

Commission sur  
l'avenir des soins de santé  
au Canada



Commission on the  
Future of Health Care  
in Canada

ÉTUDE N° 1

---

# L'évolution de l'environnement politique et économique des soins de santé au Canada

par

**Gerard W. Boychuk**

Université de Waterloo



juillet 2002

**Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.**

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

## Table des matières

<b>Points saillants</b>	<b>iv</b>
<b>Sommaire</b>	<b>vi</b>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
Vue d'ensemble	2
<b>Caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé</b>	<b>4</b>
Analyse des tendances actuelles des dépenses publiques de santé des provinces	4
Le contexte des hausses de dépenses actuelles	
– Compressions de dépenses et demande refoulée	4
Les dépenses en santé en tant que mesure relative	6
Analyse du caractère soutenable du fardeau financier futur des dépenses publiques de santé	8
Projections à long terme de la croissance des dépenses en soins de santé	9
Le caractère soutenable des efforts financiers des provinces	10
<b>La dynamique des relations fédérales-provinciales dans le secteur de la santé</b>	<b>12</b>
<b>Les effets sur l'opinion publique</b>	<b>16</b>
<b>Conclusion : La viabilité politique des soins de santé au Canada</b>	<b>19</b>
<b>Notes</b>	<b>20</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>21</b>

## Points saillants

*Comment un environnement politique axé sur l'équilibre budgétaire, la réduction de la dette et/ou des baisses d'impôt a-t-il une incidence sur la viabilité du système de soins de santé ?*

- Le lien entre les soins de santé et les questions budgétaires a été une fabrication de nature politique et la viabilité des soins de santé publics au Canada est essentiellement un enjeu politique et non pas une question purement budgétaire.
- L'existence d'une crise budgétaire au Canada n'est pas manifeste dans le contexte des tendances actuelles des dépenses :
  - les dépenses de santé provinciales par rapport au PIB sont au même niveau à l'heure actuelle qu'elles l'étaient au début des années 90;
  - l'évolution récente des hausses de dépenses est probablement le résultat de la demande refoulée créée par les compressions de dépenses du milieu des années 90.
- ❖ Les projections à long terme d'une non-viabilité financière du système doivent être fondées sur l'une des hypothèses suivantes :
  - une accélération des coûts *bien au-delà des hausses de coûts alimentées par le vieillissement démographique et des augmentations modestes des coûts des services offerts à l'heure actuelle;*
  - les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables, un argument pour lequel il n'existe pas de preuve empirique à l'heure actuelle.
- Les relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces contribuent à miner les fondements politiques du système de soins de santé actuel en :
  - ❖ créant l'illusion d'une croissance rapide du fardeau fiscal global représenté par les dépenses de santé par rapport à la taille de l'économie;
  - ❖ permettant une manipulation de l'appareil financier de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits gouvernementaux soit supporté avant tout au niveau provincial (dont les soins de santé sont la principale responsabilité en matière de programmes), ce qui contribue à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses en soins de santé et les questions de déficits et d'endettement;
  - ❖ fournissant aux provinces de fortes incitations pour monter en épingle la baisse de la qualité et la non-viabilité financière dans une tentative en vue de donner un poids maximum à leurs revendications auprès du gouvernement fédéral en vue d'enrichir les transferts.
- Cette dynamique a contribué à alimenter les perceptions suivantes parmi la population :
  - la qualité du système de santé est faible et en perte de vitesse;
  - le système traverse une crise de financement majeure, les gouvernements ne dépensent pas assez pour les soins de santé et une augmentation du financement est nécessaire pour améliorer le système de soins de santé;
  - les deux ordres de gouvernement gèrent mal les questions relatives aux soins de santé et ils accusent des retards grandissants dans leurs tentatives en vue de régler les problèmes des soins de santé.
- Les réformes du système canadien de soins de santé qui abordent la question de la viabilité financière et de la maîtrise future des coûts sans considérer l'enjeu de la viabilité politique

sont probablement vouées à l'échec. *Pour assurer la viabilité politique des soins de santé au Canada, il faut modifier les incitations auxquelles sont soumis le gouvernement fédéral et les provinces dans le contexte actuel des modalités institutionnelles qui entourent le financement et la prestation des soins de santé au Canada.*

## Sommaire

Dans le contexte politique de l'ère révolue des déficits budgétaires, la viabilité politique des soins de santé publics semble précaire. Les tensions entre les soins de santé en tant que vaste programme de dépenses publiques et un contexte politique élargi orienté vers des budgets équilibrés, une réduction de la dette et des baisses d'impôt semblent relativement évidentes, mais la fragilité politique des soins de santé au Canada n'est ni automatique ni nécessairement la résultante de ce contexte élargi. Les liens entre les soins de santé et les questions financières ont plutôt été fabriqués sous l'impulsion de facteurs politiques et institutionnels. En conséquence, la viabilité du système public de soins de santé au Canada à l'heure actuelle est essentiellement un enjeu politique – et non pas une question purement financière. L'évolution actuelle des dépenses ne permet pas de déceler à première vue l'existence d'une crise financière dans les soins de santé au Canada; mais la croyance populaire concernant l'existence d'une crise financière dans les soins de santé est néanmoins véritable. La question fondamentale à se poser est celle de savoir pourquoi et comment ce lien entre les dépenses en soins de santé et des enjeux budgétaires comme les déficits, l'endettement et les impôts, que la notion actuelle de viabilité capte si bien, a-t-il pu devenir aussi profondément ancré au cœur des débats sur les politiques canadiennes pendant les cinq dernières années. L'orientation politique contemporaine en faveur de l'équilibre budgétaire, de la réduction de la dette et des déficits, et des baisses d'impôt ne mine pas nécessairement la viabilité du système de soins de santé actuel, mais il faut un appui politique plus vigoureux pour soutenir le système dans ce contexte, de sorte que la possibilité que les dispositions institutionnelles actuelles nuisent à l'appui donné au système de santé est accentuée.

La crise financière des soins de santé n'est pas uniquement une fabrication idéologique; elle possède plutôt des fondements institutionnels solides et persistants. Elle trouve son origine dans la situation paradoxale selon laquelle le cadre institutionnel du système public de soins de santé – notamment la nature et la dynamique des relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces – est structuré de façon à miner au lieu de mousser fondamentalement l'appui de la population pour le système. La fragilité politique actuelle du système est l'aboutissement de la dynamique politique qui fut orchestrée par près d'une décennie de querelles fédérales-provinciales concernant son financement dans un contexte de compression budgétaire. Les incitations créées par les arrangements financiers fédéraux-provinciaux et les modes d'interaction subséquents ont mené à des perceptions répandues tant parmi les élites que dans la population canadienne en général selon lesquelles le système public de soins de santé au Canada est aux prises avec une baisse rapide de sa qualité, qu'il est secoué par une crise de financement, qu'il ne parvient plus à contrôler ses coûts et qu'en bout de ligne, il n'est plus financièrement viable.

L'évolution actuelle des dépenses n'offre qu'un mince fondement aux arguments selon lesquels le système est financièrement non viable. Le ratio des dépenses provinciales de santé en proportion du PIB est le même à l'heure actuelle qu'il l'était, il y a une décennie, et l'évolution récente des hausses de dépenses est en partie attribuable à la demande refoulée qui a résulté des compressions de dépenses du milieu des années 90. L'argument de la non-viabilité du système n'est plausible que si on l'appuie sur des hypothèses d'une escalade des coûts supérieure aux hausses de coûts alimentées par le vieillissement de la population, la croissance démographique

et des augmentations modérées des frais des services offerts à l'heure actuelle ou, encore, sur l'assertion selon laquelle les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables. La première question peut bien sûr être débattue; mais, le fait de soutenir que la *possibilité* de hausses  *futures* de coûts présente un danger pour la viabilité du système est fondamentalement différent de l'argument selon lequel l'évolution actuelle des dépenses démontre le caractère non-viable du système actuel. La question du caractère soutenable des efforts fiscaux actuels des provinces à la lumière de l'intégration économique croissante à l'échelle continentale et mondiale demeure ouverte à plus long terme; toutefois, il n'y a aucune preuve à ce jour d'une harmonisation vers le bas des efforts financiers des provinces.

Malgré tout, il existe à l'heure actuelle une perception largement répandue de l'existence d'une crise financière dans les soins de santé publics. Cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – notamment les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Dans le contexte de restrictions plus généralisées, ces arrangements ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population à l'égard du système public de soins de santé. Premièrement, l'illusion d'une croissance rapide du fardeau financier global des dépenses de santé (par rapport à la taille de l'économie) est avant tout un artifice des arrangements financiers entre les deux ordres de gouvernement. Deuxièmement, la manipulation du régime fiscal de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits publics soit supporté surtout au niveau provincial, dont les soins de santé représentent la responsabilité première en matière de programmes, a contribué à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses de santé et la question des déficits et de l'endettement. Enfin, les arrangements financiers actuels encouragent fortement les provinces à faire valoir les difficultés de leur propre système de soins de santé et, d'une façon plus générale, le caractère financier non soutenable du système actuel dans une tentative en vue de renforcer au maximum leurs demandes auprès du gouvernement fédéral d'enrichir les transferts.

Cette dynamique a eu des incidences importantes sur les perceptions du public à l'égard des soins de santé, y compris la baisse spectaculaire dans les perceptions des gens concernant la qualité des soins de santé qui existe en dépit de la prédominance d'expériences personnelles positives vécues dans le système de santé. De plus, il y a aussi des perceptions largement répandues dans la population selon lesquelles le système public de santé est aux prises avec une crise de financement majeure (en dépit du fait que le fardeau fiscal des soins de santé publics par rapport à la taille de l'économie n'est pas plus lourd qu'il ne l'était au début des années 90) et qu'une augmentation du financement doit être un élément central de l'amélioration du système de soins de santé. Enfin, la confiance de la population dans la façon dont les deux ordres de gouvernement abordent les questions de soins de santé est en voie de s'effriter et la croyance populaire selon laquelle les gouvernements accusent des retards de plus en plus prononcés dans leurs démarches en vue de régler les problèmes des services de santé est de plus en plus répandue.

L'évolution actuelle des dépenses n'indique pas que la viabilité financière du système public de soins de santé au Canada est en danger dans l'immédiat. Il ne faut toutefois pas conclure que l'accélération future des coûts ne représente pas un risque pour la viabilité des soins de santé et qu'il n'est pas nécessaire de faire preuve de retenue financière dans la gestion de la santé. Il ne

faut pas croire non plus que la question de la viabilité devrait être écartée comme un phénomène transitoire qui disparaîtra avec le relâchement de la politique de restriction financière. Les conditions qui ont mené à la perception largement répandue d'une crise financière des soins de santé à l'heure actuelle ont des fondements institutionnels véritables et persistants qui devraient se maintenir dans l'avenir prévisible, peu importe que la crise repose sur des bases objectives et que l'on adopte des solutions pour contenir les pressions futures des coûts. Dans le contexte des arrangements actuels, une baisse persistante et difficile à renverser dans les perceptions des gens concernant la qualité et la viabilité du système actuel de soins de santé public au Canada se poursuivra probablement. C'est cette tendance qui est porteuse d'une véritable possibilité de crise.



## **Introduction**

On décrit de plus en plus souvent et avec une insistance croissante la situation du système public de soins de santé au Canada comme étant non viable. La volonté d'éliminer les déficits, de réduire le fardeau de l'endettement et d'abaisser les impôts semble s'être heurtée au désir de maintenir un système de soins de santé intégral, universel et géré par l'État au Canada. Le gouvernement fédéral et les provinces semblent être aux prises avec des demandes apparemment incompatibles de la population (et de certains groupes d'intérêts organisés) en faveur de baisses d'impôts et de budgets équilibrés, tout en assurant la viabilité d'un système de soins de santé de haute qualité, géré et financé par l'État. Cette incompatibilité a contribué à remettre en question la viabilité du système actuel de soins de santé au Canada, ce qui soulève, en retour, un certain nombre de questions connexes : Dans quelle mesure la crise des soins de santé est-elle une réalité financière alimentée par l'évolution du contexte économique ? Est-elle attribuable à l'évolution du contexte politique ? S'agit-il d'un phénomène temporaire lié à la transition vers une ère désormais exempte de déficit et dans quelle mesure la « nouvelle » économie politique du Canada s'accompagne-t-elle de changements permanents à ce que les Canadiens peuvent s'attendre de leurs systèmes de santé ?

L'évolution actuelle des dépenses ne permet pas de déceler à première vue l'existence d'une crise financière dans les soins de santé au Canada. Les tensions entre les soins de santé en tant que vaste programme de dépenses publiques et les pressions en faveur de budgets équilibrés, de remboursement de la dette et de baisses d'impôt semblent relativement évidentes, mais cette relation n'est pas aussi explicite que cela. Les liens entre les deux questions ont plutôt été fabriqués sous l'impulsion de facteurs politiques et institutionnels, car la fragilité politique du système de soins de santé ne possède pas de caractère automatique et n'est pas l'aboutissement inévitable d'un contexte politique de plus en plus orienté vers l'équilibre budgétaire, l'amortissement de la dette et les baisses d'impôts. Par ailleurs, la croyance populaire concernant l'existence d'une crise financière est néanmoins véritable. Dans l'immédiat, la viabilité du système public de soins de santé dans sa forme actuelle au Canada est fondamentalement une question politique et non pas un simple enjeu financier. La question fondamentale à se poser est celle de savoir comment et pourquoi ce lien entre les dépenses en soins de santé et des enjeux budgétaires comme les déficits, l'endettement et les impôts, que la notion contemporaine de « viabilité » capte si clairement, a-t-il pu devenir aussi profondément ancré au cœur des débats sur l'orientation des politiques au Canada pendant les cinq dernières années ? Il devient d'autant plus urgent de comprendre ce lien que le contexte politique orienté vers l'équilibre budgétaire, l'élimination des déficits et de l'endettement et les baisses d'impôt contribuera probablement, semble-t-il, à amplifier les incidences de ce lien.

La crise financière des soins de santé n'est pas simplement une fabrication idéologique. La véritable crise du système canadien de soins de santé trouve son origine dans la situation paradoxale en vertu de laquelle ses bases institutionnelles – notamment, la nature et la dynamique des relations fédérales-provinciales – sont structurées de façon à miner au lieu de mousser fondamentalement l'appui de la population envers le système. La faiblesse politique du système de soins de santé est l'aboutissement d'une dynamique politique cruciale qui fut orchestrée par près d'une décennie de querelles fédérales-provinciales concernant son financement dans un contexte de compression budgétaire. Ces incitations et ces modes d'interaction subséquents ont mené à des perceptions répandues tant parmi les élites que dans la

population canadienne en général selon lesquelles le système public de soins de santé au Canada est aux prises avec une baisse rapide de sa qualité, qu'il est secoué par une crise de financement, qu'il ne parvient plus à contrôler ses coûts et qu'en bout de ligne, il n'est plus financièrement viable.

Comme la perception actuelle d'une crise financière au sein du système de soins de santé trouve son origine dans son cadre institutionnel, les pressions sur le système de santé public ne se sont pas relâchées et ne devraient pas se relâcher par suite de la diminution des pressions financières ou de la mise en place de mécanismes visant à contrôler les coûts futurs du système. Pour pouvoir réorienter le système de santé vers un fondement politiquement plus viable, il faudra repenser sérieusement les responsabilités et les rôles respectifs du gouvernement fédéral et des provinces au niveau du financement et de la prestation des soins de santé publics, et modifier les incitations et les perceptions qui entourent ces arrangements dans l'esprit de la population.

## **Vue d'ensemble**

La première partie de l'étude contient un examen des dépenses provinciales de santé au cours des années 90. On y soutient que l'évolution actuelle des dépenses n'offre qu'un mince fondement à l'argument selon lequel le système est financièrement non viable. Ces allégations doivent s'appuyer sur des prévisions d'une escalade des coûts supérieure aux hausses de coûts alimentées par la croissance démographique, le vieillissement de la population et des augmentations modérées des frais des services offerts à l'heure actuelle ou, encore, sur l'assertion selon laquelle les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables. Cette dernière question du caractère soutenable des efforts actuels en matière d'imposition provinciale dans l'optique d'une intégration économique croissante à l'échelle mondiale et continentale est examinée dans la conclusion de cette première section de l'étude.

Même si les dépenses provinciales en soins de santé en proportion du PIB sont au même niveau qu'elles l'étaient au début des années 90, il existe une perception largement répandue selon laquelle le système de santé est aux prises à l'heure actuelle avec une crise financière. Dans la deuxième section de l'étude, nous soutenons que cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – plus précisément, les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ces arrangements ont semblé fonctionner assez bien en période d'expansion mais, dans un contexte de compression plus généralisée, ils ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population pour le système actuel de soins de santé publics. Premièrement, l'illusion d'une escalade rapide du fardeau financier global rattaché aux dépenses de santé (par rapport à la taille de l'économie) est un artifice des arrangements financiers entre les deux ordres de gouvernement. Deuxièmement, la manipulation du régime fiscal de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits publics soit supporté surtout au niveau provincial a contribué à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses de santé et la question des déficits et de l'endettement. Enfin, dans un contexte de resserrement des transferts fédéraux, les arrangements financiers actuels encouragent les provinces à faire valoir les difficultés de leur système de soins de santé et, d'une façon plus générale, le caractère financier non soutenable du système actuel.

La troisième section de l'étude présente une analyse des effets des réactions des gouvernements aux incitations décrites ci-dessus concernant les perceptions de la population à l'égard des soins de santé. On observe une baisse notable dans les perceptions de la population concernant la qualité des soins de santé qui existe en dépit de la prédominance d'expériences personnelles positives vécues dans le système de santé. Il y a aussi des perceptions largement répandues parmi les gens selon lesquelles le système public de santé est aux prises avec une crise de financement majeure et qu'une augmentation du financement doit être un élément central de l'amélioration du système de soins de santé. Enfin, la confiance de la population dans la façon dont les deux ordres de gouvernement abordent les questions de soins de santé est en voie de s'effriter et la croyance populaire selon laquelle les gouvernements accusent des retards de plus en plus prononcés dans leurs démarches en vue de régler les problèmes des soins de santé est de plus en plus répandue.

En guise de conclusion, nous préconisons l'adoption d'une définition de la viabilité qui intègre la dimension politique – au lieu de la seule dimension financière – à la notion de viabilité du système de santé. En l'absence d'une réforme, les incitations inhérentes à la structure institutionnelle fédérale-provinciale sont susceptibles de continuer à miner la viabilité politique du système public de soins de santé au Canada.

## **Caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé**

Dans le contexte des débats actuels, la viabilité est perçue surtout en se référant à sa dimension financière. Dans la prochaine section, nous examinons la question du caractère viable du système sur le plan financier, en soutenant que les tendances actuelles des dépenses ne sont pas suffisantes, en soi, pour prouver le bien-fondé de l'argument de non-viabilité.

### **Analyse des tendances actuelles des dépenses publiques de santé des provinces**

Deux démarches sous-tendent généralement les arguments concernant la non-viabilité financière des soins de santé. La première consiste à projeter les coûts futurs des soins de santé à partir des tendances actuelles des dépenses (à compter surtout de 1996), tandis que la deuxième s'appuie sur une projection des tendances actuelles de ces dépenses exprimées en proportion des dépenses totales de programmes des provinces. Mais, les deux méthodes comportent de sérieuses lacunes. La première est liée à la détermination de la période de référence pertinente sur laquelle les extrapolations doivent être basées. Les projections des coûts des soins de santé fondées sur la fin des années 90 ignorent le fait que les restrictions de dépenses au milieu de la décennie ont probablement contribué à la création d'une demande refoulée qui s'est traduite par une hausse des niveaux annuels de dépenses par la suite durant la décennie. Deuxièmement, le ratio des dépenses de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes n'est pas une mesure acceptable du caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé.

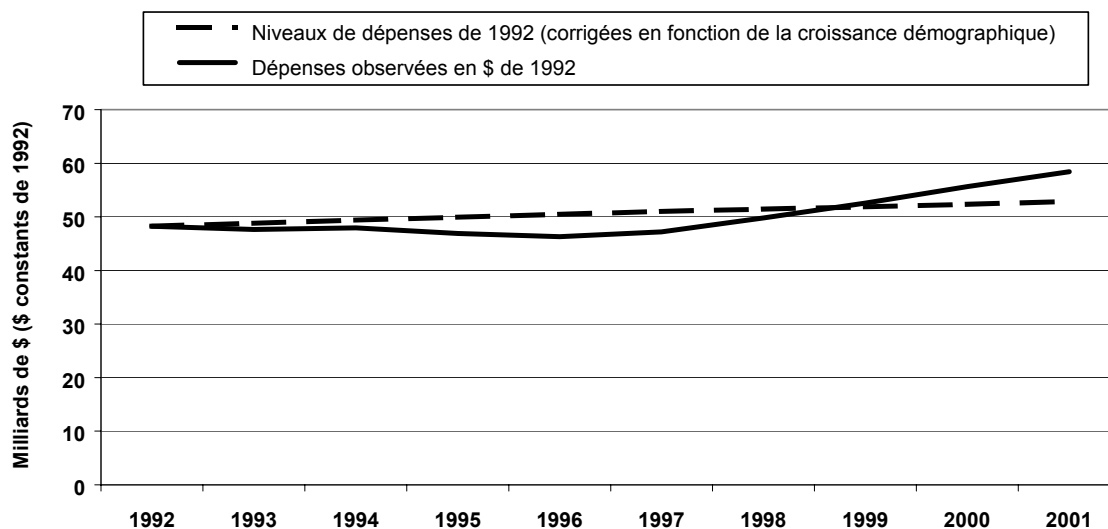
#### **Le contexte des hausses de dépenses actuelles – Compressions de dépenses et demande refoulée**

L'une des difficultés que comporte une projection fondée sur les tendances actuelles des dépenses en soins de santé est liée à la nécessité de porter un jugement sur les facteurs sous-jacents qui expliquent les hausses récentes de dépenses. Selon le rapport des ministres de la santé des provinces et des territoires sur les coûts des soins de santé, les restrictions de dépenses rigoureuses qui furent appliquées aux soins de santé du début jusqu'au milieu des années 90 se sont traduites par un taux de croissance annuelle très faible (2000, 3.17). Le rapport souligne aussi qu'à compter de 1996, les provinces et les territoires ont commencé à réinvestir, en partie pour compenser les compressions mises en place pendant les premières années de la décennie (3.17).

Les dépenses annuelles en santé des provinces (voir la figure 1) ont augmenté considérablement pendant la période qui a débuté après 1996<sup>1</sup>. Toutefois, les dépenses provinciales observées furent plus faibles entre 1993 et 1996 qu'elles ne l'auraient été si les dépenses publiques en santé par habitant avaient été maintenues à leurs niveaux de 1992. En 1997, les dépenses provinciales observées furent inférieures d'un total cumulatif de plus de 13 milliards de dollars (en dollars constants de 1992) qu'elles ne l'auraient été si les provinces avaient tout simplement maintenu leurs dépenses par habitant aux niveaux de 1992. Comme les provinces ont commencé à réinvestir dans les soins de santé après 1996, le total cumulatif des dépenses provinciales observées en 2001 a *presque* atteint le montant que les provinces auraient dépensé pendant la période 1992-2001, si elles avaient simplement maintenu leurs dépenses par habitant aux niveaux de 1992 (voir figure 2).

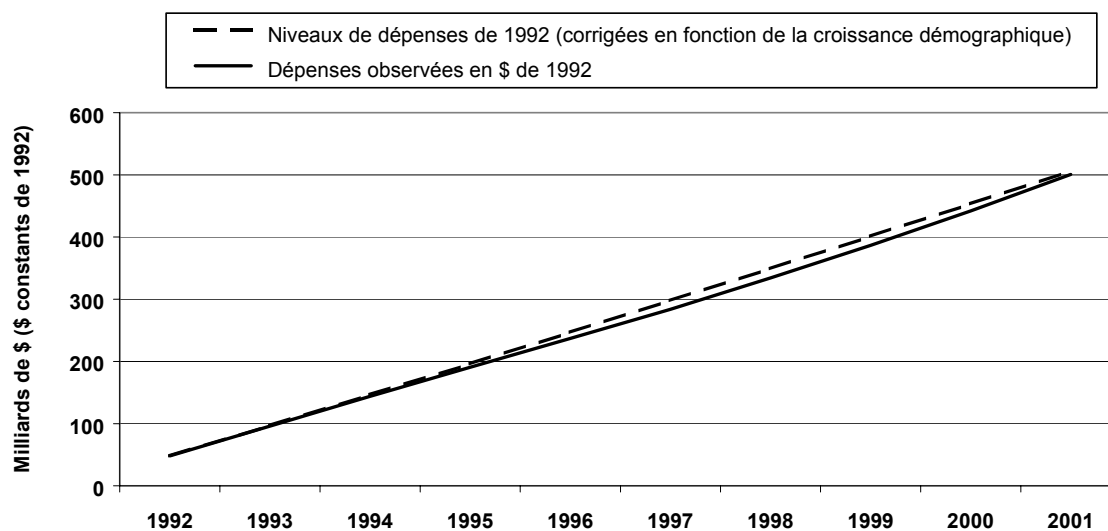
**Figure 1**  
**Dépenses annuelles des provinces pour la santé,**  
**Canada, 1992-2001**

Dépenses observées et dépenses de 1992  
 (corrigées en fonction de la croissance démographique)



**Figure 2**  
**Dépenses cumulatives des provinces pour la santé,**  
**Canada, 1992-2001**

Dépenses observées et dépenses de 1992  
 (corrigées en fonction de la croissance démographique)



La question essentielle consiste donc à délimiter les hausses de dépenses qui ont résulté des choix discrétionnaires des gouvernements provinciaux visant à améliorer ou à étendre les services, celles qui ont fait suite à la demande refoulée attribuable aux restrictions de dépenses du début au milieu des années 90 et, enfin, les augmentations de dépenses nécessitées par d'autres pressions sur les coûts. Chacun de ces éléments a des incidences différentes sur les tendances futures des dépenses. L'amélioration et l'expansion de services discrétionnaires se prêtent mieux à des restrictions que les autres pressions non discrétionnaires sur les coûts. La hausse des coûts alimentée par une demande refoulée devrait normalement se stabiliser. Aucun de ces éléments ne peut être considéré comme un indice du caractère inévitable de hausses de coûts futures. Ce n'est que l'augmentation des coûts attribuable au troisième ensemble de pressions qui est pertinente pour la question du caractère non-viable et inévitable de la situation financière du système de santé. À cet égard, une extrapolation des tendances actuelles des dépenses sans procéder à une délimitation claire des diverses forces motrices qui alimentent l'escalade des coûts et à une évaluation de leurs incidences différentes sur les tendances futures des dépenses n'est pas une méthodologie acceptable pour prévoir les tendances futures des dépenses.

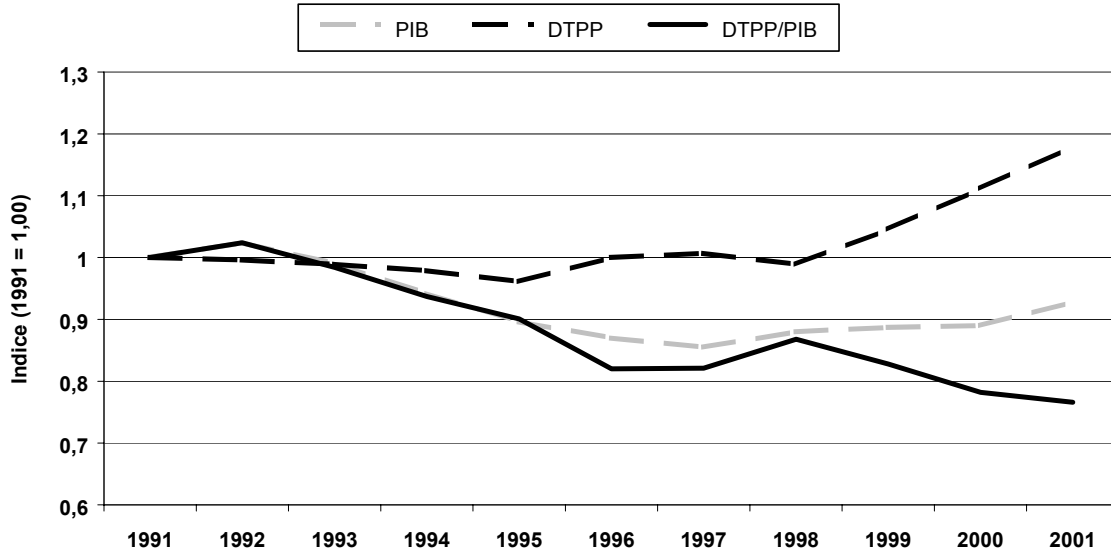
### ***Les dépenses de santé en tant que mesure relative***

Le ratio des dépenses de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes est l'indicateur des dépenses provinciales de santé qui a été utilisé dans les débats publics récents sur la santé. Cette mesure est importante en soi; toutefois, elle comporte de sérieuses lacunes en tant que mesure du fardeau fiscal des dépenses en soins de santé et elle n'est pas un bon indicateur du caractère soutenable du fardeau financier global que comportent les tendances actuelles des dépenses de santé.

Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux en proportion du produit intérieur brut ont diminué de 1993 à 1997 (voir la figure 3). Les dépenses ont augmenté depuis 1997, mais les dépenses provinciales de santé en proportion du PIB sont encore inférieures à ce qu'elles étaient, il y a plus d'une décennie. Par ailleurs, les dépenses provinciales de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes se sont accrues pendant la même période. Cette disparité apparente s'explique par le fait que les dépenses provinciales totales de programmes en dollars réels sont demeurées stationnaires entre 1991 et 2000, tandis qu'elles ont chuté à 78 pour cent de leurs niveaux de 1991 par rapport au PIB. Par conséquent, les dépenses provinciales de santé ont augmenté en proportion des dépenses provinciales totales de programmes, tandis qu'elles sont demeurées stationnaires par rapport au PIB.

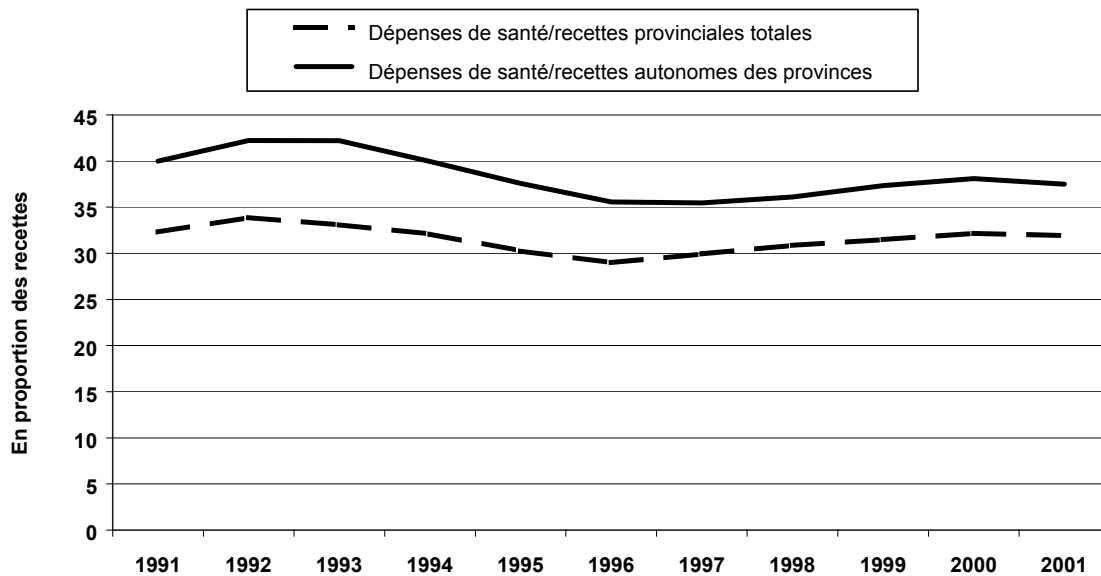
Une mesure mieux indiquée du fardeau financier et de la viabilité financière est le ratio des dépenses de santé des gouvernements provinciaux par rapport aux recettes provinciales totales. En 2001, les dépenses provinciales de santé (exprimées en pourcentage des recettes provinciales totales) étaient au même niveau qu'elles étaient en 1991 et légèrement inférieures à ce qu'elles étaient au tout début des années 90 (voir la figure 4). Par rapport aux ressources financières, il ne s'est produit aucune hausse du fardeau financier représenté par les dépenses provinciales en soins de santé. Les variations du fardeau financier représenté par les dépenses de santé n'ont été ni masquées ni accentuées par les variations dans l'ensemble de l'effort financier des provinces. L'effort financier global des provinces (mesuré à l'aide des recettes autonomes en proportion du

**Figure 3**  
**Dépenses des provinces pour la santé, 1991-2001**  
 Diverses mesures, sous forme d'indices (1991 = 1,00)

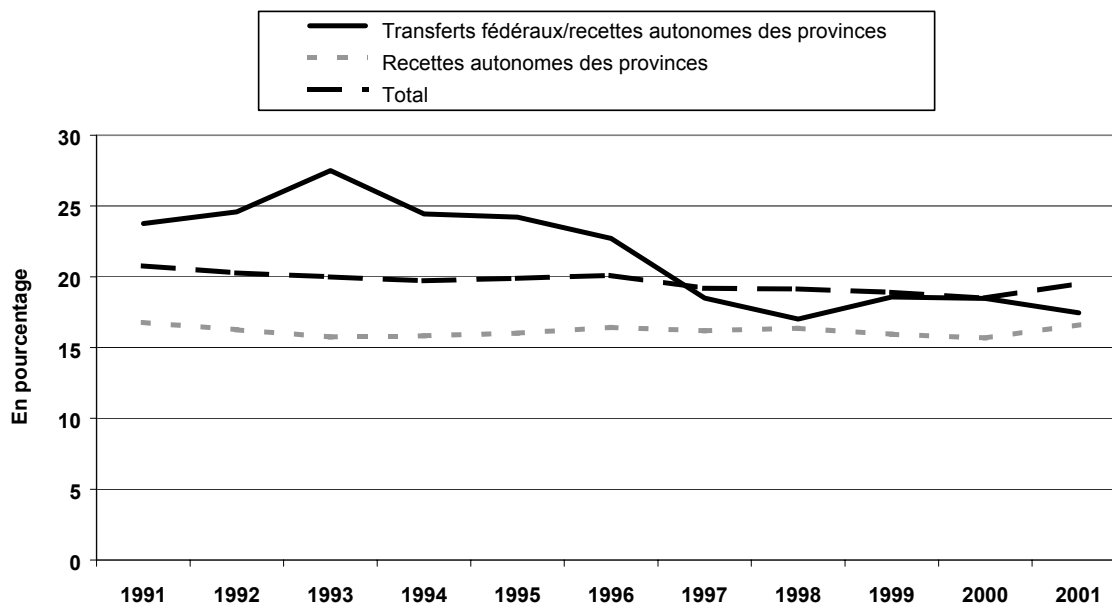


DTPP = Dépenses totales de programmes des provinces.

**Figure 4**  
**Dépenses des provinces pour la santé, 1991-2001**  
 En proportion des recettes totales et  
 des recettes autonomes des provinces



**Figure 5**  
**Transferts fédéraux et recettes autonomes**  
**des provinces, 1991-2001**



PIB) est demeuré constant pendant toutes les années 90 (voir la figure 5). Par ailleurs, l'apport global du gouvernement fédéral aux recettes provinciales totales a diminué<sup>2</sup>.

Donc, le tableau d'ensemble qui se dégage de tout ceci, c'est que la compression des transferts fédéraux a eu pour conséquence qu'une proportion croissante *de la hausse* des recettes autonomes des provinces est acheminée vers les soins de santé au lieu de servir à financer d'autres programmes provinciaux ou à réduire les déficits ou à amortir la dette. Dans ce contexte, les soins de santé ont pour effet d'évincer l'aptitude à offrir d'autres biens publics. Il s'agit manifestement d'un problème sérieux dans l'optique des gouvernements provinciaux. À cet égard, le caractère soutenable du fardeau financier des dépenses en soins de santé est un problème véritable dans l'*optique des provinces*. Mais elle *n'est pas* révélatrice du caractère non soutenable du fardeau financier global des soins de santé par rapport à l'aptitude globale des gouvernements canadiens à supporter ce fardeau.

### **Analyse du caractère soutenable du fardeau financier futur des dépenses publiques de santé**

Dans les circonstances actuelles, le caractère soutenable du fardeau financier global des soins de santé par rapport à l'aptitude de l'État (plutôt que des gouvernements individuels) à prendre en charge ce fardeau n'est pas remis en question. Mais, à plus long terme, le caractère soutenable du fardeau financier du système de santé public devient un enjeu sérieux dans le contexte de deux scénarios : l'accélération rapide des coûts des soins de santé ou l'érosion des efforts



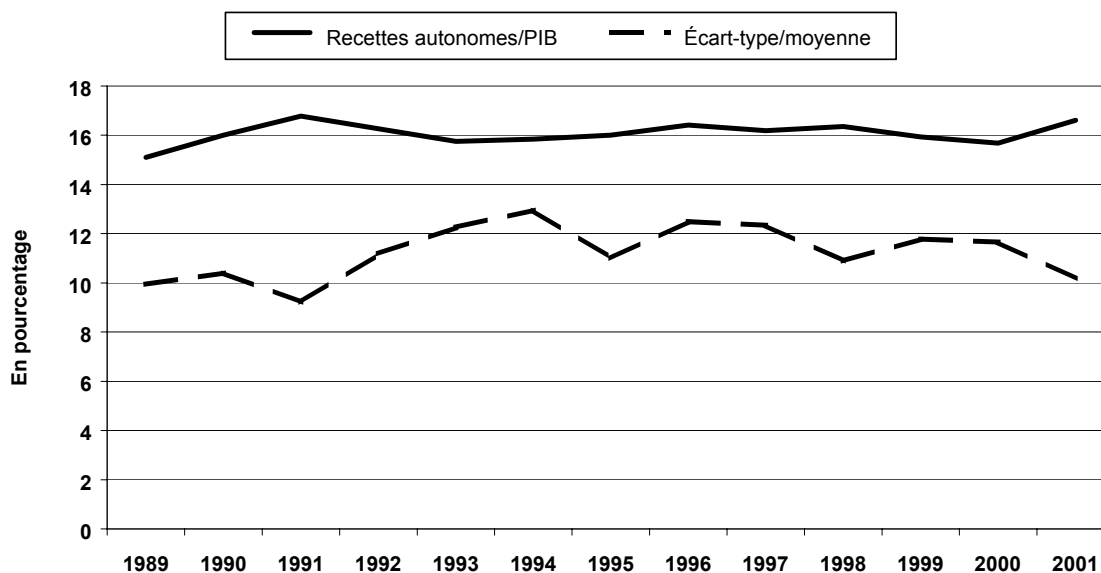
financiers actuels des gouvernements provinciaux ou de l'aptitude des gouvernements provinciaux à maintenir ce niveau d'effort financier.

### **Projections à long terme de la croissance des dépenses en soins de santé**

En l'absence d'une accélération des coûts, d'autres éléments générateurs de coût comme le vieillissement n'alourdiront pas le fardeau du système de santé par rapport à l'ensemble de l'économie dans l'avenir prévisible. Le rapport des ministres de la santé des provinces et des territoires, *Understanding Canada's Health Care Costs*, contient des projections détaillées des coûts des soins de santé jusqu'en 2026-2027. En tenant compte des effets de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'inflation et d'une augmentation de 1 pour cent par année pour prendre en considération d'« autres » besoins en services de santé, le rapport conclut que le scénario de référence comporte une hausse des dépenses de fonctionnement de la santé qui demeure passablement stable en proportion du PIB au cours de la période (p. 31). Le rapport ne donne pas de précision sur la source des projections du PIB, sauf qu'il souligne que les taux de croissance du PIB nominal ralentiront pour passer de 6,5 pour cent en 2000 à 4,8 pour cent en 2002, et à un rythme plus lent de 4,0 pour cent par la suite jusqu'en 2026 (p. 31). [Le taux de croissance annuelle moyen du PIB (sur la base des dépenses aux prix du marché) s'est établi à 4,4 pour cent pendant les années 90.] En utilisant des taux de croissance économique conservateurs fondés sur des anticipations d'un déclin séculaire à long terme du PIB et en ajoutant une hausse de 1 pour cent des dépenses par année en sus des effets attribuables au vieillissement, à l'inflation et à la croissance démographique, les coûts des soins de santé ne représenteront pas un fardeau plus lourd pour l'économie canadienne au cours du prochain quart de siècle que ce n'est le cas actuellement ou que ce n'était le cas, il y a une décennie.

Cependant, des problèmes d'aptitude à soutenir le fardeau financier se manifestent clairement dans le contexte d'un scénario d'accélération des coûts supérieure à celle attribuable au vieillissement, à la croissance démographique et à une hausse modérée des coûts des services actuellement offerts. Il y a de bonnes raisons de croire que des pressions considérables s'exerceront sur les coûts dans l'avenir – une analyse dont la portée dépasse celle de notre étude. Le fait que les tendances actuelles des dépenses aient un caractère soutenable ne signifie pas que des questions de capacité future de payer ne poseront pas de menace au caractère soutenable des soins de santé ou qu'il ne sera pas nécessaire de faire preuve de retenue dans la gestion de la santé. Mais ce scénario soulève des questions complètement différentes de celles qui découlent de l'argument selon lequel l'évolution actuelle des dépenses démontre le caractère financier non viable du système actuel. L'enjeu principal consiste à se demander si l'accélération des coûts menant à un niveau non soutenable est inévitable. Cette question comporte d'importants enjeux concernant la détermination des gouvernements provinciaux à tenter de contrôler les coûts des soins de santé dans le contexte d'importantes pressions politiques en vue de les augmenter. Deuxièmement, il faut aussi s'interroger sur l'aptitude des gouvernements à contrôler les coûts même s'ils sont déterminés à le faire. Si les gouvernements provinciaux ne sont pas en mesure de contrôler les dépenses de santé à long terme, le système deviendra éventuellement impossible à maintenir sur le plan financier – une préoccupation des plus sérieuses dans le contexte de l'examen de la question du caractère viable du système.

**Figure 6**  
**Recettes autonomes des provinces, 1989-2001**  
En proportion du PIB et écart-type  
(en pourcentage de la moyenne)



### ***Le caractère soutenable des efforts financiers des provinces***

Les coûts des soins de santé peuvent aussi devenir financièrement insoutenables si les efforts financiers des provinces et les taux d'imposition actuels sont insoutenables. Les efforts financiers des provinces, calculés en termes de sources autonomes de recettes en pourcentage du PIB, sont demeurés constants au cours des années 90 (voir la figure 6). Des preuves d'une érosion de l'aptitude des provinces à maintenir les niveaux actuels d'efforts financiers ne se sont pas encore manifestées. Il n'y a eu aucune convergence parmi les provinces sur le plan de leurs efforts financiers et, à ce titre, il n'y a aucune preuve d'une harmonisation vers le bas des efforts financiers.

Par ailleurs, on peut soutenir que des pressions à la baisse sur les taux d'imposition des provinces et l'aptitude à maintenir les efforts financiers s'accumuleront par suite de l'intégration économique croissante à l'échelle continentale et mondiale<sup>3</sup>. Il y a lieu de s'attendre que ces pressions se feront sentir d'une façon plus rapide et plus accentuée à l'échelle provinciale qu'au niveau fédéral. Il est permis de croire que les gouvernements provinciaux sont plus exposés aux pressions concurrentielles exercées par l'intégration économique et la concurrence transfrontières. Selon Courchene, les provinces harmoniseront graduellement leurs politiques publiques – y compris leurs politiques d'imposition – aux tendances observées dans les États américains avec lesquels elles sont de plus en plus exposées à la concurrence et aux effets de l'intégration (Courchene et Telmer, 1998, p. 289-291).

Il y a maintenant un nombre considérable d'études disponibles qui remettent en question la proposition générale selon laquelle la mondialisation entraîne une convergence des politiques sociales ou des régimes d'imposition entre les pays de l'OCDE. Peu de pays peuvent échapper à la nécessité d'adapter leurs régimes de politique sociale au nouvel ordre économique, mais des divergences au chapitre de la vie politique nationale continuent de conditionner la façon dont les pays réagissent, ce qui a pour effet de mitiger l'impact des pressions économiques sur le contrat social. En conséquence, il n'y a aucune raison de croire que la politique sociale ou les régimes d'imposition convergeront vers une formule unique pour répondre aux besoins sociaux des citoyens. Banting (à paraître) a souligné que les dépenses sociales en proportion du PIB dans les pays de l'OCDE continuent leur mouvement régulier à la hausse et qu'il n'y aucune tendance générale vers une convergence de la proportion des ressources nationales que les divers pays consacrent aux programmes sociaux. L'analyse fouillée d'Olewiler sur les tendances de la fiscalité et l'étude réalisée par Garrett sur l'imposition et les dépenses publiques ne parviennent pas non plus à détecter de preuve d'une convergence significative entre les pays de l'OCDE (Olewiler, 1999; Garrett, 1998). Ces thèmes reviennent aussi dans un vaste éventail d'autres études (Krugman, 1996; Martin, 1996; Esping-Andersen, 1996; Swank, 2001, 1998; Iversen, 2001). Les conclusions qui émergent d'examen des politiques au Canada et aux États-Unis sont semblables aux résultats obtenus ailleurs. L'argument (prédominant au tout début de la période de libre-échange) selon lequel le Canada ne sera pas en mesure, en bout de ligne, de maintenir des taux d'imposition supérieurs à ceux des États-Unis soulève de plus en plus de scepticisme (Brown, 2000; Kesselman, 2001; Skogstad, 2000).

Ces conclusions peuvent, bien sûr, être remises en question. Selon l'argument de l'« effet décalé », l'impact complet de l'intégration économique ne s'est pas encore fait pleinement sentir, de sorte qu'une tendance profonde vers une convergence des régimes de politiques entre les États-Unis et le Canada se manifesterait sûrement au fil du temps. Cet argument se présente sous deux formes. Selon sa version économique, il y a des enchaînements naturels dans les processus d'adaptation à l'intégration, de sorte que la première vague des ajustements se fera sentir dans les structures industrielles, tandis que les pressions en vue de rétrécir les écarts au chapitre de la taxation et des dépenses s'accumuleront au fil du temps. Selon la version culturelle de l'argument, l'intégration économique entraînera inévitablement une intégration culturelle plus poussée entre les deux pays, à mesure que les médias et d'autres liens contribueront à aligner de plus en plus fermement les attitudes canadiennes sur les normes américaines. D'après ce scénario, les Canadiens commenceront à intégrer davantage les valeurs américaines à leur vie politique, y compris une tolérance de plus en plus limitée envers des taux d'imposition différents. Cette objection est difficile à écarter pleinement, puisque le maintien de divergences au niveau des politiques pourra toujours être attribué au fait que le délai anticipé est tout simplement plus long que prévu et que la convergence demeure à portée de la main. Toutefois, jusqu'à ce jour, aucune pression à la baisse n'ont pu être décelées sur l'appétit générale des provinces à générer des recettes fiscales.

## La dynamique des relations fédérales-provinciales dans le secteur de la santé

En dépit du fait que le ratio des dépenses provinciales de santé par rapport au PIB est au même niveau qu'il l'était au début des années 90, il y a actuellement une perception largement répandue selon laquelle le système de soins de santé est aux prises avec une crise financière. Cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – plus précisément, les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ces arrangements ont semblé fonctionner assez bien en période d'expansion mais, dans un contexte de restriction plus généralisée, ils ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population pour le système actuel de soins de santé publics.

Les deux ordres de gouvernement jouent un rôle dans le secteur des soins de santé, quoique les gouvernements provinciaux possèdent des compétences prépondérantes en matière de prestation des soins de santé. (Pour un survol général, voir Maioni, 2002.) Le gouvernement fédéral absorbe une partie des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux, s'occupe de la protection de la santé (réglementation des médicaments, par exemple), assure le financement des soins de santé donnés aux Autochtones sur les réserves et partage avec les provinces la responsabilité de la promotion et de la formation en matière de santé. Le rôle fédéral en matière de partage des coûts des services de santé offerts par les provinces est régi par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et sa définition figure sous la rubrique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

La LCS régit les transferts fédéraux aux provinces pour la prestation de l'assurance publique pour les services offerts par les hôpitaux et les médecins. Cinq principes définis par le gouvernement fédéral figurent au cœur de la *Loi canadienne sur la santé*, qui est le fondement législatif du système canadien de soins de santé : gestion publique (chaque régime provincial doit être géré sur une base à but non lucratif par une autorité publique qui doit rendre compte de ses actes au gouvernement provincial); intégralité (les provinces doivent assurer une protection pour tous les services nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins); universalité (les services assurés doivent être universellement disponibles pour tous les résidents de la province selon des modalités uniformes avec des périodes d'attente d'un maximum de trois mois pour les nouveaux arrivants); transférabilité (chaque régime provincial doit être transférable, de sorte que les résidents admissibles sont protégés lorsqu'ils séjournent temporairement à l'extérieur de leur province); et accessibilité (l'accès raisonnable aux services assurés ne doit pas être compromis par des obstacles financiers ou autres et une rémunération raisonnable doit être versée aux médecins pour la prestation des services assurés)<sup>4</sup>. La LCS prévoit une réduction des transferts fédéraux à raison d'un dollar pour chaque dollar perçu dans une province par l'intermédiaire de frais d'utilisation et de surfacturation. En revanche, l'application de sanctions pour des dérogations aux cinq principes fédéraux a un caractère discrétionnaire et, à ce jour, aucune province n'a encore été pénalisée pour des infractions aux principes décrits dans la LCS, même si plusieurs provinces ont violé et continuent de violer manifestement divers principes<sup>5</sup>.

Compte tenu de cette division des responsabilités, la dynamique des relations fédérales-provinciales en ce qui concerne la santé est relativement simple. Le gouvernement fédéral s'emploie à minimiser dans la mesure du possible ses engagements financiers, tout en assurant sa

visibilité dans le secteur de la santé et son aptitude à faire valoir son rôle en matière d'application de la LCS. Par ailleurs, les gouvernements provinciaux s'efforcent de maximiser les engagements financiers du gouvernement fédéral, tout en préservant leur marge de manœuvre par rapport aux contraintes imposées directement ou indirectement par l'intermédiaire des pressions publiques qui résultent de la LRC.

L'importance des arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces en ce qui concerne l'aspect politique entourant les soins de santé n'est pas devenue véritablement manifeste aussi longtemps que les transferts fédéraux ont continué d'augmenter. Des pressions ont commencé à s'accumuler aussitôt que les transferts versés en vertu du Financement des programmes établis (FPE) furent soumis à des restrictions (indexation en fonction du taux de croissance du PNB moins 2 pour cent en 1986, puis modification à la formule en 1989 pour la ramener au taux de croissance du PNB moins 3 pour cent) et gelés au début des années 90. Toutefois, ce fut le passage du FPE au TCSPS qui a indiqué la portée véritable du repli du gouvernement fédéral de son engagement financier à l'égard du système public de soins de santé. Le passage au TCSPS s'est traduit par une réduction des transferts de 2,5 milliards de dollars en 1996-1997 et de 4,5 milliards en 1997-1998. Le gouvernement fédéral a poussé tellement loin l'enveloppe des compressions qu'il est apparu que les principes intégrés à la LCS seraient compromis, et plusieurs observateurs se sont demandé de quelle façon les principes de la LCS pourraient être mis en application contre un gouvernement provincial récalcitrant, étant donné que la fraction en espèces du TCSPS était appelée à disparaître. La mise en place par le fédéral d'un plancher sur la fraction en espèces des transferts du TCSPS fut une tentative de trouver un optimum entre la minimisation des contributions financières et le maintien d'une aptitude du gouvernement fédéral à faire valoir son rôle dans les aspects politiquement populaires du régime d'assurance-maladie canadien.

Cette situation a entraîné trois incidences primordiales. La première est l'illusion selon laquelle les soins de santé représentent un fardeau financier en croissance rapide par rapport à l'aptitude de l'État à supporter ce fardeau, ce qui contribue à soulever des inquiétudes concernant la viabilité du système public de soins de santé au Canada. Les dépenses en soins de santé ne représentent pas une proportion plus élevée du PIB que celle observée il y a une décennie. Mais, par suite des compressions de transferts fédéraux, les gouvernements provinciaux font valoir que les soins de santé publics dans leur forme actuelle ne sont plus à la mesure de nos moyens. Cet argument semble convaincant et, du point de vue des provinces, il est véridique sans égard au fait qu'il résulte ou non des arrangements financiers entre le fédéral et les provinces pour le financement de la santé.

Deuxièmement, en partie à cause de la compression des transferts fédéraux, la situation financière du gouvernement fédéral est considérablement plus attrayante que celle des provinces. La situation en vertu de laquelle les surplus sont détenus au palier fédéral (qui a une participation directe limitée à la prestation des services de santé) et que les déficits ou les quasi-déficits se retrouvent au niveau des gouvernements provinciaux (dont la responsabilité de loin la plus importante en matière de programme est celle des soins de santé) contribue à fabriquer l'image politique d'un lien étroit entre les soins de santé et les questions de budgets équilibrés et de réduction des déficits et de la dette. Les objectifs d'assurer la prestation de soins de santé publics et de réduire les déficits et la dette se retrouvent donc en forte concurrence politique par suite du

déséquilibre fiscal entre les niveaux de gouvernement qui a été aggravé par les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces pour le financement de la santé.

Enfin, ces arrangements financiers ont entraîné des incitations perverses parmi les gouvernements provinciaux. La stratégie provinciale face à la compression des transferts fédéraux fut de tout mettre en œuvre pour susciter des pressions populaires sur le gouvernement fédéral en vue d'augmenter la fraction en espèces des transferts. En conséquence, les provinces ont montré peu d'empressement à combattre avec vigueur les perceptions de la population concernant la détérioration de la qualité des soins de santé et la couverture médiatique sensationnaliste, ce qui a contribué grandement à renforcer ces perceptions. Les gouvernements provinciaux sont incités à renforcer leurs demandes de financement fédéral accru en laissant ces perceptions se répandre – sinon en les encourageant – en autant qu'une partie du blâme peut être effectivement reporté sur le gouvernement fédéral. Deuxièmement, les provinces sont aussi incitées à insister exagérément sur l'aspect financier de la question des soins de santé, en mettant l'accent sur la perception selon laquelle l'explication principale aux problèmes du système de soins de santé est un manque de ressources financières. Enfin, dans le contexte de la stratégie de rejeter le blâme sur le dos d'un autre, les provinces ont avantage à alléguer que la LCS est une camisole de force qui les empêche d'apporter des innovations profondes au système de soins de santé et limite leur aptitude à corriger les problèmes qui affligent en soi le système de santé. Il n'est donc pas étonnant qu'un quotidien national ait recommandé récemment de mettre au rancart la LCS à cause des « contraintes » intolérables qu'elle impose à la faculté des provinces d'innover (Coyne, 2002).

L'argumentation que les gouvernements provinciaux ont avancée en réponse aux incitations inhérentes aux arrangements financiers a débouché, comme on pouvait s'y attendre, sur des allégations selon lesquelles le système actuel de soins de santé publics n'était pas viable. Au terme de la rencontre récente des premiers ministres à Victoria, Gordon Campbell, premier ministre de la Colombie-Britannique, a déclaré : « Nous sommes tous d'accord, en tant que premiers ministres, que le système de soins de santé dans sa situation actuelle n'est pas viable » (*The Globe and Mail*, le 25 janvier 2002). Le *National Post* a publié les commentaires suivants de Don Mazankowski : « Le système public de soins de santé au Canada s'écroulera sous peu à moins que des réformes énergiques ne soient instituées » (Kennedy, 2002). Une dernière illustration est un encart publicitaire du gouvernement de l'Ontario qui, dans un titre flamboyant, déclarait : « À moins qu'Ottawa ne paie sa juste part des soins de santé, les pronostics ne sont pas bons ». Ces réactions font tout simplement partie de la stratégie provinciale de fournir une réponse rationnelle aux incitations intégrées aux arrangements financiers actuels.

Ces divers effets se conjuguent pour former un cercle vicieux. Le déplacement par le fédéral d'une partie du fardeau de sa dette pour le refiler aux provinces sous la forme de compressions des paiements de transfert a eu pour effet de créer des incitations pour les provinces à mettre en évidence les lacunes du système actuel des soins de santé publics au Canada. Par ailleurs, ce déplacement a permis de relier endettement et déficits aux soins de santé, ce qui contribue à accentuer l'image de la non-viabilité du système public actuel. Dans la mesure où la situation financière du gouvernement fédéral est désormais relativement plus reluisante que celle des provinces, ces dernières ont des incitations encore plus fortes à tenter d'obtenir des transferts plus élevés du gouvernement fédéral par l'intermédiaire de stratégies comme celle décrite plus

haut. La stratégie semblera d'autant plus efficace dans l'optique des provinces que le gouvernement fédéral réagira dans les faits en augmentant ses transferts.

## **Les effets sur l'opinion publique**

Les perceptions du public concernant les soins de santé qui, autrement, pourraient sembler énigmatiques deviennent plus facilement explicables à la lumière de la dynamique politique qui se dégage du fonctionnement des arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces dans un contexte de compressions financières. Même s'il y a de très bonnes raisons d'être très sceptique à l'égard de la fiabilité et de l'interprétation des enquêtes d'opinion publique portant sur des enjeux de politiques publiques, la prochaine section est consacrée à l'analyse de trois tendances relativement stables et bien documentées dans l'opinion publique qui semblent vraisemblablement liées à la dynamique des manœuvres fédérales-provinciales concernant le financement des soins de santé.

### *1. Une impression que le système est en crise et que la qualité des soins de santé est à la baisse en dépit d'expériences personnelles allant dans le sens contraire.*

La progression de la perception parmi les Canadiens selon laquelle les soins de santé représentent la priorité la plus importante au pays n'est rien de moins que stupéfiante. Pendant les années 90, les soins de santé sont passés d'une question qui soulevait peu de passion pour devenir la priorité de loin la plus élevée pour les Canadiens (pour un aperçu de ce revirement, voir Vail, 2001, p. 1-2). Les préoccupations suscitées par d'autres questions plus vivaces comme l'économie connaissent des hauts et des bas, mais la question des soins de santé est apparue soudainement pour se hisser au sommet de l'échelle des priorités en moins de cinq ans. Les soins de santé sont devenus un enjeu aussi important en partie à cause de perceptions grandissantes selon lesquelles le système est en état de crise – une impression que partagent maintenant près de quatre répondants sur cinq aux enquêtes (Vail, 2001, p. 1).

Cette montée de la visibilité des soins de santé est liée aux perceptions des gens concernant la baisse de la qualité des soins de santé offerts au Canada. L'érosion de la confiance de la population à l'égard de la qualité du système de soins de santé ne s'est pas produite graduellement au fil du temps; au contraire, elle s'est d'abord manifestée au début des années 90 et elle s'est accélérée considérablement au milieu des années 90 (Vail, 2001, p. 8). La prédominance de la perception populaire selon laquelle la qualité des soins de santé est à la baisse est demeurée stable depuis 1997, même si les provinces ont commencé à réinvestir dans les soins de santé. Lorsqu'on demande si les Canadiens reçoivent généralement des soins de qualité, le pourcentage des répondants en accord avec la question est passé de 67 pour cent en 1999 à 49 pour cent en 2001 (Health Care in Canada, 2001, p. 6). Il s'agit d'une chute abrupte des perceptions positives concernant la qualité des soins de santé au Canada sur une très courte période de temps.

Ces tendances profondes nécessitent sans doute une explication. Une telle chute pourrait de toute évidence s'expliquer par le fait que le système est en état de crise. Dans la mesure où ce que les Canadiens connaissent du système de soins de santé découle principalement des contacts qu'ils ont eus avec celui-ci, lesquels ont été de nature essentiellement positive, l'image de crise provient nécessairement d'ailleurs. Il n'existe que peu de preuve d'une détérioration du caractère positif des expériences personnelles vécues dans le système de soins de santé, car les perceptions individuelles quant à la qualité des soins au Canada sont définitivement élevées. Par exemple, le taux de satisfaction parmi les gens qui personnellement ou dont des membres de la famille ont



fait un séjour à l'hôpital est élevé puisqu'il atteint 80 pour cent, tandis qu'il s'établit à 70 pour cent pour ceux qui ont visité une salle d'urgence (Vail, 2001, p. 17). De plus, les Canadiens sont beaucoup plus optimistes quant à l'aptitude du système à satisfaire leurs propres besoins et ceux de leur famille qu'à sa capacité de répondre aux besoins de la population dans son ensemble. Vail émet l'hypothèse que l'écart systématique des niveaux de confiance à l'égard des soins de santé au niveau du système par rapport à ceux au niveau individuel résulte peut-être d'un problème de communication (Vail, 2001, p. 17). Toutefois, cet écart s'explique d'une façon plus plausible par les articles dans les médias qui décrivent les tensions et les contraintes que connaît le système de soins de santé. Ces problèmes ne sont certes pas imaginaires, mais ils ne sont pas représentatifs de la norme au niveau de la prestation des soins de santé et ils sont empreints d'exagération parce qu'on les généralise. Comme nous l'avons indiqué plus haut, un élément clé de ce processus est la volonté apparente des gouvernements provinciaux de permettre et même parfois d'encourager ces perceptions. La meilleure explication de ce comportement de la part des gouvernements provinciaux est de le considérer comme une réaction aux incitations que comportent les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces au lieu de l'attribuer tout simplement à un manque de communications efficaces.

*2. Une impression que nous traversons actuellement une crise majeure de financement et que le système a besoin de ressources supplémentaires.*

Selon une impression largement répandue, le système fait face à l'heure actuelle à une crise de financement ou encore il y a imminence d'une crise de financement. Ces perceptions parmi la population ne sont pas étonnantes, compte tenu des efforts déployés par les gouvernements provinciaux de démontrer publiquement l'existence d'une crise de financement des soins de santé. À cet égard, il n'est pas étonnant non plus que quatre Canadiens sur cinq estiment qu'on ne dépense pas assez pour les soins de santé. Certes, la plupart des citoyens ne croient pas que le financement en soi est la solution au problème (il est étonnant dans les faits que des répondants donnent cette réponse), mais la majorité des Canadiens doutent que le système puisse être amélioré sans l'injection de fonds supplémentaires : la « conviction selon laquelle le système a besoin de ressources additionnelles est de plus en plus répandue » (Compas, 2001, p. 13). Les Canadiens ne sont peut-être pas convaincus que la seule injection de fonds supplémentaires dans le système apportera une solution définitive, mais ils ne sont pas persuadés non plus que les lacunes du système pourront être « corrigées » sans l'apport de ressources additionnelles et « [...] les Canadiens sont de plus en plus réfractaires à l'idée que le système peut être amélioré sans l'injection de fonds supplémentaires. Ils ne croient désormais plus que d'autres gains d'efficience puissent être réalisés dans le système » (Compas, 2001, p. 13). Il n'est pas surprenant non plus qu'une majorité de Canadiens préfèrent que les augmentations de coûts soient solutionnées par des hausses de dépenses et non pas par la possibilité de recourir à des services privés ou par l'imposition de limites à l'accès aux services. Donc « [...] l'augmentation du financement public était l'option que les Canadiens préféreraient comme moyen d'atténuer les pressions ressenties par le système de soins de santé » (Vail, 2001, p. 21).

*3. Une chute spectaculaire de la cote de confiance de la population à l'égard de la façon dont le gouvernement fédéral et les provinces abordent la question des soins de santé et une impression selon laquelle les gouvernements perdent du terrain dans leurs efforts en vue de solutionner les problèmes du système de santé.*

La satisfaction du public à l'égard de la façon dont le gouvernement fédéral et les provinces s'acquittent de leurs tâches dans le domaine des soins de santé a atteint son sommet au début des années 90. À compter de la fin de 1992, la cote de confiance du public à l'égard des deux gouvernements a subi une chute vertigineuse et prolongée, qui n'a pas connu de redressement véritable par rapport aux creux atteints à la fin des années 90. Encore une fois, comme c'est le cas de plusieurs tendances décrites ici, le bilan de la situation n'en est pas un d'une érosion lente et régulière de la confiance mais d'une chute spectaculaire. Cette tendance n'est pas étonnante, compte tenu de la perception générale d'un système en crise et de la détérioration de la qualité des soins de santé. Il semble probable que cette tendance a été accentuée par les stratégies intergouvernementales en vertu desquelles les deux ordres de gouvernement, dans un effort en vue d'éviter de subir le blâme de la population pour les problèmes du système de soins de santé, tentent de jeter la responsabilité sur l'autre niveau de gouvernement.

## **Conclusion : La viabilité politique des soins de santé au Canada**

En dépit du fait que la viabilité du système de soins de santé dans le contexte actuel a été de plus en plus dépeinte comme étant avant tout une question financière qui découlait du conflit inhérent entre, d'une part, les revendications du public en vue d'une baisse des impôts, d'une réduction de la dette et de budgets équilibrés, et, d'autre part, les demandes de la population pour un système de santé accessible, de haute qualité et financé principalement par les fonds publics, la viabilité doit aussi être considérée d'un point de vue politique. Comme nous l'avons indiqué plus haut, la viabilité financière du système public de soins de santé ne court aucune danger *immédiat* – le danger qui existe est lié aux tendances possibles de l'accélération future des coûts. Mais, le rapprochement dans les débats publics des notions de crise financière existante et potentielle met en évidence de sérieux problèmes au niveau de la viabilité politique des soins de santé. La viabilité politique signifie qu'il faut préserver la capacité permanente du système de soins de santé à maintenir un appui suffisant parmi la population et les élites de façon à garantir qu'il y aura des incitations pour les gouvernements à accorder un financement suffisant et à assurer la prestation efficace de services de santé publics. La viabilité financière est sans intérêt si le système de soins de santé n'est pas viable politiquement et vice versa. Une réforme des soins de santé qui ne tient compte que d'une seule des dimensions de la viabilité sans considérer l'autre est probablement vouée à l'échec.

Il n'est pas plus facile d'aborder la question de la viabilité politique que de considérer celle de la viabilité financière. La solution la plus simpliste aux problèmes de la viabilité politique décrits ci-dessus est de proposer que le gouvernement fédéral et les provinces s'entendent tout simplement pour apporter les correctifs nécessaires au système de santé. Certes, il est peu probable que les gens seront en désaccord avec cette proposition paternaliste. L'échec des deux ordres de gouvernement à collaborer efficacement a largement contribué à alimenter le cynisme de la population concernant la capacité des pouvoirs publics à régler les problèmes du système de santé, mais le fait de proposer naïvement que les deux ordres de gouvernement unissent tout simplement leurs efforts sans reconsidérer fondamentalement les incitations auxquelles chaque ordre de gouvernement est soumis dans le contexte de l'ensemble actuel de modalités institutionnelles contribuera tout juste à rehausser les attentes de la population à l'égard d'une telle coopération sans améliorer sensiblement la probabilité que les gouvernements y répondront. C'est une proposition qui comporte plus de danger que de promesse de solution.

À défaut d'un changement institutionnel qui tiendrait compte des incitations générées par les arrangements fédéraux-provinciaux actuels et des perceptions des gens qui découlent des réactions des gouvernements à leur égard, une détérioration persistante et difficile à renverser des perceptions de la population concernant la qualité et la viabilité du système public de soins de santé au Canada semble probable. C'est dans cette éventualité que réside le véritable potentiel d'une crise.

## Notes

- 1 Toutes les données sur les dépenses de santé des provinces proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, ICIS, Ottawa. (2001*b*). Toutes les autres données (recettes provinciales, ensemble des transferts fédéraux, etc.) proviennent de CANSIM II.
- 2 Tous les principaux transferts fédéraux aux provinces (péréquation, TCSPS) vont directement aux fonds des recettes consolidées, de sorte que la détermination des transferts précis pour la santé (comme on essaie souvent de le faire) n'est tout simplement pas pertinente en ce qui concerne la question du caractère soutenable à l'échelle globale du financement des dépenses provinciales en soins de santé. Par ailleurs, la question de la contribution du gouvernement fédéral à la santé est une question extrêmement importante à considérer dans le contexte de l'analyse de la légitimité du caractère conditionnel de transferts précis.
- 3 Les quatre prochains paragraphes sont tirés de l'étude de Gerard W. Boychuk et Keith G. Banting, « The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard G. Harris, *North American Linkages*, University of Calgary Press, Calgary (à paraître, 2002).
- 4 Tiré de l'ouvrage collectif publié sous la direction de Robert Chernomas et Ardeshir Sepheri, *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems*, Baywood, Amityville, 1998.
- 5 Colleen Flood, présentation lors du forum public de la Ontario Health Coalition, *Does Medicare Work?*, Toronto, le 3 avril 2002.

## Bibliographie

### Politique des soins de santé

- Adams, Duane (2001a), « Canadian Federalism and the Development of National Health Goals and Objectives », p. 61-106, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.
- (2001b), « Social Union Study of the Canadian Health System: Introduction and Overview », p. 1-26, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.
- Alberta, Premier's Advisory Council on Health for Albertans (2001), *A Framework for Reform: A Report of the Premier's Advisory Council on Health for Albertans*, Edmonton, décembre.
- Chernomas, Robert et Ardeshir Sepheri, ouvrage collectif (1998), *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems*, Baywood, Amityville.
- Compas Inc. (2001), *Muddled Mandate: Ambivalence, Conflict, Frustration and Other Complaints of Public Opinion on Health Care Policy*, Compas, Toronto, décembre.
- Coyne, Andrew, « Maz Proves Medicare Can Be Reformed », *National Post* (édition en ligne), le 11 janvier 2002.
- Fierlbeck, Katherine (2001), « Cost Containment in Health Care: The Federalism Context », p. 131-178, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.
- Health Care in Canada (2001), *Health Care in Canada Survey 2001: A National Survey of Health Care Providers, Managers and the Public* (<http://mediresource.sympatico.ca/images/hcics/hcic.pdf>).
- Institut canadien d'information sur la santé (2000), *Les soins de santé au Canada, 2000 : Premier rapport annuel*, ICIS, Ottawa.
- (2001a), *Les soins de santé au Canada, 2001*, ICIS, Ottawa.
- (2001b), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, ICIS, Ottawa.
- Kennedy, Mark, « Health Care Report Sets Stage for Showdown: 'System Is Not Sustainable' », *National Post*, le 5 janvier 2002.
- Maoini, Antonia (2002), « Federalism and Health Care in Canada », p. 173-199, dans l'ouvrage publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.
- Ministres de la santé des provinces et des territoires (2000), *Understanding Canada's Health Care Costs: Final Report*, ([http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd\\_doc\\_e.pdf](http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_e.pdf)).

O'Reilly, Patricia (2001), « The Canadian Health System Landscape », p. 17-60, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

Vail, Stephen (2001), *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, Conference Board du Canada, Ottawa, janvier.

## Fiscalité/politique sociale

Banting, Keith G. (à paraître), « What's a Country For? The Social Contract in the Global Era », dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Roberge et D. Wolfish, *Reinstating the Line: The Canada-US Border*, University of Ottawa Press, Ottawa.

Boychuk, Gerard W. et Keith G. Banting (à paraître), « The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard G. Harris, *North American Linkages*, University of Calgary Press, Calgary.

Brown, Robert D. (2000), « The Impact of the US on Canada's Tax Strategy », *ISUMA*, vol. 1, n° 1 (printemps), p. 71-78.

Courchene, Thomas, en collaboration avec Colin Telmer (1998), *From Heartland to North American Region State*, Centre for Public Management, Faculty of Management, Université de Toronto, Toronto.

Esping-Andersen, Gosta, ouvrage collectif (1996), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, Sage, Londres.

Garrett, Geoffrey (1998), « Global Markets and National Politics: Collision Course or Virtuous Circle? », *International Organization*, vol. 52, p. 787-824.

Iversen, Thorben (2001), « The Dynamics of Welfare State Expansion: Trade Openness, De-industrialization, and Partisan Politics », dans l'ouvrage publié sous la direction de Paul Pierson, *The Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Kesselman, Jonathan R. (2001), « Policies to Stem the Brain Drain – Without Americanizing Canada », *Analyse de politiques*, vol. 27, n° 1 (mars), p. 77-93.

Krugman, Paul (1996), *Pop Internationalism*, MIT Press, Cambridge (Mass.).

Martin, Andrew (1996), « What Does Globalization Have to Do with the Erosion of the Welfare State: Sorting Out the Ideas », *ARENA Working Paper*, n° 17.

Olewiler, Nancy (1999), « National Tax Policy for an International Economy: Divergence in a Converging World », dans l'ouvrage publié sous la direction de Thomas Courchene, *Room for Manoeuvre? Globalization and Policy Convergence*, John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Université Queen's, Kingston.

Skogstad, Grace (2000), « Globalization and Public Policy: Situating Canadian Analyses », *Revue canadienne de science politique*, vol. XXXIII, n° 4, p. 805-828.

Swank, Duane (1998), « Funding the Welfare State: Globalization and the Taxation of Business in Advanced Market Economies », *Political Studies*, vol. 46, n° 4, p. 671-692.

— (2001), « Political Institutions and Welfare State Restructuring: The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies », dans l'ouvrage publié sous la direction de Paul Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.