nationale selon la formule de péréquation fédérale en vigueur à l'époque. Le programme comportait aussi des paiements d'égalisation. Ainsi, au cours de la période transitoire de cinq ans, les points d'impôt

(assortis d'une péréquation et de paiements d'égalisation) devaient valoir autant, par habitant, pour les provinces bénéficiant de la péréquation que la valeur qu'ils représentaient pour les provinces plus riches. Le gouvernement fédéral obtenait ainsi une plus grande prévisibilité à l'égard de ses engagements financiers. Les déboursés en espèces faits par le gouvernement central allaient augmenter selon une formule liée au taux d'expansion de l'économie et non à celui des dépenses des provinces. Les provinces obtenaient une réduction des mesures de contrôle administratif du gouvernement fédéral. Même si les conditions se rattachant au régime d'assurance-maladie demeuraient en place, les fonctionnaires fédéraux n'avaient plus à décider si les dépenses d'une province en particulier étaient admissibles au partage des coûts.

Aujourd'hui, on ne s'entend pas pour dire que la fin du partage des coûts dans le domaine des soins de santé a été « une bonne chose ». La plupart des arguments, de part et d'autre, étaient déjà bien articulés en 1977. (Voir, par exemple, Perry, 1977.) Pour certains, le passage au financement global représentait une « bonne chose » parce que le gouvernement fédéral n'avait plus à déterminer l'admissibilité des dépenses des provinces au partage des coûts ni à procéder à une vérification de ces dépenses. Cela était jugé souhaitable parce que plus respectueux de la compétence constitutionnelle des provinces en matière de soins de santé. Pour d'autres, le passage au financement global a rompu le lien explicite entre les contributions en espèces du gouvernement fédéral et les dépenses des provinces au titre des soins de santé. Cette initiative était perçue comme une « mauvaise chose » parce qu'elle risquait de limiter la capacité du gouvernement fédéral de faire respecter les principes pancanadiens de la législation sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie (*Toronto Star*, p. A5). Ce que l'on n'avait pas prévu à l'époque est l'apparition d'un sérieux différend fédéral-provincial sur l'opportunité de continuer à « considérer » le transfert de points d'impôt fédéraux comme une contribution du gouvernement fédéral vingt ou vingt-cinq ans plus tard. Toutefois, cette question est devenue un enjeu politique dans la dispute fédérale-provinciale sur la contribution financière adéquate du gouvernement fédéral aux soins de santé. En outre, les éléments d'ambiguïté qui entourent cette question ont servi ces dernières années à embrouiller le débat public sur la participation financière adéquate du gouvernement fédéral.

Le début des années 80 a été marqué par l'expansion de la pratique de la surfacturation par certains médecins et l'imposition de frais d'établissement par les hôpitaux dans certaines provinces. Le gouvernement fédéral est opposé à ces deux pratiques parce qu'elles sont contraires au principe de l'égalité d'accès aux soins de santé, mais il n'avait pas les moyens législatifs d'imposer son point de vue. Le Parlement a donc adopté à l'unanimité la *Loi canadienne sur la santé* en 1984 pour décourager ces pratiques. La législation amalgamait les lois antérieures distinctes sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie. Pour être admissibles au soutien financier du gouvernement fédéral, les régimes provinciaux devaient respecter les conditions/principes énoncés dans la législation de 1966, notamment en matière d'accès. Pour faciliter l'application du principe de l'« accès raisonnable », la loi précisait en outre que l'imposition de tels frais par les provinces entraîneraient la déduction d'un montant équivalent des transferts fédéraux. Malgré le mécontentement des gouvernements provinciaux et leur opposition unanime à cette loi, les provinces se sont généralement conformées à ses dispositions durant les années qui ont suivi, peut-être après avoir constaté que la position du gouvernement fédéral bénéficiait d'un large appui populaire.

Avec l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, des questions ont surgi au sujet de la façon dont celle-ci devait être interprétée et appliquée. Pour l'essentiel, notamment après l'élection d'un nouveau gouvernement fédéral en 1984, les hauts fonctionnaires ont fait la plus grande partie du travail nécessaire, à huis clos, dans un climat de collaboration intergouvernementale. À la fin des années 80, les désaccords fédéraux-provinciaux au sujet des frais imposés aux usagers avaient été, momentanément du moins, relégués à l'arrière-scène. Lors de la campagne électorale de 1993, toutefois, le programme défendu par les Libéraux fédéraux affirmait que ces derniers n'accepteraient pas de frais d'utilisation ou toute autre mesure qui compromettrait le régime d'assurance-maladie (Parti libéral du Canada, 1993). Avec le subséquent changement de gouvernement au palier fédéral en 1993, la question des frais d'utilisation et les questions entourant l'interprétation et l'application de la loi sont réapparues et ont pris un caractère litigieux. Depuis lors, le processus par lequel le gouvernement fédéral a interprété et appliqué la *Loi canadienne sur la santé* est devenu une source de préoccupation beaucoup plus grande parmi les provinces. Selon cette perception, le gouvernement fédéral agit à la fois comme procureur et juge lorsque des différends surgissent (Cameron et McCrea-Logie, 2002).

Si les relations fiscales entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires avaient été harmonieuses durant ces années, la question du règlement des conflits n'aurait peut-être pas pris autant de place dans les relations intergouvernementales en matière de soins de santé. Cependant, le gouvernement fédéral a unilatéralement resserré les conditions du FPE et des autres transferts à diverses occasions durant les années 80 et au début des années 90, tendance qui a culminé en 1995 avec l'annonce de la création du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Cette mesure jumelait le FPE et le transfert distinct au titre du bien-être social en un seul transfert global, en réduisant la taille des transferts en espèces aux provinces dans une mesure très importante (à compter de 1996) par rapport à ce que ces dernières pouvaient anticiper dans le cadre de l'ancienne législation. Le changement était essentiellement motivé par des considérations budgétaires. Le gouvernement fédéral se retrouvait avec un déficit et un endettement insoutenables et il était engagé dans une vaste stratégie de réduction des dépenses qui englobait, entre autres choses, des compressions particulièrement sévères dans les transferts aux provinces.

Nous examinons ci-dessous les tensions suscitées par les coupures que comportait le TCSPS. Il suffira de noter ici qu'aujourd'hui, un désaccord profond sépare les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en ce qui a trait à la contribution financière fédérale adéquate aux budgets des soins de santé des provinces, dont la progression n'a pas ralenti. Les divergences de vues évoquées précédemment au sujet du processus de règlement des différends, tant sur le plan des politiques (réapparition de la controverse au sujet des frais d'utilisation dans les années 90) que sur celui des questions fiscales, n'y sont pas étrangères. En conséquence, l'esprit de partenariat politique entre le gouvernement fédéral et les provinces, qui a joué un rôle si fondamental dans les premiers jours du régime public d'assurance-maladie, s'est sérieusement affaibli depuis le début des années 80. Même si la population canadienne continue de penser que la collaboration intergouvernementale est importante pour l'avenir du régime public universel d'assurance-maladie, les gouvernements ont évolué dans un climat d'adversité depuis au moins deux décennies en participant trop peu à une prise de décision interactive sur les questions qui importent vraiment (Adams, 2001).

Compte tenu de ce degré d'animosité et d'incompréhension intergouvernementales, il est utile de réfléchir à la façon dont nous en sommes venus à une telle situation, et ce que nous pourrions faire pour la corriger. Comme première étape dans l'examen de ces questions, nous retournons aux principes fondamentaux en posant deux questions : i) Quelles raisons sont à l'origine du rôle joué par le gouvernement dans les soins de santé? et ii) Quel est le fondement du rôle assumé par le gouvernement fédéral?

Considérations relatives au rôle du secteur public dans les soins de santé

Deux caractéristiques essentielles contribuent à départager de nombreuses formes de soins de santé par rapport aux autres produits et services. Premièrement, le besoin pour les soins de santé est habituellement incertain. Deuxièmement, le risque de mauvaise santé est mal réparti parmi la population. Des marchés peuvent souvent être créés pour mettre en commun les risques entre les membres d'une population, en particulier lorsque les événements sont répartis de façon aléatoire parmi cette population. Mais la bonne santé n'est pas répartie au hasard. Certaines personnes ou certains groupes de personnes présentent un risque systématiquement plus élevé de maladie que les autres. On peut donc s'attendre à ce que les compagnies d'assurances privées offrent, comme il se doit, différentes modalités d'assurance à des personnes ayant différents niveaux d'assurabilité, et que les personnes présentant un risque élevé de maladie ne seront assurées qu'à des coûts relativement élevés. De fait, certaines personnes peuvent être pratiquement non assurables parce que leur probabilité de tomber sérieusement malade est très élevée. En outre, l'assurabilité d'une personne peut également changer avec le temps, en particulier avec l'âge. La bonne santé et la maladie sont, dans une large mesure, déterminées par le hasard, c'est-à-dire le bagage génétique dont on a hérité à la naissance.

L'institution de l'assurance sociale repose sur l'idée que la façon la plus juste de s'assurer contre la malchance d'avoir une prédisposition à une mauvaise santé est de mettre en commun ce risque pour l'ensemble des citoyens. Cela concorde avec l'idée que les gens ont une certaine responsabilité les uns envers les autres et que la meilleure façon de s'en acquitter est de partager ce risque à l'échelle de la société. Ainsi, l'argument en faveur de l'assurance-maladie publique repose principalement sur un motif d'équité.

Des considérations d'efficacité viennent s'ajouter aux raisons d'équité pour justifier le rôle de l'État dans la prestation des soins de santé. Les prestataires de soins de santé, en particulier les médecins, sont beaucoup mieux informés que les gens qui ont besoin de leurs services. Les médecins contrôlent aussi l'offre de soins de santé. En conséquence, ils disposent d'une certaine forme de pouvoir de monopole. Pour éviter des prix exagérément élevés pour ces services, il faut faire intervenir un contrepoids. Le secteur public est le contrepoids qui vient immédiatement à l'esprit. En tant que système à payeur unique, le secteur public peut efficacement négocier de manière à contrôler les coûts. Un payeur unique est aussi plus efficace sur le plan administratif qu'un système à payeurs multiples. Ainsi, l'argument reposant sur l'équité à l'origine de l'assurance-maladie publique se trouve renforcé par un puissant motif d'efficacité. (Voir Banting et Boadway, 2002, pour un examen plus détaillé de cette question.)

Mais du même coup, la logique de l'assurance sociale n'écarte pas, en soi, un double système privé-public. Aussi longtemps que le système public est financé à même les recettes générales de l'État et qu'il assure une disponibilité uniforme des services de santé, la coexistence d'un système privé desservant les personnes qui souhaitent ne pas se prévaloir du système public n'est pas incompatible avec les principes de l'assurance sociale. Les arguments contraires reposent sur des jugements relativement à la faisabilité politique et à la durabilité d'un système public en présence d'un système privé parallèle (Flood et coll., 2002).

Le bien-fondé du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé

En supposant que l'on s'entende sur le principe de l'assurance sociale, il se pose toujours la question des dimensions particulières de l'activité au sein de laquelle se déroulent la mise en commun et la redistribution. Dans un pays *unitaire*, une norme commune d'équité redistributive est censée s'appliquer à l'ensemble des citoyens du pays, et il n'y a aucune raison particulière d'exercer une discrimination contre les citoyens d'une région par rapport à ceux d'une autre. Des normes communes de mise en commun s'appliquent aussi à la grandeur du pays. Dans une *fédération*, les questions sont rendues plus complexes par le fait que les personnes appartiennent à deux collectivités politiques – la collectivité des citoyens qui composent le pays dans son ensemble et celle des résidents de chaque province. Dans le contexte des soins de santé, le rôle du gouvernement fédéral est défini selon que l'on envisage l'ensemble du pays ou la province comme principale collectivité où s'effectue le partage. Dans le cas présent, il est utile de distinguer trois versions différentes de la collectivité de partage sur un continuum de possibilités.

Partage à prédominance pancanadienne

Dans la version à *prédominance pancanadienne*, le pays dans son ensemble est considéré comme la principale collectivité de partage, ce qui définit l'envergure de la redistribution des soins de santé en termes nationaux. Cette vision d'un partage à la grandeur du pays nécessite une redistribution fiscale suffisante entre les provinces pour permettre à toutes d'offrir des services au niveau de la moyenne nationale sans avoir à pratiquer des taux d'imposition supérieurs à la moyenne nationale. Cela exige aussi des normes nationales rigoureuses et détaillées sur la nature des services et les politiques de redistribution qui devraient s'appliquer dans toutes les provinces. Il est difficile d'envisager ce genre de partage au niveau national en l'absence d'un solide rôle de leadership de la part du gouvernement central.

Partage à prédominance provinciale

Dans la version d'un partage à *prédominance provinciale*, la notion de collectivité repose sur l'idée que la province est la principale instance de redistribution. Selon cette vision, une province peut choisir d'avoir un système d'assurance-maladie public fortement redistributif, tandis qu'une autre pourra laisser une plus grande place à l'assurance privée. Nonobstant la possibilité distincte de se retrouver avec des formules sensiblement différentes d'une province à l'autre en raison des dispositions constitutionnelles en matière de péréquation, cette vision préserve aussi la possibilité que les provinces mettent en œuvre des normes de soins de santé comparables à la grandeur du

pays si elles le souhaitent. Dans ce cas, cependant, l'instrument à l'origine d'une telle décision serait probablement un pacte interprovincial.

Formule intermédiaire de partage

Selon une interprétation intermédiaire, la collectivité de partage pourrait être caractérisée par un cadre national qui définit certains paramètres fondamentaux pour les grands programmes sociaux, y compris les soins de santé, mais en laissant une certaine latitude pour permettre une variation provinciale au niveau de la conception des programmes et des mécanismes de prestation conformément à ce cadre. Selon cette vision intermédiaire, que nous appelons ici *collectivité intermédiaire de partage*, les citoyens de toutes les régions du pays auraient l'assurance d'obtenir des services de soins de santé comparables, plutôt qu'identiques. La possibilité de se retrouver avec des différences entre les régions, dans l'optique de l'attachement à la collectivité, entraîne celle d'avoir des relations asymétriques entre le gouvernement fédéral, d'une part, et divers gouvernements provinciaux, de l'autre.

Il est intéressant de noter que la plupart des fédérations économiquement avancées accordent une pondération importante à la notion d'un partage national dans le secteur de la politique de la santé, en choisissant d'engager à la fois le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces/États dans le secteur des soins de santé (Banting et Corbett, 2002). Dans certains de ces pays, le gouvernement central administre lui-même d'importants programmes de soins de santé, traitant directement avec les citoyens et les prestataires de services. En outre, là où les gouvernements des États/provinces gèrent certains éléments du système, ils le font habituellement dans les limites de grands paramètres définis pour l'ensemble du pays et il compte habituellement sur le gouvernement fédéral pour assurer une part importante de leur financement. Ces transferts intergouvernementaux intègrent un important élément de redistribution interrégionale. Même si l'équilibre entre les ordres de gouvernement diffère sensiblement d'une fédération à l'autre, le gouvernement fédéral dans la plupart des démocraties fédérales économiquement avancées joue un rôle beaucoup plus important que ce n'est le cas au Canada (Watts, 1999).

Les enquêtes aux niveaux des attitudes et des valeurs du public révèlent que les Canadiens ont un sentiment d'attachement ou d'appartenance à de multiples collectivités, y compris le Canada et leur province. Ils ne voient aucune raison d'avoir à choisir exclusivement l'une au détriment des autres. Les sondages révèlent aussi périodiquement que les Canadiens considèrent les soins de santé comme un programme d'envergure nationale et ils appuient très clairement la participation des deux ordres de gouvernement au maintien de ce régime. Ils éprouvent ainsi un certain malaise devant la réduction des transferts fédéraux aux provinces (Mendelsohn, 2001). Les attitudes du public envers le programme de péréquation indiquent aussi un appui raisonnablement solide à la notion d'un partage pancanadien. Ces résultats cadrent bien avec l'idée d'une formule intermédiaire de collectivité de partage et une conception modifiée de la citoyenneté sociale dans le domaine des soins de santé.

Cette conception intermédiaire de la *collectivité de partage* semble aussi conforme aux réalités de la politique sociale telle que conduite par le gouvernement fédéral et les provinces jusqu'à nos jours. Dans le cas des soins de santé, les éléments du cadre national sont en place depuis plusieurs décennies. Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* et les transferts

inter-régionaux enchâssés dans nos accords fiscaux permettent de soutenir des normes raisonnablement comparables pour certains services clés partout au pays. Simultanément, il faut reconnaître que la variation inter-régionale est plus importante que dans d'autres fédérations.

On observe une certaine variation dans les services hospitaliers et médicaux de base, laquelle ne déborde pas du cadre de la *Loi canadienne sur la santé*. Mais il y a des différences beaucoup plus importantes entre les régions dans les services non couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, par exemple la pharmacothérapie administrée hors des hôpitaux et les soins à domicile. L'assurance-médicaments varie considérablement d'une région à l'autre du pays. Les régimes provinciaux assurent généralement les personnes âgées à faible revenu et les bénéficiaires de l'aide sociale dans toutes les régions, mais la couverture des autres citoyens varie beaucoup. Dans le cas des soins à domicile, même si chaque province et territoire offre une certaine protection, on observe d'importantes différences sur les plans de l'admissibilité, de la fraction de la population nécessitant de tels soins qui est couverte par le régime, de la gamme des services offerts et du niveau des frais imposés aux usagers. Lorsque le cadre national a été mis en place dans les décennies qui ont suivi la guerre, les services hospitaliers et les services médicaux représentaient les principaux instruments de prestation des soins de santé. Mais de nos jours, la pharmacothérapie et les soins à domicile sont des volets en expansion rapide dans ce secteur. Le fait qu'ils n'entrent pas dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé* signifie que la portée du partage pancanadien des soins de santé rétrécit au fil des années.

De l'analyse qui précède des différentes visions de la collectivité de partage il se dégage une certaine perspective sur les considérations d'équité pertinentes à la définition du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. Du point de vue de l'efficacité, il y a des arguments pour et contre la centralisation et la décentralisation. Ils sont liés aux arguments connexes pour et contre différentes formes de relations intergouvernementales. (Pour un examen de ces questions, voir Banting et Boadway, 2002.) Sur ces deux plans (décentralisation et centralisation, et formes de relations intergouvernementales), les arguments (éviter les retombées, exploiter les économies d'échelle et les éléments d'efficacité administrative, d'un côté, et capacité accrue de tenir compte des préférences et des goûts locaux et meilleures possibilités d'innovation, de l'autre) sont élégamment équilibrés. Si les arguments liés à l'efficacité pointaient clairement en direction d'une centralisation et d'un fédéralisme davantage dominé par le palier fédéral, ou encore vers une décentralisation et un fédéralisme davantage dominé par le palier provincial, cela pourrait avoir une grande influence dans la définition du rôle du gouvernement fédéral. Mais étant donné l'équilibre existant entre les arguments d'efficacité, le rôle du gouvernement fédéral a été principalement déterminé par la mesure dans laquelle le pays tout entier, plutôt que la province, est considéré comme la collectivité appropriée pour l'établissement d'un régime d'assurance contre les problèmes de santé. Autrement dit, ce sont les considérations relatives à l'équité redistributive qui dominent.

Du même coup, la façon dont le gouvernement fédéral s'acquitte de son rôle peut contribuer plutôt que nuire à l'efficacité de la fédération. Les gouvernements provinciaux (ou les autorités régionales) sont mieux placés pour comprendre les préférences et les besoins locaux. Le fait que plus d'une sphère de compétence soit impliquée dans la conception et la prestation des soins de santé accroît aussi les possibilités d'innovation utiles. Les avantages de la décentralisation des soins de santé sur le plan de l'efficacité peuvent donc se concrétiser en respectant les normes

constitutionnelles quant au rôle des provinces dans la prestation des soins de santé. Un partage à prédominance provinciale peut être réalisé grâce à un régime de péréquation minutieusement conçu qui tient compte à la fois des capacités de recettes différentes et des besoins différents des provinces, tout en laissant à ces dernières la latitude requise pour concevoir et assurer la prestation de leurs programmes. Le modèle de partage intermédiaire peut être appliqué en mettant en place des normes pancanadiennes assorties d'un système global de transferts du gouvernement fédéral aux provinces en vue d'appuyer la prestation des soins de santé. Il n'est pas nécessaire que ces normes, qui pourraient être élaborées avec la participation des provinces, aient un caractère intrusif et gênent indûment un modèle efficient de prestation des soins de santé dans une province au niveau des détails. En outre, les normes elles-mêmes peuvent toucher à des questions d'efficience, par exemple la transférabilité des avantages des régimes de santé au-delà des frontières provinciales. Si les avantages sur le plan de l'efficience d'une prestation provinciale de ces programmes peuvent être plus difficiles à réaliser dans un système de partage à prédominance pancanadienne, les transferts intergouvernementaux liés à ce système peuvent être conçus de manière à atténuer toute distorsion dans la répartition des ressources provinciales. En outre, les conditions se rattachant à ces transferts peuvent être établies de façon à laisser beaucoup de latitude aux provinces pour innover dans la manière de se conformer aux normes nationales dans leur sphère de compétence.

Le choix des instruments fédéraux

Différents types d'instruments peuvent être employés par le gouvernement fédéral en vue de soutenir et d'améliorer la prestation des soins de santé pour les Canadiens. Certains de ces instruments conviennent à toutes les versions de la collectivité de partage, tandis que d'autres ont une plus grande pertinence pour une version particulière de la collectivité de partage.

Prestation fédérale directe

La principale caractéristique de la prestation fédérale directe de l'assurance-maladie est que le même programme s'appliquerait dans toutes les provinces. Un avantage de cette approche est que les éléments d'efficience associés au principe du payeur unique joueraient à la grandeur du pays plutôt qu'au niveau provincial seulement. Toutefois, l'argument principal en faveur d'une prestation fédérale directe tient à l'équité. Le pays tout entier devient la collectivité de partage pour les soins de santé et les Canadiens peuvent profiter des mêmes programmes de soins de santé peu importe leur province de résidence.

Cette approche représenterait un changement radical au Canada. Un programme fédéral de soins de santé, par exemple pour l'assurance-médicaments, pourrait survivre à une contestation judiciaire s'il était financé à même les recettes générales plutôt que par des cotisations ou des primes. Mais il remettrait en question des conventions politiques profondément enracinées au sujet de la répartition des pouvoirs dans ce secteur et, sur le plan pratique, il pourrait contribuer à fragmenter ce qui devrait être un régime de soins de santé intégré et homogène.

Transferts fédéraux directs aux citoyens

Les objectifs de partage pancanadien pourraient aussi être atteints par un système de transferts fédéraux directs aux citoyens. En outre, différents degrés de partage pancanadien/provincial pourraient être réalisés par le versement simultané de transferts par les deux ordres de gouvernement. Une telle approche a été employée dans d'autres secteurs de la politique sociale, par exemple le programme fédéral de crédits d'impôt remboursables. La question est de savoir si on pourrait adapter cette approche à l'assurance-maladie.

On pourrait recourir à des transferts directs aux citoyens pour intégrer des éléments d'incitation dans l'utilisation des services de santé par les citoyens, par exemple en offrant seulement un remboursement partiel des dépenses engagées. L'avantage d'une telle formule sur l'imposition de frais directs aux usagers est qu'en inscrivant cette mesure dans un programme gouvernemental, le remboursement pourrait être facilement lié à la capacité de payer. Cela pourrait constituer une façon pour le gouvernement fédéral de mettre en œuvre à la grandeur du pays un régime de frais modérateurs liés au revenu étant donné que les services de santé sont dispensés dans le cadre de programmes provinciaux. Une autre solution, plus directe, serait de considérer une partie des dépenses de santé comme un avantage imposable aux fins de l'impôt sur le revenu. Une autre solution pour intégrer des éléments d'incitation individuelle au régime d'assurance-maladie qui a suscité un certain débat serait de recourir à ce que l'on appelle les *comptes d'épargne médicale* (Ramsay, 1998; Forget et coll., 2002).

À des degrés divers, toutes ces options visent à inciter davantage les patients et les prestataires à ne pas abuser du système. Il se peut que ces mesures n'aient pas joué un rôle important dans le domaine des soins de santé au Canada jusqu'à maintenant en raison de l'absence de preuves convaincantes démontrant que le régime d'assurance sociale comporte de fait un niveau élevé d'abus. En d'autres termes, ces solutions élimineraient l'objet essentiel de l'assurance sociale sans avantages suffisants en contrepartie.

Transferts fédéraux aux gouvernements provinciaux

Étant donné que les Canadiens souhaitent maintenir une formule intermédiaire de partage collectif à plusieurs niveaux dans le domaine des soins de santé, ou qu'ils souhaitent avoir un régime de partage à prédominance pancanadienne, les transferts aux provinces demeureront fort probablement un élément central du régime. Pour être efficace, cette approche exige idéalement une définition claire des normes applicables, la prévisibilité du financement fédéral à des niveaux suffisants pour garantir que les paramètres établis par le gouvernement fédéral soient crédibles et efficaces et une procédure convenable de règlement des différends entre les provinces et le gouvernement fédéral. Cependant, le Canada n'a jamais pleinement atteint cet idéal et, avec le temps, il s'en est éloigné à certains égards.

Il est utile de faire une distinction entre le niveau, la forme et la prévisibilité du transfert fédéral. Dans l'optique du maintien d'un cadre national significatif par l'intermédiaire de la *Loi canadienne sur la santé*, l'autorité morale et politique du gouvernement fédéral a manifestement une corrélation avec le niveau de sa participation financière. Pour avoir de la crédibilité, le gouvernement fédéral doit être un partenaire financier sérieux. En outre, plus le cadre national est exigeant, plus augmente le niveau du soutien fédéral que l'on juge nécessaire.

Quant à la forme, on peut douter qu'un retour à une formule de partage des coûts semblable à celle prévue dans la législation fédérale sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie constitue la meilleure solution pour l'avenir. Compte tenu des pratiques passées, on peut penser que la formule traditionnelle de partage des coûts s'appliquerait au total des dépenses des provinces plutôt qu'aux dépenses de chaque province individuellement. Même à cela, toutefois, le gouvernement fédéral devrait déterminer l'admissibilité des dépenses provinciales aux fins du partage des coûts et cela signifierait forcément un retour aux complexités et aux coûts administratifs, tout en ajoutant au risque de friction entre gouvernements. Les avantages d'une telle approche sur une simple hausse du transfert global sont loin d'être évidents, même si l'on reconnaît qu'une forme quelconque de partage des coûts pourrait initialement jouer un rôle s'il advenait que l'on étende la protection offerte par la *Loi canadienne sur la santé*.

Il y en a certains, au gouvernement fédéral et ailleurs, qui préféreraient lier une augmentation future du TCSPS à l'atteinte d'objectifs spécifiques de réforme des soins de santé, qu'il s'agisse d'une réforme des soins primaires, d'une amélioration des soins à domicile, d'une rationalisation des hôpitaux ou de tout autre objectif valable. D'autres, dans les provinces et ailleurs, souhaiteraient voir augmenter les transferts globaux du gouvernement fédéral pour les soins de santé, mais uniquement dans le cadre des conditions actuelles dont la portée est très vaste. Le second groupe considère le transfert global comme la forme appropriée de transfert au sein de notre fédération, parce qu'elle laisse aux provinces la liberté d'assumer leurs responsabilités constitutionnelles en conformité des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans la mesure où ce débat peut rassembler toutes les parties, un compromis possible qu'il vaudrait la peine d'explorer est celui du transfert conditionnel, par exemple en précisant que l'augmentation du financement fédéral devrait être affectée exclusivement par les provinces à l'atteinte de certains objectifs spécifiques de la réforme des soins de santé et en limitant dans le temps cette condition (disons, cinq ans); l'augmentation serait par la suite fondue dans la contribution globale.

La prévisibilité du soutien fédéral est aussi un enjeu capital. Comme pour la confiance entre les personnes, le renforcement de la confiance intergouvernementale passe par la transparence et la prévisibilité des relations. Étant donné la propension du gouvernement fédéral à apporter unilatéralement des changements au système de transferts, il y a de solides arguments en faveur d'une clause d'indexation automatique qui ancrerait les changements au TCSPS dans une formule plutôt que de les laisser à la discrétion du gouvernement fédéral. Parmi les formules d'indexation possibles, il y a celles qui lieraient les changements au taux à la croissance d'un agrégat économique, par exemple le produit intérieur brut, ou à celui de l'ensemble ou d'une partie des assiettes fiscales fédérales. Toutefois, la formule d'indexation qui semble le mieux convenir est d'utiliser le taux de croissance des dépenses liées aux soins de santé de l'ensemble des provinces et territoires, tel que mesuré par Statistique Canada. Si les différents ordres de gouvernement pouvaient s'entendre sur une contribution fédérale appropriée à un moment précis pour ensuite l'indexer à un tel indicateur, la part du gouvernement fédéral deviendrait alors constante (sans le côté intrusif de la formule fédérale traditionnelle de partage des coûts). Dans ce qui suit, nous employons l'expression « partage non traditionnel des coûts » pour désigner cette notion.

D'autres propositions visent principalement à rendre plus visible la contribution fédérale en dissociant le transfert global pour la santé de ceux afférents à l'aide sociale et à l'enseignement

postsecondaire. Le principal argument en faveur d'une telle réforme est qu'un transfert distinct améliorerait la transparence et la visibilité du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. Du même coup, les provinces conserveraient la possibilité d'utiliser ce transfert comme bon leur semble.

À l'autre extrême, on retrouve des propositions visant à réduire l'engagement à l'égard d'un régime pancanadien en convertissant le TCSPS en un simple transfert de points d'impôt aux provinces. Cette approche semble la plus logique à ceux qui préfèrent une conception à prédominance provinciale de la collectivité de partage; elle supposerait l'abandon des normes pancanadiennes sauf dans l'éventualité peu probable de la conclusion d'un pacte interprovincial destiné à les maintenir et à les faire respecter (Courchene, 1996).

Considérations relatives à la péréquation

Dans la mesure où le gouvernement fédéral continue de verser aux provinces un montant égal en espèces par habitant, comme dans la formule du TCSPS, cela aura pour effet d'égaliser les ressources budgétaires à la disposition des provinces. Le TCSPS est financé à même les recettes générales et les provinces mieux nanties contribuent davantage, par habitant, aux recettes générales que les provinces moins riches. Il en résulte une redistribution en faveur de ces dernières qui contribue à renforcer le programme de péréquation.

Cependant, ces formules de péréquation du revenu ne peuvent, à elles seules, satisfaire pleinement le principe de la péréquation énoncé au paragraphe 36(2) de la Constitution. Même si la péréquation des recettes contribue pour beaucoup à permettre aux provinces d'offrir des niveaux raisonnablement comparables de services publics à des niveaux raisonnablement comparables d'imposition, les provinces peuvent aussi avoir des « besoins » différents au chapitre des services publics. Dans le cas des soins de santé, il y a une différence systématique entre les coûts de la prestation des services aux personnes d'âges différents ou qui diffèrent selon d'autres caractéristiques démographiques et socio-économiques. On peut donc affirmer qu'une partie ou la totalité des paiements fédéraux au titre de la péréquation devrait être rajustée en fonction de ces besoins. Dans le cas du TCSPS, on peut aussi faire valoir que les besoins devraient être pris en compte dans la formule de répartition. La péréquation des besoins pourrait être fondée sur le coût d'un niveau national uniforme de soins pour différents groupes démographiques, où le coût représenterait une moyenne des coûts réellement engagés par les provinces. Comme dans le cas de la péréquation des recettes, cette notion viserait à fonder les droits à une péréquation des besoins sur une mesure objective qui échappe au contrôle direct des provinces bénéficiaires.

Différends politiques entre les gouvernements fédéral et provinciaux portant sur les soins de santé

Le différend fédéral-provincial actuel sur la contribution financière adéquate du gouvernement fédéral aux soins de santé a surgi au moment de l'annonce du TCSPS dans le budget fédéral de 1995. Ce débat nous est familier. Rappelons simplement qu'au départ, les provinces avaient affirmé que les coupures dans les transferts associés au TCSPS étaient carrément injustes. Depuis la fin des années 90, elles insistent également sur le fait que le déséquilibre fiscal vertical qui

favorise le gouvernement fédéral en est venu à caractériser les relations fédérales-provinciales au chapitre de la fiscalité. En dépit des hausses subséquentes des contributions fédérales dans le cadre du TCSPS, les provinces restent d'avis que les paiements fédéraux en espèces pour la santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux ne sont ni adéquats ni équitables.

La thèse qui sous-tend la position des provinces sur la question du déséquilibre fiscal vertical a été énoncée dans divers documents produits pour les ministres provinciaux et territoriaux des Finances. L'argument est simple. Premièrement, la structure des finances fédérales est plus forte à l'heure actuelle que celle des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral bénéficie d'importants excédents budgétaires, ce qui n'est pas le cas des provinces et des territoires. Deuxièmement, les recettes fédérales augmentent plus rapidement que celles des provinces et des territoires compte tenu de la place qu'occupent les différents gouvernements dans les différentes assiettes fiscales. Troisièmement, on peut s'attendre à ce que les dépenses des provinces et des territoires augmentent plus rapidement que celles du gouvernement fédéral. Cela résulte en partie de l'importance relative qu'attache le public aux soins de santé et à l'éducation et en partie aux facteurs qui déterminent les coûts de ces services et plus particulièrement des soins de santé (Canada, Comité sénatorial permanent, 2001).

La question du déséquilibre fiscal vertical a aussi capté l'attention récemment au Québec. En 2001, le gouvernement du Québec a créé la Commission sur le déséquilibre fiscal, dont il a confié la présidence à Monsieur Yves Séguin. Afin de rétablir l'équilibre fiscal et de supprimer le recours au pouvoir fédéral de dépenser, la Commission a recommandé l'abolition du TCSPS et le transfert de la TPS du gouvernement fédéral aux provinces. Elle a aussi recommandé de nombreuses améliorations à la péréquation (Québec, 2002).

Le gouvernement fédéral a toujours contesté les arguments avancés par les provinces, en faisant valoir de nombreuses considérations. Premièrement, la dette publique est beaucoup plus élevée au niveau fédéral qu'au niveau provincial. Deuxièmement, les deux ordres de gouvernement ont accès à toutes les grandes assiettes fiscales et ils peuvent l'un et l'autre établir leurs propres taux d'imposition. Troisièmement, les provinces ont réduit leurs impôts alors même qu'elles affirmaient avoir des revenus insuffisants. Quatrièmement, les transferts en espèces du gouvernement fédéral aux provinces devraient augmenter à un taux plus rapide (6,1 p. 100) entre 2000-2001 et 2005-2006 que les recettes fédérales (1,9 p. 100 sur la même période). La réponse du gouvernement fédéral aux arguments avancés par les provinces a été mise à jour durant la première moitié de 2002 dans un document intitulé *L'équilibre fiscal au Canada*. Ce document remet en question les avantages d'un transfert de points d'impôt, tel que proposé par la Commission Séguin, et d'autres affirmations contenues dans ce rapport, en concluant que la notion d'un déséquilibre fiscal est un « mythe ». (Pour une analyse plus détaillée du différend concernant le déséquilibre fiscal vertical et la notion connexe d'écart fiscal vertical, voir Lazar et coll., 2002.)

Le différend sur le niveau adéquat du financement fédéral est aggravé par des désaccords entre le gouvernement fédéral et certaines provinces au sujet de l'opportunité de diverses formes de financement privé de services de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Tandis que le gouvernement fédéral est opposé à cette source de financement, les provinces en faveur

d'une telle approche sont doublement frustrées. Non seulement sont-elles convaincues que le gouvernement fédéral ne verse pas une contribution suffisante au titre des soins de santé, mais elles estiment qu'il les empêche d'exploiter d'autres sources potentielles de financement. En outre, elles remettent en question le pouvoir exclusif que possède le gouvernement fédéral, en loi, d'interpréter et d'appliquer les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette situation n'a que récemment commencé à changer avec la mise en place, par le ministère fédéral de la Santé, d'un nouveau processus visant à éviter et à régler les différends, qui traduit des idées que les gouvernements provinciaux ont préconisées.

La question du règlement des différends

Les conflits et la collaboration sont inévitables dans les systèmes fédéraux, et leurs conséquences peuvent être néfastes ou bénéfiques selon les circonstances. Un indicateur de la maturité d'un régime gouvernemental est sa capacité de remettre en question les mécanismes de collaboration infructueux, de s'accommoder de désaccords utiles et de résoudre les différends qui gênent le bon fonctionnement du régime. L'importance d'un mécanisme de règlement des différends dans un secteur de politique comme la santé dépend du climat des relations intergouvernementales en général. L'évitement des différends sera vraisemblablement une option attrayante lorsque les parties poursuivent des objectifs communs sur le plan des politiques et sont engagées dans une relation marquée par un niveau élevé de confiance ainsi qu'un dialogue et des négociations continus. Elles peuvent devoir recourir à des mécanismes formels et informels de règlement des différends lorsqu'elles se retrouvent dans des positions opposées et que des considérations de territoire, de statut, de revendication de crédit et d'évitement du blâme ont préséance sur les préoccupations de fond.

Le Canada a historiquement été privé d'un mécanisme efficace de règlement des différends dans le secteur des soins de santé. Plutôt, il a compté sur un système de relations intergouvernementales faiblement institutionnalisées, dépourvu de règles décisionnelles et de procédures éprouvées pour régler les différends. Le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser pour imposer des normes nationales en matière de soins de santé, dans un domaine de compétence provinciale qu'il ne pouvait réglementer directement en raison des balises constitutionnelles. Les provinces ont protesté, affirmant que les ressources transférées par le gouvernement fédéral étaient insuffisantes pour lui donner l'autorité morale et politique nécessaire pour les inciter à se conformer aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* dans une perspective à long terme. Ainsi, dans l'optique des provinces du moins, le cœur du conflit est la hiérarchie implicite dans le contrôle unilatéral exercé par le gouvernement fédéral sur le financement des soins de santé et sur l'application des conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Nous ne contestons par le droit légal qu'a le gouvernement fédéral de déterminer la quantité d'argent qu'il transfère aux provinces ou d'établir les conditions qui se rattachent à ces transferts. Mais la relation fédérale-provinciale dans le domaine des soins de santé n'est pas principalement d'ordre juridique. Elle est au contraire politique. Et lorsque le gouvernement fédéral agit unilatéralement dans ce domaine, il mine la relation de confiance essentielle au bon fonctionnement d'un partenariat politique. À cet égard, nous tenons à souligner qu'au fil des

années, les rapports entre Santé Canada et les ministères provinciaux de la santé sur l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ont été essentiellement empreints de collégialité. Ces rapports ont témoigné d'une collaboration et d'une gestion discrètes et efficaces des conflits qui ont bien servi les Canadiens. Pour les questions qui ne peuvent être résolues à ce niveau, toutefois, la mise en place d'un mécanisme formel de règlement des différends serait bénéfique parce qu'elle offrirait une solution pour atténuer les tensions dans le système fiscal et celui de la santé lorsque des divergences intergouvernementales font irruption au niveau politique.

Dans un État fédéral, notre vision de la collectivité de partage façonnera vraisemblablement notre conception du siège approprié du pouvoir décisionnel ultime dans le domaine des soins de santé et, ainsi, structurera notre perception de la façon la plus appropriée de résoudre les conflits et les différends. Si, par exemple, le Canada est perçu comme étant constitué de collectivités de partage à prédominance provinciale, où le gouvernement fédéral doit se retirer en grande partie du domaine des soins de santé, il n'y aura que peu de frictions entre les deux ordres de gouvernement parce qu'il y aura moins de points de contact. Dans ce cas, l'absence d'un mécanisme explicite de règlement des différends ne sera pas ressentie comme une importante lacune institutionnelle. Mais si le Canada est perçu comme étant constitué de collectivités de partage englobant à la fois les paliers fédéral et provincial, où les gouvernements fédéral et provinciaux ont un statut égal et des rôles et responsabilités réciproquement valides, un processus de règlement des différends qui respecte le pouvoir et l'autonomie des deux ordres de gouvernement sera alors approprié. Enfin, dans la perspective d'une collectivité de partage à prédominance pancanadienne, où le gouvernement du Canada ressort comme étant le niveau décisionnel ultime, un mécanisme bien articulé de règlement des différends est alors logiquement requis parce que la relation entre les deux ordres de gouvernement est plus intense. Néanmoins, dans la réalité, le Canada est pauvrement doté en mécanismes de ce genre dans le secteur des soins de santé. Cela peut être en partie attribuable au fait que le gouvernement fédéral a douté des avantages d'un mécanisme impartial et équitable de règlement des différends pour encadrer ses relations avec les provinces et qu'il a eu le pouvoir de s'y soustraire. Cela peut aussi être imputable au fait que le gouvernement fédéral s'est objecté à l'idée qu'un autre ordre de gouvernement puisse intervenir dans l'interprétation d'une loi fédérale et décider du niveau approprié des dépenses fédérales.

À certains égards, cette situation ressemble à celle qui des relations commerciales entre le Canada et les États-Unis. Le Canada préfère disposer d'une base juridique pour le règlement des différends commerciaux parce que si ceux-ci découlent principalement de l'exercice du pouvoir brut, il est peu probable que le Canada ait gain de cause très souvent. Pour des raisons similaires, les provinces peuvent avoir un intérêt plus marqué à disposer d'un mécanisme formel de règlement des différends dans le domaine des soins de santé que le gouvernement fédéral en raison de la disparité des pouvoirs entre les deux ordres de gouvernement.

À d'autres égards, toutefois, l'analogie avec les États-Unis convient moins. Les gouvernements des États-Unis et du Canada ont des obligations envers différents groupes de citoyens, tandis que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au Canada ont (collectivement) les mêmes commettants. Les gouvernements fédéral et provinciaux sont donc incités à coopérer dans l'établissement d'un mécanisme de règlement des différends afin d'éviter

les nombreux pièges improductifs et destructeurs qui peuvent enliser et compromettre les accords intergouvernementaux destinés à servir ces commettants.

Idéalement, un mécanisme « efficace » de règlement des différends dans ce domaine respecterait les critères suivants (Cameron et McCrea-Logie, 2002). Il ferait autorité. Par conséquent, le public et les gouvernements qui sont parties aux différends accepteraient ses conclusions comme étant définitives et légitimes. Il serait compatible avec les valeurs du fédéralisme puisqu'il reconnaîtrait que les deux ordres de gouvernement ont une existence constitutionnelle et possèdent leurs propres compétences et pouvoirs en matière d'élaboration des politiques. Les deux ordres de gouvernement accepteraient de participer à la conception du mécanisme de règlement des différends, de choisir les représentants siégeant à cet organisme et de respecter ses procédures pour mettre fin aux conflits destructeurs qui entravent parfois le bon fonctionnement du système de soins de santé. Il serait guidé par des règles claires, perçu comme impartial et transparent, et il serait accessible à tous ceux qui ont un intérêt légitime à l'égard de ses résultats. Il faciliterait par ailleurs un règlement limpide, efficace et sans délai de toute une gamme de différends, y compris ceux portant sur les transferts fiscaux fédéraux puisque, comme nous l'avons vu, il s'agit là d'un domaine où les désaccords ont été particulièrement acerbes.

L'étude de Cameron et McCrea-Logie (2002) décrit six modèles de règlement des différends, classés par ordre de complexité croissante : retrait fédéral, modèle de base, Entente-cadre sur l'union sociale, processus de règlement des différends de McLellan, législations réciproques et, enfin, participation du public.

- Le modèle 1, le retrait fédéral, concorde avec la notion de collectivité de partage à prédominance provinciale et envisage le transfert de points d'impôt du gouvernement fédéral aux provinces et l'abrogation de la *Loi canadienne sur la santé*, en laissant aux provinces le soin de gérer le système de soins de santé selon les aspirations de leur collectivité régionale. Ce modèle solutionnerait le problème des différends intergouvernementaux destructeurs en réduisant l'étendue des rapports entre les deux ordres de gouvernement.
- Le modèle 2, soit le modèle de base, correspond au statu quo : il n'y a aucun régime explicite de règlement des différends pour les aspects des relations intergouvernementales touchant à la fiscalité et aux politiques. Selon la plupart des critères de règlement des différends, ce modèle serait jugé déficient à plusieurs égards : la relation entre les intervenants a un caractère paternaliste plutôt qu'égalitaire; une seule partie a recours à l'instrument; l'une des parties agit à la fois comme procureur et juge; le processus et les décisions qui en découlent, en dépit de leur efficacité théorique, ne sont donc pas perçus comme légitimes par l'ensemble des participants gouvernementaux.
- Le modèle 3, celui de l'Entente-cadre sur l'union sociale, place les comportements conflictuels et coopératifs des gouvernements dans un cadre de référence ordonné et expose les deux formes de comportement à l'examen public plus rigoureux. Ses dispositions sur l'évitement et la résolution des différends, décrites à l'article 6, visent clairement à rejoindre une gamme étendue de questions de politique sociale au niveau intergouvernemental et non un programme particulier. La portée de l'Entente s'étend

explicitement aux transferts fédéraux. Mais les dispositions traitant d'évitement des différends, de détermination des faits, de médiation, de participation des tiers et de rapports publics ne renferment pas de détails.

- Le modèle 4, celui du processus de règlement des différends de McLellan, encourage les deux ordres de gouvernement à éviter les différends et, dans l'éventualité où ils ne peuvent y arriver, à prévoir l'intervention d'un panel indépendant qui publierait un rapport contenant des recommandations en vue de résoudre le différend. Cependant, ce modèle ne modifie pas fondamentalement les forces intergouvernementales en jeu parce que le rapport produit par le panel n'aurait pas un caractère exécutoire et que le gouvernement fédéral conserverait un rôle dominant dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. La procédure servirait uniquement à résoudre les différends portant sur l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*; elle ne serait pas destinée à s'appliquer aux transferts fiscaux fédéraux. Les citoyens et les groupes d'intérêts seraient exclus comme participants éventuels au processus de règlement des différends.
- Le modèle 5, celui des législations réciproques, a été esquissé par Richard Zuker qui lie le volet politique et celui de la fiscalité dans le régime intergouvernemental de soins de santé en imposant des obligations équivalentes à tous les intervenants. Dans ce modèle, les parties s'entendent sur une formule de financement pour une période de temps donnée, et les gouvernements provinciaux et territoriaux adoptent une législation équivalant à la *Loi canadienne sur la santé* en précisant dans le texte de loi que celui-ci ne pourra être modifié sans l'accord du gouvernement fédéral. Ce modèle traduit manifestement la philosophie sous-jacente des modèles intermédiaires de la collectivité de partage, où les représentants des deux ordres de gouvernement trouvent les moyens de collaborer dans un climat d'égalité.
- Le modèle 6, celui de la participation du public, a été proposé par Richard Simeon; il suppose la création d'un organe consultatif, la *Commission canadienne sur les soins de santé*, dont les membres seraient nommés conjointement et dont le mandat serait d'examiner les décisions du gouvernement fédéral de retenir des fonds pour infractions présumées aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* avant qu'elles ne prennent effet. De même, aucune loi provinciale sur les soins de santé susceptible d'avoir des conséquences importantes pour les autres provinces ou pour le régime national dans son ensemble ne pourrait entrer en vigueur sans avoir été examinée par la Commission. Le public aurait l'occasion de participer aux audiences et aux délibérations de l'organisme et il pourrait scruter ses recommandations. L'avantage d'un tel modèle est qu'il relèverait la qualité du débat public tout en élargissant sa portée. De plus, il centrerait davantage l'attention sur les besoins des citoyens au sein du système de soins de santé et moins sur les considérations politiques.

Une évolution vers la notion de partenariat fédéral-provincial supposerait que toutes les parties assument une responsabilité conjointe pour le bon fonctionnement du système et acceptent les risques et les avantages concomitants. Comme nous l'évoquons ci-dessous, cela signifie que les parties devraient travailler ensemble pour faire en sorte que la capacité fiscale des deux ordres de gouvernement soit relativement équilibrée.

La question des déséquilibres fiscaux

Le différend politique plus général entre les gouvernements porte sur le niveau des transferts fédéraux en espèces pour les programmes de soins de santé des provinces. Cette question est elle-même liée à celle d'un éventuel déséquilibre fiscal vertical qui favoriserait le gouvernement fédéral et aux préoccupations connexes des provinces moins nanties au sujet des déséquilibres horizontaux. La notion de déséquilibre fiscal vertical suppose qu'un ordre de gouvernement a plus de recettes qu'il n'en a besoin par rapport à ses responsabilités de dépenses, tandis que l'autre ordre de gouvernement n'en a pas assez. Afin de donner à cette notion un sens opérationnel aux fins d'évaluer le caractère approprié de la répartition actuelle des recettes entre les deux ordres de gouvernement, il faut se faire une opinion de la pondération à accorder aux responsabilités des deux ordres de gouvernement sur le plan des dépenses. Puisqu'un tel exercice de pondération fait d'abord intervenir des valeurs, un important élément politique, plutôt que scientifique, caractérise inévitablement la notion de déséquilibre fiscal vertical. Ainsi, il n'est pas étonnant que les opinions soient partagées dans les milieux de la recherche quant à l'existence et à l'ampleur d'un déséquilibre fiscal vertical au Canada.

À cet égard, trois importantes études ont été publiées au cours des deux dernières années pour confirmer ou contester l'existence d'un déséquilibre fiscal vertical dans la fédération canadienne. Ces études ont fait l'objet d'une analyse minutieuse (Lazar et coll., 2002). Bien que l'espace alloué ne nous permette pas de reproduire ici cette analyse, notons que les trois études diffèrent dans leurs conclusions, deux affirmant qu'il y a actuellement un déséquilibre fiscal vertical, tandis que la troisième aboutit à un résultat différent. Les deux études qui appuient l'existence d'un tel déséquilibre diffèrent passablement dans leurs calculs. Cela est imputable à la méthodologie employée pour mesurer le déséquilibre fiscal vertical, qui est fondée sur diverses hypothèses. L'hypothèse peut-être la plus importante est que l'on prend pour acquises les politiques budgétaires et fiscales actuelles de chaque ordre de gouvernement. Ainsi, on fait une projection de la croissance des recettes et des dépenses à partir de leur niveau initial pour l'année de base, selon des taux hypothétiques à long terme, sans changement ou rajustement des politiques. Cependant, comme il ressort des trois derniers budgets fédéraux, les gouvernements apportent constamment des rajustements aux paramètres économiques et fiscaux. Il est donc important de reconnaître que la situation budgétaire actuelle des deux ordres de gouvernement est inévitablement le produit des effets budgétaires cumulatifs des rajustements apportés selon l'évolution des circonstances au cours des années antérieures.

De fait, un examen rétrospectif de la solidité relative de soldes budgétaires fédéraux et provinciaux sur plusieurs décennies fait ressortir une succession de hauts et de bas ayant eu d'importantes conséquences pour les relations fiscales intergouvernementales – que l'on peut dépeindre comme un état constant d'incertitude et de rajustement. Par conséquent, il n'est pas clair que l'on ait jamais atteint un état d'équilibre fiscal vertical qui pourrait raisonnablement être considéré comme le niveau de référence ou la norme à atteindre. Ainsi, au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, la situation financière du gouvernement fédéral était plus forte que celle des provinces, nonobstant l'endettement considérable causé par l'effort de guerre. Le gouvernement central a choisi de ne pas délaissier les assiettes fiscales qu'il avait occupées durant la guerre. Il a plutôt utilisé son pouvoir fiscal dans le cadre de programmes à frais partagés pour inciter les provinces à instituer de nouveaux programmes ou à étendre les programmes existants

dans les domaines des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux. Cependant, l'augmentation des paiements de transfert fédéraux aux provinces n'a pas nécessairement amélioré la situation financière de ces dernières parce qu'elles ont dû simultanément assumer de nouvelles responsabilités importantes au chapitre des dépenses. En rétrospective, nous pouvons observer que la situation financière relativement solide du gouvernement fédéral dans les premières décennies qui ont suivi la guerre (le déséquilibre fiscal vertical favorisait le gouvernement central) a servi à aider les provinces à offrir aux Canadiens le genre de sécurité sociale et économique qu'ils souhaitaient. C'est durant ces années que les gouvernements ont mis sur pied l'État-providence moderne, faisant ainsi en sorte que l'on ne puisse plus jamais connaître les rigueurs exceptionnelles de la Crise des années 30.

Au début des années 70, le gouvernement fédéral craignait de plus en plus qu'en raison des programmes à frais partagés, les niveaux de dépenses des provinces en viendraient à déterminer une trop grande part de ses propres dépenses. Comme nous l'avons indiqué précédemment, cette situation a motivé en partie le FPE. Et, bien que les deux ordres de gouvernement aient éprouvé des difficultés budgétaires au début des années 80, c'est la situation du gouvernement fédéral qui était de loin la plus faible. S'il y avait un déséquilibre fiscal vertical à l'époque, il a favorisé les provinces. Le vent avait donc tourné.

La détérioration de la situation financière du gouvernement fédéral a provoqué à son tour de nombreuses hausses des impôts fédéraux et des efforts constants de compressions budgétaires tout au long des années 80 et du début des années 90, y compris d'importantes réductions dans les niveaux prévus de paiements de transfert aux provinces. Avec les mesures annoncées dans le budget fédéral de 1995, dont le TCSPS, et un retour à un contexte budgétaire plus favorable (en termes de croissance économique et de taux d'intérêt), le gouvernement fédéral a réussi à prendre le virage budgétaire et, au tournant du siècle, il s'est retrouvé à nouveau dans une situation financière robuste par rapport aux provinces. Cela pour dire que la solidité de la situation financière actuelle du gouvernement fédéral par rapport à celle des provinces fait suite à une période où leurs positions respectives se sont inversées à deux occasions.

Devant ces circonstances et peu importe que l'on emploie ou non l'expression « déséquilibre fiscal vertical » pour décrire cette situation, il y a de bons motifs de débattre publiquement des différents usages que l'on pourrait faire des importants excédents budgétaires fédéraux. Devraient-ils servir à rembourser la dette fédérale ou à abaisser les impôts? Devraient-ils servir à financer des dépenses axées sur les enfants, sur les forces armées ou sur d'autres formes de sécurité? Ou devraient-ils servir à améliorer les soins de santé en partenariat avec les provinces?

Calcul de la part fédérale des soins de santé aujourd'hui

Ces questions soulèvent à leur tour deux interrogations connexes. Combien le gouvernement fédéral transfère-t-il annuellement aux provinces au titre de la santé? Et combien devrait-il transférer? Bien que la seconde question suppose des jugements normatifs, la réponse à la première question peut paraître simple à première vue. Mais comme nous le verrons ci-après, la réponse aux deux questions n'a rien de simple. Afin de comprendre pourquoi il en est ainsi, nous devons examiner à nouveau certains jalons historiques du rôle assumé par le gouvernement

fédéral dans le financement des soins de santé, y compris la controverse sur l'opportunité de compter le transfert de points d'impôt du gouvernement fédéral aux provinces de 1977 dans la contribution fédérale actuelle.

Pour la première année du FPE, la valeur théorique du transfert en espèces du gouvernement fédéral aux provinces, en proportion des dépenses totales des provinces pour la santé, a été estimée à 26 p. 100 (Lazar et coll., 2002). Nous mentionnons cette estimation parce qu'elle met en lumière le niveau de la contribution fédérale aux dépenses des provinces pour les soins de santé au moment où la formule de partage des coûts a été abandonnée. À cette époque, la part fédérale n'était pas nécessairement « juste ». Mais ce chiffre traduisait trente années de marchandage fédéral-provincial ayant débuté avec la proposition présentée par le gouvernement fédéral dans le livre vert de 1945. Pour ceux qui estiment que le gouvernement fédéral devrait revenir en arrière pour assumer sa part traditionnelle du total des dépenses de santé des provinces, une contribution en espèces correspondant à 26 p. 100 pourrait servir de point de repère. Ajoutons, toutefois, que ce pourcentage dépasse largement la contribution financière actuelle du gouvernement fédéral et qu'il est aussi supérieur à ce que les provinces exigent. De fait, les provinces ont affirmé que le gouvernement fédéral devrait maintenant verser un montant en espèces (ou l'équivalent) correspondant à la part des coûts des provinces pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux qu'il a versé en espèces en 1994-1995, l'année précédant l'annonce du TCSPS. Selon les gouvernements provinciaux, la part fédérale cette année-là atteignait 18 p. 100. Pour les seuls soins de santé, la part du gouvernement fédéral a été estimée à 16 p. 100 (Lazar et coll., 2002). C'est là un autre repère possible pour établir la contribution en espèces du gouvernement fédéral. Bref, les chiffres de 26 et 16 p. 100 pourraient être perçus comme les limites supérieures et inférieures d'une contribution en espèces appropriée du gouvernement fédéral aux programmes de soins de santé des provinces.

Afin de déterminer la part des coûts des soins de santé des provinces que le gouvernement fédéral assume actuellement dans le cadre de la contribution en espèces du TCSPS, il faut franchir un certain nombre d'étapes. L'une d'elles est de formuler une hypothèse sur la part de la contribution en espèces du TCSPS qui peut être raisonnablement attribuée aux soins de santé. Sur ce point, malheureusement, il y a au moins cinq perspectives possibles.

Dans l'une de ces perspectives, le TCSPS est un transfert global que les provinces peuvent utiliser comme bon leur semble. Il n'y a aucune façon de retracer effectivement la contribution fédérale dans un programme provincial donné. Si le gouvernement fédéral déclare que ces fonds servent à la santé, à l'enseignement postsecondaire, à l'aide sociale et au développement des jeunes enfants, il contribue à perpétuer un mythe. Dans une seconde perspective, diamétralement opposée, le TCSPS peut être perçu comme étant utilisé par les provinces uniquement aux fins déclarées, soit la santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux, et pour le développement des jeunes enfants. Mais même en prenant de ce point de vue différent, il n'y a toujours aucune façon de déterminer réellement la part respective de ces différentes fins déclarées. Les fonds demeurent fongibles. Dans une troisième perspective, on pourrait théoriquement répartir le TCSPS entre ces diverses fins en se servant des parts observées à l'époque du partage des coûts pour faire une projection. Dans une quatrième perspective, on pourrait tenir compte du fait que les augmentations du TCSPS depuis 1999 visaient

principalement à suppléer aux budgets de soins de santé des provinces. Par conséquent, dans cette optique, la part actuelle de la composante en espèces du TCSPS attribuée aux soins de santé est plus importante que la part des soins de santé calculée dans la troisième perspective. Si nous examinons la répartition actuelle des dépenses des provinces entre les catégories désignées de dépenses, nous faisons intervenir une cinquième façon d'envisager la question. Dans cette optique, nous considérons la part des dépenses provinciales pour les soins de santé en pourcentage des dépenses des provinces au titre des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et du développement des jeunes enfants, pour en déduire que le pourcentage qui en résulte est la part de la contribution en espèces du TCSPS fédéral pour les soins de santé. Les troisième, quatrième et cinquième perspectives engendrent des estimations de 43, 50 et 68 p. 100², respectivement, pour la part de la contribution en espèces du TCSPS utilisée pour les soins de santé.

La prochaine étape consiste simplement à appliquer ces divers pourcentages à la somme de 18,3 milliards de dollars versée au titre du TCSPS en 2001-2002. Les résultats sont présentés au tableau 1, qui révèle que la part en espèces de la contribution fédérale se situe entre 11,6 et 18,2 p. 100 des 68 milliards de dollars dépensés par les provinces en soins de santé en 2001-2002. Cet éventail de perspectives différentes, chacune partiellement valide, devrait faire démontrer clairement qu'il n'y a *pas de chiffre unique et de bon chiffre représentant objectivement la contribution fédérale en espèces pour la santé dans le cadre du TCSPS*.

Le chiffre à mi-chemin entre le plus haut et le plus bas de ces pourcentages correspond à un peu moins de 15 p. 100 (environ 10 milliards de dollars); nous adoptons ce chiffre ici comme n'étant « pas plus mauvais que toute autre estimation ».

Tableau 1			
Différentes perspectives sur le paiement en espèces du TCSPS fédéral aux provinces pour les soins de santé			
Perspective	Part implicite de la contribution en espèces du TCSPS fédéral destinée aux soins de santé	Estimation de la contribution en espèces de 18,3 milliards de \$ au titre du TCSPS pour les soins de santé dans les provinces en 2001-2002	Estimation des coûts des soins de santé des provinces défrayés par l'intermédiaire de la contribution en espèces du TCSPS en 2001-2002
1	Ne peut être déterminée	Non applicable	Non applicable
2	Ne peut être déterminée	Non applicable	Non applicable
3	43 %	7,9 milliards de \$	11,6
4	50 %	9,1 milliards de \$	13,4
5	68 %	12,4 milliards de \$	18,2

² À noter que le chiffre de 68 p. 100 correspond à la part des dépenses provinciales en soins de santé dans l'ensemble des dépenses des provinces pour la santé, l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux, calculée à l'aide des données du SGF sur l'enseignement postsecondaire en se basant sur les dépenses « générales » des provinces et des territoires. Si l'on avait employé les dépenses « totales » pour l'enseignement postsecondaire, le chiffre de 68 p. 100 pour la santé serait tombé à 62 p. 100.

Quelques observations ressortent de cette comptabilité et de cette analyse complexe et pour le moins bizarre de la contribution financière fédérale. La première est qu'il y a une rupture ou un déséquilibre entre la contribution en espèces du gouvernement fédéral aux provinces pour les soins de santé et le niveau d'influence politique qu'il cherche à exercer. La part de 15 p. 100 que représente le paiement fédéral en espèces est peu élevée par rapport à la contribution historique du gouvernement fédéral et nettement basse en regard de l'influence qu'Ottawa voudrait exercer.

La seconde observation est qu'il importe d'en venir à un accord intergouvernemental sur ce que constitue une « juste » contribution en espèces du gouvernement fédéral aux provinces pour les soins de santé. À moins que les parties ne s'entendent sur la part des coûts des provinces au titre des soins de santé que représente la contribution en espèces du gouvernement fédéral, et sur ce qu'elle devrait représenter – ainsi que sur la façon de la mesurer – dans les mois suivant la conclusion d'une entente sur la contribution fédérale en espèces, les provinces affirmeront que le nouveau montant en espèces est insuffisant, tandis que le gouvernement fédéral soutiendra le contraire. Dans cette éventualité, on ne pourrait espérer qu'une succession de brefs cessez-le-feu dans une bataille fiscale incessante entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Troisièmement, il y a rupture entre, d'un côté, le désir exprimé par le public de voir le gouvernement fédéral et les provinces coopérer dans le régime d'assurance-maladie public et, de l'autre, la façon dont le gouvernement fédéral a pris des décisions au sujet de sa contribution financière. Sans faire preuve de naïveté au sujet des ententes de partage des coûts conclues dans les années 50 et 60 et des accords sur le FPE de 1977 (où l'on a effectivement joué dur), on peut tout de même affirmer que ces initiatives représentaient l'aboutissement d'un dialogue intergouvernemental suivi et sincère. À l'opposé, l'expérience depuis a été marquée par des initiatives essentiellement unilatérales de la part du gouvernement fédéral.

Le dernier point est lié à la question de l'indexation de la contribution fédérale en espèces pour les soins de santé. En vertu de la loi actuelle, le montant du TCSPS est fixé annuellement jusqu'en 2006, sans précisions sur ce qu'il adviendra après 2006. Il n'y a pas non plus d'ensemble de principes qui donnerait aux provinces une indication de ce qu'elles peuvent s'attendre à recevoir. L'absence d'arrangements sur l'avenir de la contribution fédérale en espèces vient compliquer inutilement la tâche des provinces (et des hôpitaux) dans la planification à long terme au moment où des réformes en profondeur s'imposent.

Cinquièmement, l'impasse actuelle entourant le financement des soins de santé et la façon de calculer la contribution fédérale compromettent la qualité de la gouvernance au Canada. Le public n'a aucune idée du montant que verse le gouvernement fédéral aux provinces pour les soins de santé à cause de la multiplicité des façons de calculer cette contribution. La transparence est absente, tandis que l'obligation de rendre compte est incertaine.

Compte tenu de ces observations, la question normative du montant que le gouvernement fédéral *devrait* verser aux provinces pour les soins de santé reste posée. Selon l'analyse présentée jusqu'ici, une estimation « mitoyenne » de la part des dépenses de santé des provinces correspondant à la contribution fédérale en espèces était légèrement inférieure à 15 p. 100 en 2001-2002. Elle est aussi inférieure à la valeur plancher de notre fourchette de 16 à 26 p. 100. Nous avons déjà indiqué qu'une part de 15 p. 100 est trop faible pour être politiquement viable

étant donné le degré d'influence que le gouvernement fédéral voudrait exercer sur les politiques; une part de 16 p. 100 n'est guère plus satisfaisante dans cette optique.

Par ailleurs, si la part de la contribution fédérale en espèces aux coûts des provinces pour les soins de santé dépassait 25 p. 100, cela voudrait dire que le gouvernement fédéral verse un montant deux fois plus élevé pour le même niveau de dépenses des provinces. Le gouvernement fédéral payait la moitié des coûts assurables des provinces pour les soins hospitaliers et médicaux avant les accords de 1977 sur le FPE. Lorsque le Parlement a adopté le FPE, environ la moitié de la part fédérale de 50 p. 100 des coûts des soins de santé assurables des provinces (soit 25 p. 100 des coûts assurables des provinces) était versée par l'intermédiaire du transfert de points d'impôt. Il est donc raisonnable d'affirmer que la part implicite de la contribution fédérale en espèces était aussi de 25 p. 100.

Dans ce qui suit, nous faisons la distinction entre ce que pourrait être une juste contribution en espèces du gouvernement fédéral en vertu des modalités actuelles de la *Loi canadienne sur la santé* et ce qui pourrait être juste si l'on imposait des conditions plus rigoureuses qui limiteraient la marge de manœuvre des provinces en leur imposant des coûts. Dans le cadre des modalités actuelles, le chiffre de 20 p. 100 nous semble constituer un compromis raisonnable et politiquement viable. En portant ce jugement, nous tenons compte du fait que ce pourcentage se rapproche beaucoup plus du chiffre de 25 p. 100 pour la contribution fédérale en espèces que l'on peut associer aux accords de 1977 sur le FPE, et du fait que l'on prévoyait à l'époque que les recettes découlant des points d'impôt transférés allaient croître plus vite que l'ensemble des recettes fédérales. Ce chiffre semble aussi dépasser les demandes actuelles des provinces, bien qu'il soit difficile de dire qu'il en sera ainsi en pratique car cela dépendra de l'augmentation des transferts fédéraux en espèces pour l'enseignement postsecondaire, l'aide sociale et les services sociaux, y compris le développement des jeunes enfants.

Dans l'éventualité où un nouvel ensemble d'accords serait conclu entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans le domaine des soins de santé, la question de l'augmentation de la contribution fédérale au-delà de 20 p. 100 se poserait. Notamment, si la conditionnalité des transferts fédéraux devenait plus restrictive pour les provinces (en supposant que ces nouvelles modalités soient inscrites dans un accord intergouvernemental), l'argument en faveur d'une part atteignant – dépassant même – 25 p. 100 serait alors beaucoup plus convaincant. D'autres facteurs pourraient aussi influencer le choix d'une « juste » part. À titre d'exemple, les dépenses fédérales directes pour la recherche et l'information en santé et pour la santé publique devraient avoir des retombées sous la forme d'une qualité et d'une efficacité accrues des systèmes de soins de santé au Canada. On pourrait soutenir que ces dépenses fédérales devraient entrer en ligne de compte dans toute négociation du niveau repère de la contribution en espèces versée par le gouvernement fédéral aux provinces pour les soins de santé. De même, il faudrait prendre en considération les dépenses fédérales consacrées à la santé des peuples autochtones.

En somme, une contribution fédérale en espèces variant entre 20 et 25 p. 100 nous apparaît raisonnable compte tenu de l'important transfert de points d'impôt consenti par le gouvernement fédéral aux provinces en 1977. Les conséquences financières de cette fourchette de contribution sont importantes, comme il ressort du tableau 2.

Tableau 2
Scénarios concernant la contribution fédérale aux coûts des provinces pour les soins de santé, 2001-2002

	En vertu des modalités actuelles de la LCS : 20 %	En vertu de modalités plus rigoureuses dans la LCS : jusqu'à 25 %
Part fédérale des coûts des soins de santé		
Contribution fédérale requise	14 milliards de \$	14,5 à 17 milliards de \$
Contribution fédérale additionnelle en 2001-2002 en sus de la contribution estimative de 10 milliards de dollars du TCSPS pour la santé	3,6 milliards de \$	4,5 à 7 milliards de \$

En supposant une contribution fédérale en espèces se situant dans cet intervalle (et comme nous le verrons ci-après, il existe des options en matière de financement qui ne supposent pas le maintien des contributions en espèces), la question de l'indexation se pose. Une clause d'indexation devrait comporter les caractéristiques suivantes. Premièrement, elle devrait fournir aux provinces un degré raisonnable de prévisibilité quant à l'augmentation des transferts. Deuxièmement, elle devrait être énoncée dans la loi et rattachée à un indicateur dont le taux de croissance attendu se rapproche du taux de croissance prévu des coûts des soins de santé au pays. Troisièmement, si la tendance du taux de croissance des coûts des soins de santé des provinces changeait, on devrait pouvoir modifier la clause d'indexation, en donnant un préavis approprié (disons de deux à trois ans). Quatrièmement, la législation devrait accorder au gouvernement fédéral le degré de souplesse nécessaire pour faire face à une crise financière inattendue.

Certains au gouvernement fédéral pourraient s'inquiéter de la possibilité qu'une clause d'indexation ayant les caractéristiques précitées affaiblisse le contrôle qu'Ottawa peut exercer sur ses dépenses. Compte tenu des déficits passés au palier fédéral, cette préoccupation est compréhensible. Pourtant, si le gouvernement fédéral choisit de continuer à intervenir dans la politique de soins de santé à la grandeur du pays, il nous semble raisonnable qu'il assume une part des risques financiers concomitants. Les provinces auraient toujours un intérêt considérable à gérer efficacement les coûts de la santé car, dans tous les scénarios concevables sur les accords fiscaux, ce sont les provinces qui continueraient d'assumer la part du lion des coûts de la santé.

Il semble clair également que le gouvernement fédéral est préoccupé par la possibilité qu'une augmentation des contributions en espèces fasse peu pour améliorer la qualité des soins ou la viabilité fiscale des systèmes de soins de santé des provinces. On craint que les fonds supplémentaires ne se retrouvent, pour une large part, dans l'enveloppe de la rémunération des prestataires de soins de santé, sans contribuer à la réforme que les provinces tentent de réaliser mais qui s'avère politiquement difficile. Afin de réduire ce risque, le financement fédéral supplémentaire devrait accompagner d'autres initiatives visant à accroître les chances de réussite des provinces dans leurs efforts de réforme. Notamment, le gouvernement fédéral dispose d'importantes ressources en recherche et en communication et des moyens politiques qui pourraient être mobilisés afin d'aider les provinces à surmonter la réticence devant des changements nécessaires. Nous reconnaissons toutefois qu'il pourrait être plus facile pour le gouvernement fédéral de conclure de tels partenariats politiques avec certains gouvernements provinciaux qu'avec d'autres.

Ces dernières années, le gouvernement fédéral a assorti une partie de ses transferts aux provinces de conditions relatives à leur utilisation finale, par exemple l'achat de catégories particulières de matériel. Il ne serait pas étonnant que, dans l'avenir, il insiste pour que les hausses de contributions soient aussi rattachées à des fins précises, par exemple une réforme des soins primaires. S'il agissait ainsi, il serait préférable que les fonds destinés à des fins spéciales soient assortis de conditions uniquement pour une période limitée, disons cinq ans, pour ensuite être intégrés au transfert global au titre des soins de santé. Cela pourrait constituer une solution intermédiaire utile entre les transferts conditionnels et inconditionnels.

Options en matière de financement fédéral

Cela nous amène à la question de savoir comment appliquer l'analyse normative qui précède dans une vision prospective des soins de santé au Canada. Ici, deux ensembles de variables doivent être pris en considération. L'un est lié à la possibilité d'étendre la portée du système pancanadien de soins de santé – universel, administré et assuré par le secteur public – pour y inclure des services non couverts à l'heure actuelle. L'extension éventuelle de la portée du système à des services tels que les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile est désignée, dans ce qui suit, scénario de la transformation. Celui-ci diffère du scénario du maintien, qui mise sur l'amélioration de la qualité des soins et la viabilité fiscale des services hospitaliers et médicaux actuellement assurés. Si la couverture était élargie, cela modifierait sensiblement les paramètres politiques et fiscaux par rapport à la situation où la portée du système demeure inchangée.

Le second ensemble de variables a trait à la façon de considérer les différentes visions de la collectivité de partage décrites précédemment. Il n'y a aucune base objective pour affirmer que l'une de ces visions est supérieure aux autres. Même si chacune a ses avantages et ses inconvénients relatifs, le choix entre ces visions relève davantage d'un consensus sociétal sur les valeurs que de leur qualité technique. Ce qui importe ici, bien entendu, est que chacune de ces visions a des conséquences passablement différentes sur le plan du financement fédéral; l'écart le plus important se trouve entre la collectivité de partage à prédominance provinciale et les deux autres modèles. En tenant compte de ces deux ensembles de variables, nous faisons ressortir ci-dessous les éléments clés des options qui s'offrent en matière de financement fédéral. Des détails supplémentaires au sujet de ces options ainsi que les considérations qui les sous-tendent sont présentés ailleurs (Lazar et coll., 2002).

- Bien que le maintien d'un transfert global en espèces, d'un montant égal par habitant, convienne à la vision d'un modèle de partage intermédiaire et à celle d'un partage à prédominance pancanadienne, l'entente sur le partage des recettes ou sur un transfert de points d'impôt convient davantage au modèle de partage à prédominance provinciale.
- Dans le modèle de partage à prédominance provinciale, les modalités de la *Loi canadienne sur la santé* devraient être abolies, sauf celles ayant trait à la transférabilité et à la mobilité. Les conditions actuelles, ou une mise à jour appropriée de celles-ci, conviendraient aux deux autres modèles. En fait, dans le modèle de partage pancanadien,

ces conditions devraient être renforcées par des normes pancanadiennes pour assurer des niveaux similaires de services partout au pays.

- Dans le scénario du maintien, le transfert fédéral en espèces devrait représenter au moins 20 p. 100 des coûts des provinces pour les soins de santé. Le transfert devrait se rapprocher de 25 p. 100 dans le modèle de partage pancanadien, où des conditions plus rigoureuses imposeraient des coûts supplémentaires aux provinces. Cela signifie une hausse de la contribution fédérale de l'ordre de 3,6 à 7 milliards de dollars par an. Dans le modèle de partage à prédominance provinciale, le déplacement approprié de ressources se situerait au bas de cette gamme, ou à un niveau légèrement inférieur, parce que le transfert fédéral conditionnel imposerait moins de coûts et de contraintes aux provinces.
- Dans les options qui supposent le maintien du transfert en espèces, il y a plus d'avantages que d'inconvénients à recourir à un financement global distinct pour les soins de santé – un Transfert canadien pour la santé (TCS). Quoi qu'il en soit, en supposant que la contribution fédérale en espèces soit portée à entre 20 et 25 p. 100 des dépenses des provinces pour les soins de santé, il serait très souhaitable que le gouvernement fédéral renonce une fois pour toute à l'idée que le transfert de points d'impôt de 1977 continue de faire partie du financement accordé pour les soins de santé dans le TCSPS.
- Dans les options qui supposent la poursuite des transferts en espèces, de bons arguments militent en faveur d'un rajustement du paiement uniforme par habitant en fonction des besoins. Les mêmes arguments pourraient être invoqués, avec peut-être moins de vigueur, dans l'éventualité d'un partage des recettes ou d'un transfert de points d'impôt.
- Le scénario de la transformation entraînerait des dépenses publiques additionnelles de plusieurs milliards de dollars. En pratique, la taille de l'augmentation dépendrait de l'étendue de la couverture du régime. Compte tenu de la position des provinces sur le caractère adéquat de la contribution fédérale en espèces aux coûts des soins hospitaliers et médicaux, il est probable que le gouvernement fédéral soit prêt à s'engager à couvrir la totalité, ou presque, des coûts supplémentaires pour obtenir l'assentiment des provinces à un élargissement éventuel de la gamme des services assurés. Même si une ou plusieurs provinces préféreraient, initialement, ne pas participer à un régime offrant une couverture plus étendue et réclamaient plutôt une compensation financière, les chances d'en arriver à une participation entière des provinces et des territoires pourraient être bonnes compte puisque le gouvernement fédéral absorberait une part élevée des coûts supplémentaires.
- Le scénario de la transformation pourrait être favorisé par des législations fédérales et provinciales réciproques, comme nous l'avons évoqué précédemment. Des engagements, énoncés dans la loi, de ne pas modifier l'engagement financier du gouvernement fédéral sans l'approbation de sept provinces représentant au moins la moitié de la population canadienne contribueraient à consolider la contribution financière fédérale. Les provinces intégreraient à leur législation sur les soins de santé toutes les dispositions du modèle pancanadien, en s'engageant à respecter les conditions pancanadiennes et à ne pas modifier ces engagements sans l'accord du gouvernement fédéral.

- Si un transfert en espèces constitue l'option privilégiée, celui-ci devrait être assorti d'une clause d'indexation annuelle comportant une formule transparente et prévisible dont le taux d'augmentation se rapprocherait du taux de croissance anticipé des coûts des soins de santé par habitant au niveau national. L'utilisation d'un indice de Statistique Canada pour les coûts globaux des soins de santé des provinces et des territoires représenterait l'approche la plus simple pour atteindre une telle norme. Une « clause d'exemption » devrait être prévue pour le gouvernement fédéral dans l'éventualité d'une crise financière nationale.
- Un mécanisme est requis pour gérer collectivement les différends intergouvernementaux au sujet du système de transferts. Les mécanismes de règlement des différends doivent avoir une légitimité aux yeux des gouvernements participants et doivent faire autorité. Plus est grande la conditionnalité des transferts fédéraux aux provinces, plus est impérieux le besoin d'avoir un mécanisme de règlement des différends accordant aux positions des provinces une pondération égale à celle du gouvernement fédéral.

Conclusions

Nos principales conclusions sont résumées dans ce qui suit.

1. Le motif premier de l'intervention gouvernementale dans les soins de santé est l'incertitude des besoins en soins de santé de toute personne à un moment précis et la répartition inégale des risques de maladie et de blessure. Cela incite les gens à vouloir s'assurer contre ces risques. Mais pour certaines personnes, l'assurance-maladie privée est soit beaucoup trop coûteuse soit non disponible. Cela constitue une justification manifeste du rôle joué par l'État sur le plan de l'assurance sociale.
2. Le bien-fondé du rôle joué par le gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé est lié à la notion d'une communauté de partage à la grandeur du pays. Il y a d'autres visions de la collectivité de partage canadienne. Les différentes conceptions de cette collectivité de partage influent sur les rôles relatifs des gouvernements fédéral et provinciaux sur le plan du partage social, y compris la prestation publique des soins de santé. Le rôle du gouvernement fédéral est déterminé principalement par la mesure dans laquelle c'est le pays tout entier, ou les provinces individuellement, que l'on perçoit comme la collectivité appropriée aux fins de s'assurer contre les risques de mauvaise santé. Le choix de la collectivité pertinente relève des valeurs sociétales plutôt que de principes scientifiques. À l'heure actuelle, nous avons une double collectivité de partage. Mais au moment où augmente l'importance relative des services non couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, le partage au niveau de l'ensemble du pays connaît un déclin relatif tandis que le partage au niveau provincial voit croître son importance relative.
3. Une vision du partage à prédominance pancanadienne signifierait que l'on assure des services communs, dont la prestation serait conforme à des normes communes et qui seraient disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires. Un modèle de

collectivité de partage à prédominance provinciale n'exige pas que tous les services soient assurés à la grandeur du pays. Cependant, il exige que toutes les provinces aient une capacité fiscale suffisante pour offrir un panier donné de services de santé, dans une perspective nationale, au taux d'imposition moyen de l'ensemble du pays, si elles choisissent de le faire. Une collectivité de partage intermédiaire renferme des éléments du modèle de partage pancanadien et du modèle de partage provincial.

4. Même si la justification de la participation de l'État en général et du pouvoir fédéral en particulier repose principalement sur des considérations d'équité, la façon dont le gouvernement fédéral assume son rôle peut contribuer à l'efficacité de la fédération (par exemple en supprimant des obstacles à la mobilité). Dans les trois visions de la collectivité de partage décrites ci-dessus, il y a des avantages sur le plan de l'efficacité à conserver un modèle de prestation provincial (un modèle qui tient compte des conditions et des préférences locales et qui favorise l'innovation). Ces avantages correspondent à la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs.
5. Il y a toute une gamme d'instruments auxquels le gouvernement fédéral peut recourir pour s'acquitter de son rôle. Même si le choix des instruments dépend du consensus sociétal sur la question du partage, en vertu de tous les modèles de la collectivité de partage que nous avons décrits, il y a de solides arguments en faveur des paiements de péréquation. Parmi les autres instruments, il y a la prestation directe par le gouvernement fédéral (que nous jugeons, dans l'ensemble, peu avisée), les transferts aux particuliers (peut-être par l'intermédiaire du régime fiscal), les transferts aux provinces, le partage des recettes et le transfert de points d'impôt. Dans le passé, les transferts fédéraux aux provinces ont été le principal instrument employé et on peut s'attendre à ce qu'il en soit encore ainsi dans le modèle intermédiaire et le modèle du partage pancanadien. Si les Canadiens préfèrent le modèle de partage à prédominance provinciale, le partage des recettes devient alors un instrument attrayant.
6. Le caractère adéquat de la contribution financière fédérale aux soins de santé au Canada est une source de conflit entre les gouvernements. À notre avis, la structure des finances publiques fédérales est actuellement plus robuste que celle des finances de la plupart des provinces et des territoires. Cette situation prévaut depuis la fin des années 90. Au cours des décennies antérieures, on observait la situation inverse. Ces variations font partie intégrante de l'histoire du fédéralisme canadien. Elles se produisent au fil de l'évolution des circonstances économiques et des politiques de dépenses et de recettes des deux ordres de gouvernement.
7. La perspective d'un dividende budgétaire croissant au niveau fédéral et d'une augmentation incessante des coûts des soins de santé au niveau provincial soulève inévitablement des interrogations quant à la répartition des ressources. Il en résulte un débat de portée beaucoup plus vaste sur les niveaux appropriés d'endettement, les fardeaux fiscaux et d'autres demandes concurrentes sur les deniers publics. L'augmentation de la contribution financière fédérale aux programmes de soins de santé des provinces et des territoires et l'expansion de la protection accordée au pays

pour les services de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* sont deux options qui méritent un examen attentif dans le cadre de ce débat public.

8. Il y a une rupture à l'heure actuelle entre le rôle que le gouvernement fédéral semble vouloir jouer à l'égard des dimensions pancanadiennes des soins de santé et la taille de sa contribution en espèces. Le gouvernement fédéral verse une contribution en espèces insuffisante pour conserver la capacité et le droit de jouer le rôle qu'il a joué historiquement. En supposant que nous interprétons correctement la volonté du gouvernement fédéral de maintenir un tel rôle, sa contribution en espèces doit être restructurée dans le cadre de négociations fédérales-provinciales-territoriales. Nous sommes d'avis qu'une juste contribution fédérale en espèces se situerait entre 20 et 25 p. 100 des coûts des provinces, en fonction des facteurs examinés précédemment. Pour l'avenir, le gouvernement fédéral devrait aussi partager davantage les risques fiscaux et politiques associés à l'évolution des soins de santé.
9. L'approche essentiellement unilatérale adoptée par le gouvernement fédéral dans ses relations fiscales avec les provinces cadre mal avec la nature du partenariat fédéral-provincial-territorial que le gouvernement fédéral semble vouloir établir et que le public canadien souhaite manifestement dans le domaine des soins de santé. Du même coup, le retour à une approche plus axée sur la collaboration au niveau des décisions budgétaires exigerait que les responsables des ministères des finances des provinces s'engagent de façon constructive et réaliste dans un processus de négociation avec leurs homologues fédéraux.
10. Parmi les autres considérations qui devraient guider les rapports fiscaux entre les gouvernements fédéral et provinciaux, mentionnons les suivantes :
 - a. Si le Canada devait évoluer vers un modèle de collectivité de partage à prédominance provinciale, un accord fédéral-provincial-territorial sur le partage des recettes constituerait l'option préférée (tel qu'indiqué précédemment), alors que le transfert de points d'impôt viendrait en deuxième place. Dans l'un et l'autre cas, les recettes devraient faire l'objet d'une péréquation. Dans ce modèle, les conditions qui se rattachent à la *Loi canadienne sur la santé* devraient être supprimées, sauf celles ayant trait à la transférabilité et à la mobilité.
 - b. On pourrait aussi envisager, dans une vision du partage à prédominance pancanadienne ou intermédiaire, le maintien du transfert fédéral en espèces. La contribution en espèces devrait être visible et perçue par tous les Canadiens comme étant *la* contribution fédérale. Dans ce cas, il conviendrait de maintenir des conditions semblables à celles qui figurent actuellement dans la *Loi canadienne sur la santé* ou une version à jour de ces conditions.
 - c. Une contribution fédérale en espèces stable de 20 à 25 p. 100 devrait prendre la forme d'un transfert uniforme par habitant distinct pour les soins de santé (TCS), versé en un montant global, en partie à cause de ses propriétés de péréquation. Ce transfert ne devrait pas constituer une entente formelle de partage des coûts.

- d. Toute contribution fédérale en espèces devrait être indexée à une mesure qui reflète la croissance des coûts des soins de santé dans l'ensemble du pays. Cette mesure devrait être prévisible et transparente.
 - e. On devrait aussi envisager de rajuster le transfert uniforme par habitant en fonction des besoins différents des provinces et des territoires, déterminés par des facteurs démographiques et géographiques mesurables. Même si ce rajustement en fonction des besoins peut se justifier dans l'un ou l'autre scénario, il serait particulièrement impératif dans le modèle de partage à prédominance pancanadienne.
11. Les services hospitaliers et médicaux assurés diminuent en importance par rapport à l'ensemble des dépenses en soins de santé. Si l'on envisageait d'élargir la portée des services assurés et compte tenu des conclusions présentées aux points 6 à 8 ci-dessus, il nous semble que la totalité, ou presque, des coûts supplémentaires de la couverture élargie devrait être assumée par le gouvernement fédéral. La détermination de ces coûts supplémentaires nécessiterait des renseignements détaillés de la part des provinces sur les coûts des programmes actuels, ainsi qu'une évaluation attentive des coûts des programmes proposés. En supposant que le gouvernement fédéral absorbe ces coûts supplémentaires, il pourrait pencher vers la prudence budgétaire en finançant une partie des coûts additionnels par un impôt spécifique à cette fin. Parmi les autres aspects d'une couverture plus étendue, mentionnons les suivants :
- a. À titre de mesure provisoire, les nouveaux programmes de soins de santé pancanadiens devraient s'inscrire dans un ou plusieurs transferts globaux pour les soins de santé (distincts du TCS).
 - b. Le ou les transferts globaux distincts devraient comporter une clause d'indexation distincte traduisant les augmentations prévues des coûts dans les secteurs visés par ces nouveaux programmes (fondée sur une mesure de l'augmentation des coûts pertinents de Statistique Canada).
 - c. Une fois rodés, les nouveaux programmes devraient être intégrés au TCS avec, au besoin, un rajustement approprié à la formule d'indexation du TCS.
12. La relation fiscale entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devrait être repensée et remaniée pour mieux refléter l'esprit d'un partenariat. Le modèle des relations fiscales fédérales-provinciales de l'époque des années 50 aux années 70 s'est distingué par des négociations serrées, mais aussi par la détermination à parvenir à une entente. Le retour à ce modèle ou le recours à une solution de rechange qui permettrait aux provinces et aux territoires d'avoir davantage leur mot à dire dans les résultats est hautement souhaitable.
13. On devrait aussi envisager la façon dont le gouvernement fédéral pourrait devenir le partenaire politique des provinces et des territoires en vue de les aider à surmonter certains des obstacles politiques les plus redoutables auxquels ils font face en tentant de réformer le système des soins de santé.

14. Dans le contexte de la reconstruction du partenariat fiscal et politique entre les ordres de gouvernement, il faudrait accorder une attention aux modalités de gestion des différends qui ne peuvent être évités. Le besoin d'apporter des changements significatifs aux mécanismes de règlement des différends n'est pas impérieux dans le modèle de partage à prédominance provinciale. Cependant, de meilleures modalités de règlement des différends sont requises dans le modèle de partage intermédiaire. Et, dans la mesure où la Commission propose des changements au niveau des politiques qui auraient pour effet d'élargir la gamme des soins de santé couverts au pays, ou d'accroître la portée ou la rigueur des conditions imposées par le gouvernement fédéral dans la *Loi canadienne sur la santé*, la nécessité de veiller à ce que les mécanismes de règlement des différends soient perçus par le public et les deux ordres de gouvernement comme légitimes et faisant autorité ira en s'intensifiant. Cela exigera de nouveaux mécanismes institutionnels (Cameron et McCrea-Logie, 2002). Dans les deux dernières versions de la collectivité de partage pancanadienne, les dispositions relatives au règlement des différends pourraient inclure, par exemple, des dispositions comme celles-ci :
- a. Elles pourraient s'appliquer à une vaste gamme de différends, tant au niveau de la fiscalité qu'à celui des programmes.
 - b. Elles pourraient intégrer les valeurs fondamentales qui encadrent les soins de santé au Canada.
 - c. Elles pourraient accorder un rôle aux citoyens dans le processus de règlement des différends.
 - d. Elles pourraient faire appel à des tiers, au besoin, pour des fonctions de consultation, de médiation et de facilitation, mais d'une manière conforme au respect de l'obligation de rendre compte des dirigeants élus en démocratie.
 - e. Elles pourraient favoriser l'épanouissement d'un dialogue et de relations de partage en servant de forum de consultation auquel participeraient des représentants des deux ordres de gouvernement.
 - f. Elles pourraient prévoir la publication des rapports de détermination des faits afin d'informer les citoyens et d'exercer une pression morale sur les parties.

Il n'y a pas une « bonne » solution unique quant au rôle futur du gouvernement fédéral dans le financement des soins de santé au pays et à l'établissement d'un processus d'évitement et de règlement des différends, parce qu'il existe des visions concurrentes de la nature de la collectivité de partage canadienne et de la fédération canadienne. Un débat et un consensus sont donc requis au niveau de la société. Mais indépendamment de l'aboutissement de ce débat, on observe une série de points de rupture entre la dialectique du partenariat qui marque les déclarations du gouvernement fédéral au chapitre des politiques de soins de santé et la façon dont ce dernier a utilisé les instruments du fédéralisme fiscal et de règlement des différends au cours des deux dernières décennies pour mettre en application ses déclarations.

Il importe de remédier à ces points de rupture. Dans ce but, le présent document énonce certains principes qui peuvent servir de guide à un processus de réforme visant à renouveler et à améliorer les relations fiscales entre gouvernements et les relations dans le domaine des soins de santé de façon plus générale. À cet égard, le gouvernement fédéral a pris des mesures au cours des dernières années qui cadrent avec les principes proposés dans l'optique tant du fédéralisme fiscal que du règlement des différends. Du même coup, l'analyse présentée ici laisse penser que d'autres initiatives seront requises de la part de tous les gouvernements pour que ces améliorations aient un caractère durable et qu'on puisse reconstruire le partenariat intergouvernemental. Les Canadiens souhaitent la reconstruction de ce partenariat. Il est aussi essentiel d'améliorer la qualité et la durabilité des soins de santé pour les générations futures.

Bibliographie

Adams, Duane, éd. *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, Université Queen's, 2001.

Banting, Keith, et Robin Boadway. *Dimensions of Choice: The Role of the Federal Government in Health Care*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

Banting, Keith, et Stan Corbett. *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2002.

Cameron, David R., et Jennifer McCrea-Logie. *Cooperation and Dispute Resolution in the Canadian Health Care Field*, Ottawa, Commission sur les soins de santé au Canada, 2002.

Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume un – Le chemin parcouru*, 2001.

Courchene, Thomas J. *ACCESS: A Convention on the Canadian Economic and Social Systems*, Toronto, ministère des Affaires intergouvernementales, 1996.

Flood, Colleen M., Mark Stabile et Carolyn H. Tuohy. « The Borders of Solidarity: How Countries Determine the Public/Private Mix in Spending and the Impact on Health Care », *Health Matrix*, vol. 2, n° 2, 2002.

Forget, Evelyn L., Raisa Deber et Leslie L. Roos. « Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, 2002, p. 143-147.

Hogg, Peter W., et Patrick Monahan. *Liability of the Crown*. Scarborough (ON), Carswell, 2002.

Lajoie, A., et P.A. Molinari. « Le partage constitutionnel des compétences en matière la santé », *Revue du Barreau canadien*, vol. 56, 1978, p. 579.

Lazar, Harvey, France St-Hilaire et Jean-François Tremblay. *The Federal Role in Financing Health Care for Canadians: Options for Debate*, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, Université Queen's, 2002.

Mendelsohn, Matthew. *Canadians' Thoughts on Their Health Care System: Preserving the Canadian Model Through Innovation*. Novembre 2001. Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada le 30 août 2002. Disponible sur le site : <http://www.commissionsoinsdesante.ca>.

Parti libéral du Canada. *Pour la création d'emplois, pour la relance économique : le plan d'action libéral pour le Canada*, Ottawa, Parti libéral du Canada, 1993.

Perry, David B. « The Federal-Provincial Fiscal Arrangements Introduced in 1977 », *Revue fiscale canadienne*, vol. 25, n° 4, 1977, p. 429-441.

Québec. Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, *Le Rapport Tremblay et l'autonomie provinciale à l'ère de Duplessis*, Québec, 1956.

Québec. La Commission sur le déséquilibre fiscal et ses annexes. 2002. *Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada*, 30 août 2002.

<http://www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/fr>.

Ramsay, Cynthia. *Medical Savings Accounts: Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care for Canadians*, Vancouver, Fraser Institute, 1998.

Toronto Star. « Liberal's Fiscal Policy a Threat to Confederation ». Broadbent. 19 février 1977, p. A5.

Watts, Ronald L. *The Spending Power in Federal Systems: A Comparative Study*. Kingston, Institut des relations intergouvernementales, Université Queen's, 1999.