

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 18

Le fédéralisme et les soins de santé : L'impact de la dynamique politico-institutionnelle sur le système de soins de santé du Canada

par

François Rocher
Université Carleton

Miriam Smith
Université Carleton



août 2002

* * * *

Nous remercions nos attachés de recherche Ed Gillis et Rebecca Gowan.

* * * *

Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité des auteurs 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

Points saillants	iv
Sommaire	v
Effet des institutions politiques sur les politiques publiques : données canadiennes et comparatives	1
Évolution historique de l'élaboration des politiques dans le système de soins de santé du Canada	5
Répartition des pouvoirs, <i>Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867</i>	5
Évolution historique du fédéralisme canadien	6
Évolution historique de l'assurance-maladie	7
Financement des programmes établis	7
<i>Loi canadienne sur la santé</i> de 1984	9
Repli sous le régime Mulroney	11
Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et ses répercussions	12
Le déséquilibre fiscal	15
Entente-cadre sur l'union sociale	18
Quelques facteurs de comparaison : l'Allemagne et l'Australie	21
Recommandations portant sur le changement	26
Bibliographie	28

Points saillants

Ce document présente un survol de la relation, au fil des ans, entre le fédéral et les provinces dans le domaine de l'élaboration de politiques sur les soins de santé. On y analyse comment les deux paliers de gouvernement ont partagé la répartition des pouvoirs dans le système de santé, ainsi que les conflits suscités par l'orientation des dépenses consacrées à l'assurance-maladie et des politiques en la matière. Ce document présente une recension des publications comparatives au sujet de l'impact de différences constitutionnelles sur l'élaboration des politiques, ainsi que l'évolution historique du fédéralisme et du système de santé. On y décrit aussi des systèmes comparables comme ceux de l'Australie, de l'Allemagne et des États-Unis, ainsi que les répercussions que la mondialisation et les accords commerciaux conclus récemment pourraient avoir sur l'évolution des soins de santé au Canada.

Les auteurs du document soutiennent qu'il serait possible de resserrer la coopération entre le fédéral et les provinces en éliminant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et en cessant de compter les points d'impôt dans le financement du système. Il faudrait plutôt enchâsser les principes du partenariat, de la transparence, de l'obligation de rendre compte et de la participation de la population que toutes les parties devraient accepter. Ils préconisent un retour au financement global moitié-moitié par le gouvernement fédéral et le renforcement des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, mais aussi la création d'un mécanisme intergouvernemental qui permettrait aussi la participation des intervenants du système.

Sommaire

Ce document présente un survol de la relation, au fil des ans, entre le fédéral et les provinces dans le domaine de l'élaboration de politiques sur les soins de santé. On y analyse comment les deux paliers de gouvernement ont partagé la répartition des pouvoirs dans le système de santé, ainsi que les conflits suscités par l'orientation des dépenses consacrées à l'assurance-maladie et des politiques en la matière. Ce document présente une recension des publications comparatives au sujet de l'impact de différences constitutionnelles sur l'élaboration des politiques, ainsi que l'évolution historique du fédéralisme et du système de santé. On y décrit aussi des systèmes comparables comme ceux de l'Australie, de l'Allemagne et des États-Unis, ainsi que les répercussions que la mondialisation et les accords commerciaux conclus récemment pourraient avoir sur l'évolution des soins de santé au Canada.

Dans le contexte de cette étude, on nous a demandé d'analyser quatre grandes questions : Y a-t-il des secteurs où les relations fédérales provinciales sont plus harmonieuses et qui pourraient entraîner une innovation importante dans le système ? Comment les relations fédérales-provinciales au Canada se comparent-elles à celles qui existent ailleurs ? Comment d'autres pays font-ils face à leurs tensions ? Quels changements faudrait-il apporter aux mécanismes de coopération entre les deux paliers de gouvernement afin d'améliorer les relations entre eux à long terme ?

Notre analyse des publications sur les institutions politiques révèle que les gouvernements, tant fédéraux que provinciaux, défendront naturellement leur propre champ de compétence. La plupart des conflits entre les deux paliers de gouvernement portent naturellement sur des questions financières et fiscales. Le cas du Canada diffère un peu de celui d'autres pays, car le gouvernement du Québec défend avec une fermeté particulière la répartition originale des pouvoirs établie dans *L'acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867*. D'autres provinces canadiennes ont fait preuve de flexibilité dans leur interprétation de la répartition des pouvoirs (même si toutes les provinces ont soulevé la question du déséquilibre fiscal vertical), mais le Québec n'a pas voulu sacrifier ses pouvoirs, comme le démontre le fait que le gouvernement du Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS).

On considère souvent que l'ECUS constitue un modèle d'une relation plus harmonieuse. Nous ne croyons toutefois pas que ce modèle soit pratique et nous répétons les arguments avancés par le gouvernement du Québec. Le modèle de la diplomatie fédérale-provinciale ou des négociations intergouvernementales a servi avec succès dans un vaste éventail de relations fédérales-provinciales, particulièrement lorsque les négociations en question reposent sur les principes du respect mutuel, du partenariat et de l'égalité des gouvernements participants. On pourrait appliquer ces principes dans le secteur des soins de santé avec plus de succès que dans le passé, comme nous le verrons dans le document.

Notre analyse comparative démontre qu'il y a des tensions entre le fédéral et les gouvernements infranationaux dans tous les régimes fédéraux, sauf dans des cas comme celui de l'Australie, où un palier de gouvernement domine le secteur des soins de santé. Nous ne croyons pas que les modèles australien ou américain soient utiles. À propos du scénario australien, les gouvernements provinciaux, et en particulier le Québec (qui ne serait toutefois pas le seul),

n'accepteraient pas la domination du gouvernement fédéral, qui perturberait les relations institutionnelles historiques entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine. Le modèle américain n'est pas particulièrement pertinent parce qu'il repose sur une mosaïque de programmes (Medicare et Medicaid) et demeure un système en grande partie privé. Nous croyons toutefois que l'institutionnalisation des intervenants du système, comme dans le modèle allemand, ainsi que l'engagement stable et à long terme de consacrer du financement au système sont deux idées qu'il faudrait reprendre au Canada.

Les principes généraux qui devraient guider la coopération entre les deux paliers de gouvernement sont les suivants : partenariat égal entre le fédéral et les provinces dans la gestion du système de soins de santé; stabilité, transparence et caractère redevable du financement du système au fil des ans; participation et contribution de la population et des intervenants à la gestion du système. Nous supposons en outre que nous maintiendrons un système public de soins de santé sans permettre une privatisation importante et que nous maintiendrons le principe du caractère public, universel, accessible et transférable du système conformément à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Nous croyons plus précisément que le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et le fait de compter les points d'impôt transférés d'un palier de gouvernement à un autre ne respectent pas ces principes. Ils ont rendu le financement du système instable et incertain, systématisé l'insuffisance du financement et déséquilibré le système sur le plan fiscal, sans oublier qu'ils ont ouvert la porte aux forces politiques, tant canadiennes que continentales, qui favorisent la privatisation totale ou partielle du système. Nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral fasse disparaître à la fois le TCSPS et les débats sur les points d'impôt transférés. Le meilleur système serait selon nous un système où il y aurait un seul paiement global du fédéral pour les soins de santé, qui serait régi par les principes généraux de la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'un mécanisme de désengagement limité viendrait assouplir. Le gouvernement devrait s'engager à long terme à revenir graduellement au financement moitié-moitié des soins de santé et les provinces devraient obligatoirement affecter à la santé le transfert fédéral reçu à cet égard. Nous croyons en outre que les mécanismes intergouvernementaux de gestion des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé devraient institutionnaliser les relations entre les ministres de la Santé, et y inclure d'autres intervenants, comme dans le cas du modèle allemand. Dans la même veine et conformément à ces principes et aux nouveaux mécanismes, le gouvernement fédéral ne devrait pas lancer d'initiatives unilatérales en utilisant son pouvoir de dépenser dans les champs de compétence des provinces. Il devrait plutôt proposer de nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé par l'entremise de cette nouvelle institution intergouvernementale.

Effet des institutions politiques sur les politiques publiques : données canadiennes et comparatives

Cette étude vise à explorer les effets des institutions politiques fédérales sur la viabilité, l'efficacité et l'adaptabilité du système de soins de santé du Canada. En soi, la question principale de l'étude est reliée à une des grandes questions des sciences politiques mêmes, soit l'impact d'institutions politiques comme le fédéralisme sur l'élaboration de politiques, la politique et les moyens de concevoir des politiques qui améliorent ou réduisent l'efficacité ou l'adaptabilité. Les perspectives institutionnalistes en sciences politiques ont porté avant tout, en théorie et de façon empirique, sur ces questions qui ont trait à la forme globale de l'évolution de l'État providence (Liebfried et Pierson 1995; Pierson 2001), ainsi que sur le cas précis des soins de santé au Canada (Maoini 1998). Dans cette section, nous présentons une brève recension des publications canadiennes et comparatives qui traitent de l'impact que les institutions politiques fédérales ont sur les politiques et l'élaboration de politiques.

Une des grandes questions soulevées dans les publications canadiennes et comparatives concerne l'impact du fédéralisme sur le financement public dans la politique sociale. Le fédéralisme nuit-il au financement public et retarde-t-il l'évolution de l'État providence au départ ? Comment le fédéralisme façonne-t-il le concept stratégique des politiques sociales lorsque celles-ci ont été adoptées ? Le fédéralisme crée-t-il des obstacles à la restructuration et au repli, tout comme il aurait pu inhiber à l'origine l'élaboration des politiques sociales ? Ou bien, la dynamique du repli est-elle très différente de celle de la création et de l'expansion des programmes (Pierson 1994) ? Le fédéralisme instaure-t-il un régime de politiques sociales qualifié de « conservatisme constitutionnel » par Alan C. Cairns (1971) qui rend le système moins adaptable, flexible et ouvert au changement qu'il pourrait autrement l'être ? Une fois qu'on a établi des programmes sociaux, le fédéralisme crée-t-il des obstacles au repli et à la restructuration des programmes en question et rend-il le système imperméable à certains types de changements de politique ?

Le fédéralisme peut nuire au changement et à l'adaptabilité des politiques pour de nombreuses raisons. Là où le fédéral et les provinces partagent des compétences sur les politiques sociales, comme dans le domaine des régimes de retraite cotisables, les deux paliers de gouvernement doivent consentir à l'établissement de politiques sociales et à leur modification. Dans les cas de compétence provinciale, le fédéral joue un rôle important en finançant les politiques sociales : il recourt à cette fin à son pouvoir de dépenser. L'utilisation par le fédéral de son pouvoir de dépenser dans des domaines de compétence des provinces a soulevé des controverses politiques et constitutionnelles majeures, car les provinces ont affirmé qu'en orientant ou établissant des politiques par l'application de son pouvoir de dépenser dans des domaines stratégiques que la Constitution affecte aux provinces, le fédéral enfreint le principe du fédéralisme. Le fédéralisme complique le processus d'élaboration des politiques en multipliant le nombre d'intervenants qui ont un statut constitutionnel ou politique en la matière (Weaver et Rockman 1992; Pierson, 1994; et Banting 1987). En multipliant le nombre d'intervenants, les institutions politiques fédérales multiplient celui des points de veto dans le système décisionnel, ce qui permet à chaque province et au fédéral de s'opposer à l'établissement de politiques nouvelles ou à la modification de politiques sociales existantes. À cet égard, il est très important

de noter que la conception et l'impact du fédéralisme varieront selon les domaines. Les règles constitutionnelles et politiques qui régissent les régimes de retraite cotisables sont très différentes de celles qui régissent l'assurance-maladie parce que les compétences des gouvernements dans le régime fédéral canadien diffèrent dans les deux domaines stratégiques. Dans celui des régimes de retraite cotisables, l'amendement constitutionnel de 1951 précise clairement le pouvoir constitutionnel des deux paliers de gouvernement (les provinces ont préséance). Cette répartition a évolué au fil des ans pour devenir un ensemble de règles clairement comprises qui régissent le processus décisionnel (règle décisionnelle des sept et cinquante plus le consentement du Québec) et un concept stratégique souple qui permet aux provinces de se désengager du Régime de pensions du Canada, ce qui a permis d'accorder *de facto* un statut spécial au Québec (Banting 1985). La situation est plus fluide dans le contexte de l'assurance-maladie. À quelques exceptions près (p. ex., soins de santé pour les Autochtones), les soins de santé relèvent carrément de la compétence des provinces et l'intervention du fédéral repose sur une assise politique et constitutionnelle plus controversée, car il se sert de son pouvoir de dépenser pour orienter les politiques.

La multiplication des points de veto dans le régime fédéral retarde-t-elle l'élaboration et la modification des politiques sociales ? Les preuves à cet égard sont mixtes. Dans son analyse comparative des programmes de sécurité du revenu du Canada, Banting a constaté que le fédéralisme ralentissait modérément l'évolution de la sécurité du revenu (Banting 1987). Des analyses du domaine des soins de santé en particulier ont toutefois révélé que le fédéralisme a joué un rôle neutre dans l'évolution de l'assurance-maladie. Dans une analyse comparative de l'évolution des politiques de santé au Canada et en Australie, Gwendolyn Gray soutient, par exemple, que l'esprit partisan du gouvernement et la détermination des politiciens d'adopter (ou non) l'assurance-maladie ont joué un rôle plus important que le fédéralisme même (1991). D'autres qui ont analysé l'évolution du système canadien ont soutenu que même si le fédéralisme a certainement eu un effet sur l'évolution de la politique de santé, il ne l'a pas enrayée ni ralentie pour la peine (Tuohy 1993). De même, dans le contexte d'un vaste examen comparatif du fédéralisme et des politiques sociales en Europe et en Amérique du Nord, Pierson a conclu qu'il n'y avait pas de lien clair entre le fédéralisme et les politiques sociales expansionnistes (Pierson 1995).

L'envers de la médaille dans le cas des institutions politiques fédérales, c'est que de multiples points de veto peuvent aussi constituer de multiples points d'accès pour modifier des politiques. Cet argument comporte deux volets. Tout d'abord, comme Antonia Maioni l'a soutenu dans son étude comparative sur les origines des systèmes modernes de soins de santé du Canada et des États-Unis, le fédéralisme relativement décentralisé du Canada a permis de faire l'essai, à l'échelon local, de politiques sociales qui ont débouché sur la création du modèle moderne de l'assurance-maladie en Saskatchewan, soit l'assurance-hospitalisation en 1947 et l'assurance-soins médicaux en 1961 (Maioni 1998; Trudeau 1968). Le modèle de l'assurance-maladie s'est propagé de la Saskatchewan à d'autres provinces, en partie à cause de l'appui du fédéral qui, comme l'a affirmé Maioni, « a fait fonction d'agent de diffusion de la réforme » (1999, 99). Un changement de politique dans une province pourrait de même se propager à tout le Canada, ce qui inclut la possibilité que la désinscription de services médicaux et l'ouverture aux sociétés privées d'assurance dans une province se propagent à d'autres administrations dans le contexte d'une course comparative vers le bas. Tout comme il a étendu l'assurance-maladie

dans tout le pays en se servant de son pouvoir de dépenser, le fédéral peut aussi diffuser son retrait de l'assurance-maladie en réduisant son financement et affaiblissant son rôle d'application de la loi. Les études sur le retrait dans le contexte des politiques sociales n'ont pas vraiment tenu compte de cette dynamique. On s'est fondé sur les multiples points de veto du fédéralisme pour soutenir qu'il complique le processus de compression des programmes sociaux (Pierson 1994; Pierson et Smith 1993), mais on n'a pas développé systématiquement cet argument pour appuyer la diffusion du retrait graduel et invisible au fil des ans. Cela s'applique particulièrement à une situation où la politique peut changer « furtivement » (Gray 1990), à mesure que la montée de la concurrence du secteur privé mine le rôle du secteur public dans les soins de santé (Armstrong 1996). Noël a présenté récemment un argument puissant contre l'opinion selon laquelle la décentralisation crée une « course vers le bas » dans le financement par l'État providence et signale qu'un régime fédéral décentralisé peut offrir d'importantes occasions d'obliger les programmes sociaux à rendre des comptes, de les rendre transparents pour la population, de les sensibiliser aux besoins locaux et de trouver des solutions plus efficaces et efficientes aux problèmes de santé publique (Noël 1999).

L'argument fondé sur les multiples points de veto comporte un deuxième volet : ces points de veto constituent aussi des occasions politiques qui s'offrent aux forces sociales organisées d'agir sur l'orientation des politiques. Dans un régime fédéral où la responsabilité de haut niveau à l'égard de certains aspects des politiques est partagée entre le fédéral et les provinces – comme dans le cas de l'assurance-maladie – des groupes peuvent viser les deux paliers de gouvernement lorsqu'ils cherchent à orienter les politiques de la santé. S'ils échouent à un palier, ils peuvent essayer d'influencer l'autre en recourant à ce que Grozin, spécialiste américain des sciences politiques, appelle « l'hypothèse des chances multiples », c'est-à-dire le concept selon lequel le fédéralisme offre aux groupes plus qu'une présence au bâton, pour utiliser une analogie tirée du baseball. Des groupes peuvent même essayer de faire passer la responsabilité d'un palier de gouvernement à un autre s'ils croient que celui-ci peut leur être plus favorable. Par ailleurs, l'intervention de multiples paliers de gouvernement dans le régime fédéral d'élaboration de politiques signifie aussi que l'on a recours à de nombreux mécanismes intergouvernementaux de coordination des politiques. Le fédéralisme exécutif crée une dynamique dans le contexte de laquelle les fonctionnaires continuent souvent à négocier des enjeux stratégiques qui échappent à la portée des groupes d'intérêt. Les négociations intergouvernementales peuvent en réalité réduire le champ d'interaction entre les groupes d'intérêt dans le domaine de l'élaboration des politiques (Simeon 1972; Weir 1973).

Pour dépasser ces descriptions classiques de l'interaction entre les groupes et les institutions politiques dans le secteur des soins de santé, le concept du milieu d'orientation est utile (Pal 2001). Ce concept désigne les organisations non gouvernementales (ONG) et gouvernementales actives dans un secteur stratégique en particulier (comme celui des soins de santé) et les tendances de leurs échanges institutionnalisés. Le concept du milieu d'orientation peut aussi aider à décrire le rôle de la mobilisation de la population et des intervenants de la société civile dans le processus de modification et de réforme des politiques. Des travaux récents sur les organismes d'intérêt et les gouvernements indiquent que les gouvernements et les ONG peuvent être des alliés dans le processus d'élaboration de politiques et que, contrairement à ce qu'on pense traditionnellement des groupes que l'on croit exclus des relations intergouvernementales,

des initiatives récentes ont visé à faire participer des ONG au processus d'élaboration de politiques (Fafard 1997).

De plus, la théorie du choix rationnel est d'une applicabilité évidente jusqu'à un certain point dans des domaines stratégiques complexes comme l'assurance-maladie, où l'on compte de nombreux professionnels très spécialisés et des intérêts spécialisés comme les associations d'hôpitaux et les associations de professionnels de la médecine comme les médecins. Selon cette théorie, les intérêts spécialisés et pointus auront plus de facilité à s'organiser et les politiques publiques refléteront souvent les intérêts de ces groupes très spécialisés (comme les médecins ou les associations médicales) au détriment de l'intérêt public (Olson 1971). Il s'agit d'un problème majeur dans le débat sur l'assurance-maladie. La façon de définir les problèmes du système suscite des divergences de vues. Certains intervenants du système, comme les médecins, revendiquent des connaissances spécialisées et une expertise que la population peut avoir de la difficulté à évaluer et qui peuvent même jouer au détriment de la définition que le public établit de ses intérêts. Les sociétés d'assurances privées à but lucratif peuvent accaparer des services spécialisés des gouvernements qui leur sont réceptifs au détriment de la préférence que le public a énoncée clairement en faveur d'un système accessible, universel et transférable, et de son intérêt en la matière.

Ces opinions diverses du fédéralisme et des soins de santé reconnaissent toutefois la complexité du domaine du fédéralisme fiscal et de la compréhension des rôles du fédéral et des provinces, complexité qui risque de renforcer le déficit démocratique dans le système des institutions politiques du Canada (Lazar 2000, 23-25). Pour le bien de la crédibilité, de la légitimité et de l'efficacité d'un système de soins de santé auquel les Canadiens sont passionnément attachés, il importe toutefois de trouver des moyens, comme dans le cas de l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS), qui permettent d'intégrer la mobilisation de la population dans les institutions du fédéralisme canadien qui ont trait aux enjeux des soins de santé.

Les études empiriques systématiques de la façon dont les groupes organisés agissent sur l'élaboration de politiques dans le système de santé aux échelons fédéral et provincial qui vérifient ces idées sont peu nombreuses jusqu'à maintenant (Tuohy 1988). En dépit du manque de données empiriques, il importe d'insister sur le fait que des analyses d'autres domaines stratégiques dans le contexte canadien, ainsi que dans d'autres pays qui ont un régime fédéral (p. ex., Gray 1991), ont vérifié ces perspectives. Il y a donc lieu de croire que ces idées pourraient être applicables dans le domaine de l'assurance-maladie. Si on les prend au sérieux, elles indiquent que le fédéralisme joue un rôle très important dans l'orientation des politiques dans le contexte du système d'assurance-maladie et que les suggestions portant sur la réforme doivent tenir compte de la possibilité que le fédéralisme puisse faciliter les changements de politique dans certains domaines tout en créant des obstacles dans d'autres. Quelle qu'en soit la teneur spécifique, les réformes bien conçues doivent tenir compte de cette dynamique.

Évolution historique de l'élaboration des politiques dans le système de soins de santé du Canada

Répartition des pouvoirs, *Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867*

Au XIX^e siècle, les soins de santé étaient considérés comme une question locale et privée plutôt que de responsabilité gouvernementale et les Pères de la Confédération ne se sont pas plus attardés au palier de gouvernement qui devrait avoir compétence sur l'assurance-maladie qu'à celui qui devrait avoir compétence sur le pétrole en mer. Comme on le signale dans le rapport Rowell-Sirois (1940), « [e]n 1867, le service de la santé publique était encore à l'état embryonnaire, l'opinion courante voulant que les individus se préoccupent eux-mêmes de leur santé. L'État n'est intervenu que d'une façon exceptionnelle pour protéger et améliorer la santé des citoyens, et cette intervention n'était tolérée que dans les cas d'urgence » (Canada 1940, 33-34). Les administrations locales et municipales, qui relevaient de la compétence des provinces, se chargeaient d'une grande partie des activités dans le domaine de la santé publique.

L'acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 (AANB de 1867) a attribué à la compétence exclusive des provinces toutes les questions « de nature simplement locale ou privée » et, au paragraphe 92(7), la Loi accorde explicitement aux provinces le pouvoir exclusif de légiférer sur l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité autres que les hôpitaux de marine. Les responsabilités fédérales dans ce domaine sont reliées à d'autres domaines de compétence fédérale, comme la navigation, l'immigration, le transport maritime, le commerce, les peuples autochtones (ou les Indiens, pour reprendre la terminologie de la Loi), les travaux publics et la défense. Au cours de l'entre-deux-guerres, le ministère fédéral de la Santé était chargé d'administrer les lois fédérales sur la santé publique qui avaient trait aux stupéfiants, à la salubrité des aliments et à l'innocuité des médicaments, à la lèpre, aux brevets médicaux et aux travaux publics. Un Conseil fédéral d'hygiène réunissait en outre les ministres provinciaux et fédéral de la Santé afin de coordonner les activités fédérales et provinciales (Canada 1940, 32-33). Ces premières activités intergouvernementales annonçaient l'éventail moderne des réunions et des négociations intergouvernementales entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine.

Son pouvoir de dépenser était toutefois le principal moyen qui permettait au fédéral d'exercer son autorité dans le domaine des soins de santé. L'AANB de 1867 accorde au fédéral un pouvoir à peu près illimité d'imposer et de dépenser. Ce pouvoir lui a permis d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces comme les soins de santé et d'essayer de les obliger à se conformer à des normes nationales uniformes, voire même d'orienter l'esprit de politiques qui relèvent de la compétence des provinces. C'est donc le recours à son pouvoir de dépenser qui permet au fédéral d'imposer des normes nationales dans le domaine de l'assurance-maladie. Le fédéral peut appuyer financièrement l'assurance-maladie, tandis que la responsabilité de la conception et de la prestation des services incombe aux provinces.

Évolution historique du fédéralisme canadien

Même si l'AANB de 1867 établit la répartition des pouvoirs entre le fédéral et les provinces, les institutions politiques fédérales du Canada, comme celles d'autres régimes fédéraux, ont changé et évolué au fil des ans. À mesure que le régime fédéral a évolué, le rôle des gouvernements provinciaux a pris plus d'importance que ne l'avaient prévu à l'origine les Pères de la Confédération. À différents moments de l'histoire, presque toutes les régions du Canada ont vécu un mouvement d'affirmation des provinces variant de ceux qui visaient à affirmer le droit des provinces en Ontario et au Québec immédiatement après la Confédération jusqu'à la contestation du Canada central par l'aile ouest du Parti conservateur, sans oublier le Mouvement des droits des Maritimes au cours des années 20. La diversité régionale, nationale et linguistique du Canada a eu tendance à renforcer le pouvoir des provinces. De plus, conjuguée aux phénomènes de l'urbanisation et de l'industrialisation, la transition du laisser-faire du XIX^e siècle à l'interventionnisme de l'État au XX^e siècle a obligé le gouvernement fédéral à élaborer de nouvelles politiques. L'interventionnisme de l'économie keynésienne et la montée de l'État-providence ont posé des problèmes fondamentaux au régime fédéral du Canada. Ces problèmes ont atteint un point critique pendant la Crise : le fédéralisme canadien a connu une véritable crise d'une durée de 20 ans (Mallory 1954; Simeon et Robinson 1990). Les provinces étaient chargées de nombreux aspects des politiques sociales, selon l'interprétation des niveaux de compétence établis dans l'AANB de 1867 formulée par la cour d'appel de la plus haute instance du Canada avant 1949, le Comité judiciaire du Conseil privé (CJCP). Le gouvernement fédéral disposait toutefois de sources de revenu stable plus solides et il était donc mieux placé pour financer des programmes sociaux.

On a commencé à résoudre cette énigme après la guerre lorsque le gouvernement fédéral s'est servi de son pouvoir de dépenser dans des domaines de compétence des provinces pour lancer des programmes sociaux. On a en outre trouvé, pendant et après la guerre, la volonté politique nécessaire pour modifier la Constitution afin de prévoir la compétence du fédéral sur l'assurance-chômage (1940) et les régimes de retraite cotisables (1951). Des années 40 aux années 60, de nouvelles formes de négociations intergouvernementales ont fait leur apparition, car les deux ordres de gouvernement avaient des responsabilités à l'égard de l'État-providence qui commençait à prendre forme. Devant cette toile de fond, l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie ont fait leur apparition, tout d'abord comme projet d'une seule province et ensuite, comme projet appuyé par le gouvernement fédéral pendant que le régime se propageait à toutes les provinces.

Durant toute la période qui a suivi la guerre, pendant que la relation entre le fédéral et les provinces changeait dans le domaine des politiques sociales, le Québec a constamment adopté une position distincte. Pendant la période qui a précédé la Révolution tranquille, le gouvernement Duplessis n'était pas intéressé à étendre le rôle du gouvernement du Québec dans le domaine des politiques sociales. Après la Révolution tranquille, les gouvernements libéraux et ceux de l'Union nationale des années 60 ont affirmé le contrôle du Québec sur la politique sociale, ce qui est devenu un problème constitutionnel majeur et a provoqué une série de négociations intergouvernementales sur des questions comme les pensions et l'assurance-maladie. Dans le sillage de la Révolution tranquille des années 60, on considérait la politique sociale comme un important levier de contrôle et de développement pour l'État québécois

(Vaillancourt 1988). Les gouvernements du Québec ont cherché à étendre le rôle des provinces dans l'élaboration des politiques sociales au cours de négociations constitutionnelles comme celles de Victoria en 1971, par exemple, ce qui a incité le gouvernement fédéral à assouplir les arrangements pour permettre au Québec de jouer un rôle indépendant dans des domaines des politiques sociales (comme la politique sur les pensions qui a permis au Québec de créer son propre Régime des rentes du Québec parallèlement à l'établissement du Régime de pensions du Canada). Ces arrangements visaient aussi à contenir le champ d'application du pouvoir de dépenser du fédéral dans des domaines de compétence des provinces, comme dans le cas des négociations constitutionnelles de 1980-1981, du Lac Meech et de Charlottetown (Rocher 1992a, 87-98; 1992b, 23-36).

Évolution historique de l'assurance-maladie

Le fédéralisme a offert des possibilités institutionnelles particulières aux gouvernements tant provinciaux que fédéral qui étaient déterminés à instaurer l'assurance-maladie. Aux deux paliers de gouvernement, l'établissement de l'assurance-maladie a obligé à élire des partis politiques voués à cette politique sociale. Sur la scène provinciale, c'est l'élection du gouvernement CCF en Saskatchewan qui a créé la volonté politique de chercher à instaurer l'assurance-hospitalisation en 1947 et l'assurance-maladie en 1961. La compétence des provinces sur les soins de santé a permis au gouvernement CCF de Tommy Douglas, qui a fait œuvre de pionnier, d'instaurer l'assurance-hospitalisation en Saskatchewan en 1947. Grâce à son pouvoir de dépenser, le fédéral a pu jouer un rôle en finançant le régime et en offrant aux autres provinces des incitations à suivre l'exemple de la Saskatchewan. Après une longue lutte politique, le fédéral a créé un régime de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation en 1957 et toutes les provinces y avaient adhéré en 1961 (Taylor, 1987). Là encore, dans le domaine de l'assurance-maladie, la Saskatchewan a fait œuvre de pionnier en l'instaurant après une grève des médecins en 1961. Après l'élection de Lester Pearson à la direction des Libéraux, le gouvernement libéral est devenu partisan de l'assurance-maladie et a instauré un programme de partage des coûts en 1966.

Financement des programmes établis

Au milieu des années 70, le système avait des problèmes. Le fédéral était d'avis qu'il n'avait aucun moyen de contrôler les coûts des soins de santé, car c'étaient les provinces qui prenaient les décisions sur les dépenses dans ce domaine. L'incitation à contenir les coûts avait diminué, car les provinces dépensaient des « demi-dollars » en assurance-santé. Les provinces, elles, se plaignaient que le financement accordé par le fédéral pour l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie déformait leurs priorités dans le domaine des soins de santé en finançant deux types de programmes seulement – l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie (Taylor 1989, 89).

Ces préoccupations sont à l'origine de la négociation, en 1977, d'une nouvelle Formule de financement des programmes établis (FPE) régissant les transferts aux provinces pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. Le régime du FPE créait une subvention globale par

habitant que le fédéral versait aux provinces. La subvention était reliée à une moyenne mobile de trois ans fondée sur les augmentations du PNB par habitant. Le fédéral a en outre offert des points d'impôt équivalant à la moitié de la contribution fédérale existant à l'époque. Les points d'impôt sont un pourcentage de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés perçu par le fédéral. En transférant aux provinces un pourcentage de l'impôt sur le revenu, le gouvernement fédéral se trouvait en réalité à leur transférer la capacité de percevoir ce pourcentage d'impôt et d'en bénéficier à l'avenir. Le transfert de points d'impôt équivalait à l'origine à la moitié du transfert fédéral de 1976 pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. La valeur réelle des points d'impôt au cours d'une année donnée a bien entendu fluctué, dans le contexte du FPE, en fonction de facteurs comme l'état de l'économie. Le FPE comportait en outre des paiements de péréquation versés aux provinces pauvres afin de porter le rendement de leurs points d'impôt au niveau de la moyenne nationale.

Après 1977, les transferts aux provinces comportaient donc deux éléments : des transferts en espèces et des points d'impôt. Il importe de signaler que l'admissibilité au transfert de points d'impôt n'était assortie d'aucune condition tandis que celles que prévoyait à l'origine la loi sur l'assurance-maladie s'appliquaient toujours à la subvention par habitant (Charles et Badgley 1987). La nouvelle formule a relâché le lien entre le financement fédéral et le coût réel de l'assurance-maladie. Dans le régime qui a précédé le FPE, le fédéral payait 50 % des coûts réels de l'assurance-maladie et sous le régime du FPE, la portion en argent du transfert fédéral était reliée à la croissance du PNB plutôt qu'à l'augmentation des coûts réels des soins de santé. En outre, même si le transfert devait être réparti entre l'enseignement postsecondaire et les soins de santé à raison du tiers du transfert total (subvention en espèces et points d'impôt) consacré à l'enseignement postsecondaire et des deux tiers aux soins de santé, le transfert n'était pas « lié » en réalité. Le fédéral a permis aux provinces de traiter le transfert comme revenu général et leur a laissé les décisions sur les dépenses (Maslove 1992, 59).

Le gouvernement fédéral avait prévu que la nouvelle formule de financement limiterait les coûts et réduirait la contribution fédérale. La partie transfert des paiements, indexée en fonction de l'augmentation moyenne du PIB sur trois ans, a produit en réalité une réduction parce que les taux d'inflation dans le secteur des soins de santé dépassaient le taux général d'augmentation de l'indice des prix à la consommation. Comme le taux d'inflation a augmenté plus rapidement que les dépenses réelles de santé et d'éducation à la fin des années 70, la part fédérale des dépenses consacrées par les provinces aux soins de santé a toutefois augmenté en réalité après l'avènement du FPE. Les dépenses totales reliées au FPE (y compris l'enseignement postsecondaire) ont augmenté les transferts aux provinces d'environ 1,5 à 1,8 milliard de dollars de plus que ce qu'elles auraient reçu avant la formule du FPE (Canada. Groupe de travail parlementaire sur les relations fédérales-provinciales 1981; Brown 1986, 111-132).

La complexité des arrangements financiers intergouvernementaux dans le domaine des politiques a contribué à rendre l'information « invisible », comme le démontre le fait qu'après l'avènement du FPE, chaque palier de gouvernement a blâmé l'autre pour la montée des coûts des soins de santé. Les gouvernements provinciaux ont affirmé que le fédéral ne finançait pas suffisamment le système, tandis que celui-ci soutenait que les provinces détournaient les transferts à d'autres fins, accusation qui s'est révélée par la suite sans fondement (Charles et Badgley 1987, 51-52). En outre, lorsque l'on a renouvelé le FPE (et les accords fiscaux

connexes) pour la période de 1982 à 1987, le fédéral a éliminé la garantie relative au revenu, ce qui a fait perdre quelque 5 milliards de dollars aux provinces au cours de la même période (Taylor 1989, 84). Pendant que les coûts de l'assurance-maladie augmentaient, les pressions financières qui s'exerçaient sur les gouvernements provinciaux ont ouvert la porte à ce que l'on a considéré comme la reptation de la privatisation (surfacturation accrue des médecins et frais d'utilisation dans certaines provinces).

Loi canadienne sur la santé de 1984

On craignait que la surfacturation et les frais d'utilisation minent les principes fondamentaux de l'assurance-maladie. Les deux ont ouvert la porte à un système de soins de santé à deux vitesses, où ceux qui auraient les moyens de payer bénéficieraient d'un meilleur accès à certains types de services (selon l'étendue et le type des frais d'utilisation et selon les spécialités médicales les plus susceptibles de surfacturer). En bout de ligne, les deux pratiques pourraient déboucher sur une situation où l'accès à certains services médicaux pourrait ne pas être universel dans certaines régions du pays.

Même si ces mesures ne touchaient pas beaucoup de consommateurs de soins de santé, les pressions qui s'exerçaient sur le fédéral afin qu'il applique les conditions qu'il impose lui-même à ceux qui veulent obtenir du financement fédéral ont commencé à s'alourdir. Le fédéral était considéré comme le garant des soins de santé universels et accessibles. Il fallait déterminer comment il s'y prendrait pour retenir le financement des gouvernements qui enfreignaient ainsi les principes de l'assurance-maladie. Comme responsable de l'application des normes nationales de l'assurance-maladie, le fédéral aurait dû en principe pouvoir retenir le financement fédéral si les provinces enfreignaient les principes de l'assurance-maladie. Comme les fonctionnaires fédéraux l'ont toutefois découvert, ni la loi à l'origine de l'assurance-maladie ni le FPE ne prévoyaient de formule permettant au fédéral d'appliquer ces conditions en retenant les fonds. Dans le contexte du FPE, il ne pouvait de toute façon retenir de points d'impôt des provinces. La partie du financement fédéral constituée par les points d'impôt avait déjà été transférée aux provinces et le fédéral ne pouvait facilement les « reprendre » des provinces permettant les frais d'utilisation ou la surfacturation. La partie en argent de la subvention pouvait toutefois, en principe, être retenue. Ni la législation créant l'assurance-maladie ni le FPE ne contenaient toutefois de formule de retrait équivalent du financement fédéral. Le seul moyen de faire obéir les provinces récalcitrantes consistait à retenir toute la portion en argent du transfert, mesure qui non seulement constituerait une pénalité exagérée, mais causerait aussi le chaos dans le financement des soins de santé par les provinces.

Afin de régler le problème, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui renforçait et clarifiait les conditions fédérales du financement des soins de santé. La Loi établissait des critères clairs pour régir les conditions et prévoyait des sanctions financières proportionnelles à l'importance réelle des frais d'utilisation et de la surfacturation permis par les provinces. Ces conditions s'appliquaient seulement à la partie en argent du transfert fédéral. La Loi obligeait aussi les provinces à indiquer clairement dans les documents publics le rôle joué par le fédéral dans le financement de l'assurance-maladie pour rehausser ainsi sa visibilité dans ce domaine. La Loi prévoyait enfin que si elles adoptaient l'arbitrage obligatoire (non imposé par

la Loi), les provinces devaient permettre que l'on débâte de la décision à l'assemblée législative. On a apporté cette dernière modification à la demande des médecins qui étaient d'avis que le débat public à l'assemblée législative leur serait favorable (Taylor 1987).

La *Loi canadienne sur la santé* a outragé à la fois les médecins et les gouvernements provinciaux. Les provinces soutenaient qu'on ne les avait pas consultées, que la Loi empiétait sur leur compétence dans le domaine des soins de santé et qu'elle ne réglait pas le problème posé par le financement insuffisant. Les médecins se sont aussi opposés à la Loi parce qu'ils considéraient qu'elle empiétait sur leur liberté d'entreprise (Canada, Chambre des communes 1983-1984). Comme Caroline Tuohy l'a signalé, l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* est un exemple frappant de la défaite d'un groupe d'intérêt puissant et nombreux – les médecins – en faveur de l'intérêt diffus des consommateurs (1988, 267-96).

Il faut considérer cette intervention dans le contexte des partis politiques de l'époque. Même si les trois partis fédéraux (y compris les Conservateurs de Mulroney dans l'opposition) l'ont appuyée, la *Loi canadienne sur la santé* enchâssait plusieurs principes qui avaient joué un rôle critique dans la vision de l'unité nationale formulée par le gouvernement libéral. La Loi confirmait la volonté des Libéraux d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces et de se servir du gouvernement fédéral comme moyen d'édifier des identités nationales. La version centralisatrice du fédéralisme canadien des Libéraux a atteint son zénith au cours de la période de 1980 à 1982 avec le débat sur le rapatriement de la Constitution, l'enchâssement d'une Charte des droits et le Programme énergétique national. En 1984, le gouvernement achevait son mandat et avait effectué un repli par rapport à sa tendance à centraliser et à nationaliser dans les domaines des politiques économiques et énergétiques. La *Loi canadienne sur la santé* a permis au gouvernement de réaffirmer, sans aucun coût financier, le rôle nationaliste du fédéral dans les politiques sociales. Même si des intervenants puissants – les médecins et les gouvernements provinciaux – s'étaient alliés contre le projet de loi, ces intérêts n'étaient pas en mesure de menacer l'adoption de la Loi. Contrairement au cas du RPC, le fédéral n'était pas obligé de consulter les provinces au sujet de modifications des règles régissant l'assurance-maladie (Courchene 1985, 3-5). Même si les médecins ont témoigné au cours des audiences publiques portant sur le projet de loi, ils n'avaient aucun moyen de protester contre un exécutif déterminé. Leur seul recours a consisté à exercer des pressions sur les gouvernements provinciaux. La *Loi canadienne sur la santé* a provoqué en Ontario, par exemple, une grève de six jours des médecins au sujet de la surfacturation. Les conséquences de l'insatisfaction des médecins face au projet de loi se sont répercutées non pas sur le fédéral, mais sur les provinces chargées de négocier les grilles d'honoraires avec eux. Enfin, la *Loi canadienne sur la santé* s'est révélée d'une popularité écrasante auprès des Canadiens même si, malheureusement pour les Libéraux, ils ont perdu l'avantage partisan de l'enjeu lorsque les Conservateurs fédéraux ont appuyé la Loi (Institut canadien d'opinion publique 1984, 10, 14 mai 1984; Tuohy 1988, 295-296; et Watson 1985). Pour reprendre les propos de Brian Mulroney, « [e]n ce qui concerne le Parti conservateur, l'assurance-maladie est un principe inviolable que nous allons préserver » (cité dans Taylor 1987, 443).

Repli sous le régime Mulroney

Les efforts déployés par les Libéraux afin de réduire la responsabilité fédérale à l'égard des coûts des soins de santé ont porté fruit en partie seulement, mais les Conservateurs ont montré rapidement qu'il était possible d'utiliser au profit du repli la capacité unilatérale du gouvernement fédéral de modifier la formule compliquée et obscure de la FPE. En 1985, le ministre des Finances a limité les transferts fédéraux au titre de la FPE aux augmentations du PNB moins deux points. Le budget de 1989 a accentué cette tendance en modifiant la formule d'indexation pour passer à l'augmentation du PNB moins trois points (Conseil national du bien-être social 1991, 32). Le budget de 1990 est allé même plus loin en bloquant le volet en espèces des dépenses de la FPE au niveau de 1989-1990, gel que le budget de 1991-1992 a maintenu et qui s'est prolongé jusqu'en 1994-1995 (Battle et Torjman 1993, 6).

En dépit des répercussions évidentes de ces compressions pour les gouvernements provinciaux et les consommateurs de l'assurance-maladie, les changements ont soulevé très peu de protestations publiques. Les provinces se sont plaintes que le fédéral réduisait le financement qu'il leur accordait pour l'assurance-maladie, mais ces objections n'ont pas mobilisé l'opposition de la population. C'est attribuable en partie à la complexité et à l'obscurité de la formule de financement à cause desquelles le public a de la difficulté à évaluer les affirmations et les répliques du fédéral ou des provinces dans ce domaine.

Les groupes d'intérêt dans le domaine de l'assurance-maladie qui auraient pu s'opposer à ces réductions ont en outre une structure provinciale parce que la prestation de l'assurance-maladie incombe aux provinces. Même si ces groupes décident de se faire entendre à Ottawa, le processus budgétaire même est assez bien isolé des pressions des groupes d'intérêt, sauf lorsque ceux-ci peuvent mobiliser l'opinion publique contre le gouvernement, comme cela s'est produit lorsque les personnes âgées se sont opposées à la désindexation de la pension de sécurité de la vieillesse en 1985. Les groupes nationaux qui s'opposaient aux réductions de l'assurance-maladie comme la Coalition Santé Canada – alliance générale de syndicats, de groupes de lutte contre la pauvreté, de groupes religieux et de groupes de personnes âgées qui appuient l'augmentation du financement consacré aux soins de santé, l'universalité et un solide rôle fédéral dans le financement de l'assurance-maladie – n'ont pu mobiliser une opposition nationale efficace pour défendre l'assurance-maladie. Les groupes d'intérêt sont plus cohérents à l'échelon provincial, mais même là, des groupes puissants comme les médecins ont subi la défaite dans leur grève en Ontario (Tuohy 1989, 141-160).

Les compressions ne font pas que réduire le financement mis à la disposition des provinces pour l'assurance-maladie : elles minent de plus la capacité du fédéral de faire respecter les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui est encore plus important. Le volet (conditionnel) en espèces du transfert fédéral a diminué par rapport à la partie fiscale (inconditionnelle).

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et ses répercussions

Dans le contexte de l'importance croissante accordée à la réduction du déficit, le gouvernement libéral de Jean Chrétien a modifié considérablement les modalités du financement accordé par le fédéral pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et l'aide sociale dans le budget de 1995. Le gouvernement y a annoncé le remplacement du financement des programmes établis et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) par un seul moyen de financement, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Pour 1995-1996, l'augmentation de la FPE a été fixée au PNB moins 3 % tandis que le Régime d'assistance publique du Canada était bloqué au niveau de 1994-1995 pour l'ensemble des provinces et des territoires. Le TCSPS devait s'établir à 26,9 milliards de dollars en 1996-1997 et 25,1 milliards en 1997-1998. En 1996-1997, les provinces et les territoires ont reçu un financement fondé sur les montants auxquels ils avaient droit en vertu de la FPE et du RAPC en 1995-1996.

Le gouvernement fédéral a justifié la mise en œuvre du TCSPS en affirmant qu'il représentait un financement stable pour les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et l'aide sociale, dans la mesure où les provinces et les territoires savaient d'avance combien ils recevraient au cours des cinq années suivantes. Le résultat net de ce changement a toutefois été une ponction de 2,5 à 7 milliards de dollars du transfert fédéral, selon la méthode de calcul utilisée. Priorité pour le gouvernement Mulroney, la lutte contre le déficit est demeurée prioritaire pour le nouveau gouvernement libéral, au détriment du financement des programmes sociaux (O'Neil 1997, 179).

Depuis son entrée en vigueur, on reproche au TCSPS d'avoir réduit la capacité du fédéral de maintenir les normes nationales de la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires ont dû sabrer dans les programmes sociaux en général et les soins de santé en particulier. Ils ont dénoncé non seulement la réduction du transfert, mais aussi la démarche unilatérale du fédéral, ainsi que le fait qu'il n'a pas consulté au sujet de la conception de la nouvelle politique, ce qui a renforcé le ressentiment de certaines des provinces à l'égard du RAPC, qui avait été limité dans le cas de certaines provinces comme l'Ontario. Comme l'a dit O'Neil :

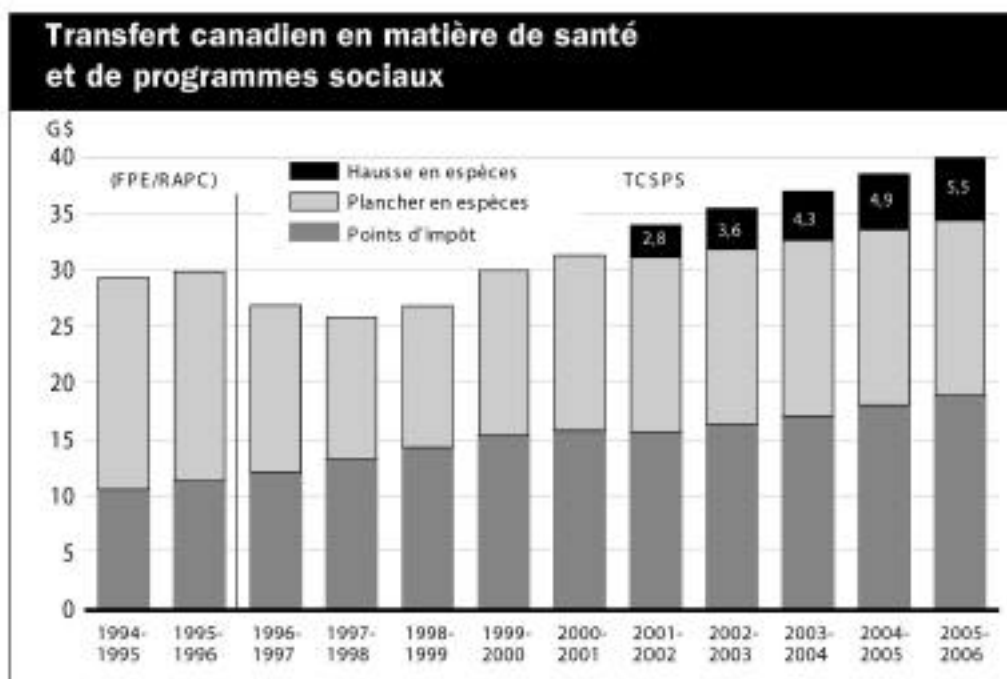
Loin d'être simplement un changement des priorités des politiques publiques, l'avènement du TCSPS représente un autre changement de la participation du fédéral dans le domaine de la santé. Grâce au TCSPS, le fédéral a ainsi réduit suffisamment sa participation financière dans le secteur de la santé pour rendre très difficile, ou du moins pas très importante, toute tentative de retenir des fonds de transfert fédéraux en cas de violation de la *Loi canadienne sur la santé*. (O'Neil 1997, 182)

D'autres ont insisté sur le fait que l'avènement du TCSPS pourrait pousser les gouvernements à adopter des politiques plus souples et faisant preuve de plus d'imagination. Il est toutefois difficile de voir comment cela aurait pu fonctionner lorsque les transferts ont diminué considérablement : la flexibilité serait limitée à sabrer dans les budgets face aux nouvelles contraintes financières imposées par le fédéral. Le financement global a maximisé, pour les provinces et les territoires, l'incitation à mieux intégrer leurs programmes sociaux. Comme le transfert était lié aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les

territoires devaient se conformer à cette condition ou risquer de perdre une partie du transfert fédéral. On a craint sans raison que les provinces et les territoires ne réduisent considérablement leur investissement dans les soins de santé, d'une part parce que les dépenses des provinces ont continué d'augmenter, mais aussi parce que les Canadiens n'étaient pas prêts à accepter une réduction des dépenses de la santé (Courchene 1995, 77; Cohn 1996, 169). De plus, sans compter que l'appui que la population manifestait à l'égard du système de santé a freiné les compressions imposées au système, l'existence de principes pancanadiens généraux a contribué au maintien et à la préservation de normes relativement comparables d'une province à l'autre. Dans la même veine, la possibilité de voir le fédéral pénaliser les provinces et les territoires qui imposaient des frais d'utilisation ou permettaient la surfacturation a elle aussi renforcé la préservation d'un système qui, s'il n'est pas uniforme, était raisonnablement semblable d'un bout à l'autre du Canada.

Il est évident que la mise en œuvre d'un nouveau mécanisme de financement a eu un effet sur l'autorité du fédéral dans le domaine des soins de santé, mais son repli ne constituait pas un phénomène nouveau, comme nous l'avons déjà vu. Le financement des programmes sociaux et des soins de santé constitue certainement une pierre d'achoppement entre le fédéral, qui affirme être le garant de principes dits « nationaux » et qui dispose d'une marge de manœuvre financière importante pour influencer les provinces et les territoires, d'une part, et les provinces et les territoires eux-mêmes qui doivent administrer les services de santé et planifier, financer et évaluer les dépenses consacrées aux soins hospitaliers, ainsi qu'aux services médicaux et paramédicaux, de l'autre. Ainsi, « le fédéral a peut-être perdu son pouvoir moral d'établir des normes pour la santé et le bien-être, mais les provinces n'ont pas encore prouvé qu'elles ont la capacité nécessaire de coopérer qui leur permettrait d'hériter de ce pouvoir et de l'exercer avec efficacité » (Cohn 1996, 182). Dans un contexte plus global, le TCSPS ne constitue pas un abandon radical par rapport aux pratiques fédérales antérieures. Des provinces ou des territoires avaient déjà commencé à discuter de la possibilité d'imposer des frais d'utilisation, voire même d'ouvrir la porte au secteur privé longtemps avant l'établissement du TCSPS. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les provinces et les territoires aient exigé d'abord qu'on ramène le financement au niveau en vigueur avant l'imposition du nouveau mécanisme de financement.

Le budget de 1996 a mis en œuvre un mécanisme de financement de cinq ans (de 1998-1999 à 2002-2003) et a fixé le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année. Pour 1996-1997 et 1997-1998, les montants prévus au TCSPS ont été maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars, respectivement. Ces montants ont été augmentés par la suite d'un taux correspondant au PNB moins 2,0 %, PNB moins 1,5 % et PNB moins 1,0 % pour les trois années suivantes. On a mis en œuvre une nouvelle formule pour tenir compte des différences de la croissance démographique entre les provinces et les territoires et pour réduire de moitié, au plus tard en 2002-2003, les disparités existantes dans le calcul des droits, première étape vers une affectation égale par habitant. En 1998, on a modifié la loi pour fixer le nouveau plancher du volet en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars pour la période de 1997-1998 à 2002-2003. En 1999, le budget prévoyait une augmentation du TCSPS de 11,5 milliards de dollars en cinq ans, spécifiquement pour les soins de santé. On a modifié la formule pour que le droit soit calculé en fonction d'un montant égal selon la population pour 2001-2002. Le budget de février 2000 a ajouté encore 2,5 milliards de dollars au TCSPS pour l'enseignement



Nota – En 1996, le TCSPS a remplacé les transferts consentis aux provinces au titre du Financement des programmes établis (FPE) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Le plancher en espèces au titre du TCSPS comprend le supplément prévu au budget de 1999 (3,5 milliards) et celui prévu au budget de 2000 (2,5 milliards). La hausse en espèces du TCSPS correspond aux fonds fournis en septembre 2000 à l'appui des ententes sur le renouvellement en matière de santé et sur le développement de la petite enfance.

Source : Canada, ministère des Finances 2001.

postsecondaire et les soins de santé. Le volet en espèces du TCSPS a aussi dépassé 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004 (voir la figure ci-dessus).

De nombreux facteurs expliquent la croissance des transferts aux provinces et aux territoires. D'une part, ils ont dénoncé d'une façon particulièrement active la réduction du financement fédéral. De l'autre, à la veille des élections de 1997, le gouvernement Chrétien a promis d'augmenter le transfert fédéral et de fixer le plancher des transferts à 12,5 milliards de dollars. La situation budgétaire du fédéral s'était alors améliorée considérablement et il avait commencé à afficher un excédent important.

En septembre 2000, deux mois avant les élections fédérales, le gouvernement fédéral a tenu une réunion des premiers ministres pour discuter des soins de santé. Les premiers ministres se sont entendus sur un plan d'action relatif aux soins de santé et au financement de l'élaboration de politiques sur la petite enfance. Le fédéral a engagé un financement supplémentaire de 21,1 milliards de dollars sur cinq ans dans le contexte du TCSPS, dont 2,2 milliards de dollars pour le développement de la petite enfance. Ce financement est entré en vigueur immédiatement avant le déclenchement des élections de 2000. Le total du transfert en espèces aux provinces et aux territoires pour le TCSPS est passé de 15,5 milliards de dollars en 2000-2001 à 18,3 milliards en 2001-2002 et 19,1 milliards en 2002-2003, pour atteindre 21 milliards en 2005-2006. Compte tenu de cette prévisibilité plus grande, le gouvernement s'est engagé à fixer

le niveau des transferts en espèces pour 2006-2008 avant la fin de l'exercice 2003-2004. Il a maintenu ces engagements dans le budget de 2001, même s'il ne les a pas augmentés.

Il importe de signaler que tous les premiers ministres ont signé l'accord fédéral-provincial sur les soins de santé de septembre 2000. Dès le départ, l'accord a reconnu explicitement la compétence de chaque palier de gouvernement en affirmant que les principes « devront être interprétés dans le respect complet des compétences de chaque gouvernement ». L'accord présentait sept principes directeurs dont le premier a consisté à reformuler les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les gouvernements ont convenu de mettre en place des mécanismes d'établissement de partenariats interprovinciaux, notamment en ce qui concerne le partage de l'information sur les pratiques exemplaires. Ils se sont engagés aussi à tenir la population au courant des résultats pour les soins de santé et du rendement des services publics, ainsi que des mesures prises pour les améliorer. On a discuté d'un plan d'action comportant huit domaines d'intervention. Un des éléments les plus importants a été l'engagement portant sur la transparence, le caractère redditionnel vertical et l'établissement d'indicateurs comparables de l'état des soins de santé et de la qualité des services (p. ex., périodes d'attente, satisfaction des patients, soins à domicile, protection de la santé et prévention des maladies) d'un bout à l'autre du Canada.

Le déséquilibre fiscal

Conjuguée au fait que le fédéral enregistre des excédents budgétaires depuis quelques années, la réduction des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires pour l'aide sociale, l'enseignement postsecondaire et la santé a déclenché un débat sur la question du déséquilibre fiscal entre le fédéral et les provinces et les territoires. Il est facile de comprendre que les finances constituent la principale pierre d'achoppement entre les deux paliers de gouvernement.

Il importe de distinguer le déséquilibre fiscal vertical du déséquilibre horizontal (Asselin 2001, 17-18). Le déséquilibre horizontal désigne les écarts importants au niveau de la force et de la capacité fiscales des provinces et des territoires. Les provinces et les territoires plus forts, comme l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta, ont plus de facilité à financer leurs programmes et sont moins tributaires des transferts fédéraux. Ces trois provinces contribuent au programme de péréquation qui permet aux provinces et aux territoires moins riches d'offrir des services comparables au même coût que les provinces mieux nanties. Même si le déséquilibre horizontal suscite des controverses dans les débats sur la péréquation, le déséquilibre vertical est particulièrement important dans le domaine des soins de santé. Il y a un écart qui se creuse entre la capacité fiscale du fédéral comparativement à la capacité des provinces et des territoires de financer leurs propres programmes. Les provinces et les territoires sont responsables des programmes fondés sur les services à la population comme la santé, l'éducation, les services sociaux, etc., qui prennent de l'ampleur plus rapidement que leur assiette fiscale. Dans le cas du fédéral, c'est le contraire : il dispose de sources de revenu qui devraient augmenter plus rapidement que les programmes qu'il finance. Il est clair que les pouvoirs d'imposer des deux paliers de gouvernement sont mal divisés compte tenu des dépenses dont chacun a la responsabilité (Wrobel 1994, 5). La structure des revenus et des programmes est telle que le

fédéral accumule un excédent tandis que les provinces et les territoires ont de la difficulté à équilibrer leur budget à cause de leurs engagements.

Il est évident que la nature et même l'existence d'un déséquilibre fiscal ont suscité la controverse. Les revenus des provinces et des territoires ne leur permettent pas de s'acquitter de leurs obligations relatives à la santé, à l'éducation et à l'aide sociale tout en respectant leurs autres responsabilités. Les compressions des transferts fédéraux depuis l'entrée en vigueur du TCSPS ont aggravé le déséquilibre fiscal. Les transferts en espèces ont diminué du tiers de 1995 à 1999 et même si on l'a « rétabli » en 2000-2001, le financement fédéral présente toujours un écart défavorable de 3,2 milliards de dollars par rapport à ce qu'il était en 1994-1995. Par ailleurs, les dépenses consacrées aux soins de santé, à l'éducation et à l'aide sociale dépassaient de 18,8 milliards le niveau de 1994-1995 (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 5-8). Les changements récents du niveau des transferts fédéraux n'ont pas eu d'effet sur les causes structurelles de ce déséquilibre. Il est même possible que le fédéral continue d'accumuler les excédents pendant que la situation budgétaire des provinces et des territoires demeure à peu près stable. Les dépenses consacrées aux domaines de programme relevant de la compétence des provinces doivent augmenter à un taux annuel d'au moins 5 % parce que la population vieillit, la technologie évolue, le coût des médicaments augmente, tout comme le nombre des maladies qui coûtent plus cher à traiter comme le VIH/SIDA, l'hépatite C et les traumatismes cérébraux, parce qu'on n'investit pas suffisamment dans les hôpitaux et qu'il faut faire face aux problèmes posés par les pénuries de professionnels et de travailleurs de la santé (Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé 2000: Ministères des Finances de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut 2001).

En résumé, l'excédent budgétaire fédéral augmente rapidement tandis que les provinces et les territoires ne pourront maintenir un équilibre budgétaire :

le fédéral a une structure fiscale déséquilibrée capable de générer une croissance des revenus qui dépasse de loin les besoins fédéraux pour les dépenses. En revanche, on s'attend à ce que les revenus des provinces et des territoires n'augmentent qu'un peu plus rapidement que les dépenses, ce qui indique que la structure fiscale des gouvernements provinciaux est à peu près équilibrée. Cet équilibre est toutefois précaire et peut être perturbé même par des fluctuations relativement modestes de la conjoncture économique ou des pressions exercées par les dépenses (Ruggeri 2001, 5, souligné dans l'original).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont d'avis que le fédéral devrait rétablir le financement au moyen d'une méthode d'indexation qui garantira un niveau de financement où il sera tenu compte des pressions à la hausse qui s'exercent sur les dépenses du système de santé. Les provinces et les territoires évaluent à quelque 13 milliards de dollars l'écart entre ces principes et le transfert du TCSPS.

De plus, pour répondre à l'argument du fédéral qui affirme que ces calculs ne tiennent pas compte des points d'impôt transférés aux provinces et aux territoires, leurs gouvernements insistent sur le fait que l'inclusion de points d'impôt donne l'impression que le TCSPS est beaucoup plus important qu'il ne l'est en réalité. Les provinces et les territoires rejettent cette méthode de calcul du transfert qu'ils jugent illégitime. Le fédéral ne contrôle pas les points

d'impôt qui ne figurent pas comme poste de dépense dans le budget fédéral et qu'il n'est pas nécessaire de consacrer aux soins de santé. Pour les provinces et les territoires, « les provinces et les territoires comptabilisent le “transfert” d'impôt comme revenu provenant de leurs “propres sources”, car il s'agit de revenus perçus grâce à leurs propres efforts fiscaux » (Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé 2000, 14). En bout de ligne, il ne faut pas considérer l'augmentation de l'assiette fiscale des provinces et des territoires comme un transfert fédéral à perpétuité.

Dans un document récent (août 2001), les ministres provinciaux et territoriaux des Finances ont proposé quatre options dont les trois premières seraient lancées dans le contexte du TCSPS.

1. Augmenter le TCSPS jusqu'en 2004-2005 pour qu'il couvre la même part des coûts des programmes sociaux que le transfert fédéral antérieur couvrait en 1994-1995.
2. Le fédéral et les provinces partageraient à parts égales les nouveaux coûts du secteur des soins de santé.
3. Porter immédiatement le TCSPS au niveau absolu payé en 1994-1995.
4. Remplacer le TCSPS par un transfert de points d'impôt (Ministres des Finances des provinces et des territoires 2001, 12-13).

Les trois premières options n'éliminent pas les causes du déséquilibre fiscal, mais elles permettent un peu de rattrapage en portant le financement fédéral des programmes sociaux à 18 % des dépenses de programme réelles. Les gouvernements infranationaux demeureraient toutefois vulnérables aux décisions fédérales unilatérales. La quatrième option creuserait encore davantage le déséquilibre fiscal horizontal parce que l'assiette fiscale des provinces et des territoires varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Cette option suppose que la péréquation serait elle aussi rajustée. Après tout, les cycles à la hausse ou à la baisse de l'économie ont un effet plus marqué sur les recettes des provinces et les rendent plus volatiles. Le fédéral verrait diminuer sa capacité d'agir sur les choix des provinces et des territoires parce qu'il n'aurait plus les moyens de pression que lui fournit la *Loi canadienne sur la santé*.

Le gouvernement du Québec a publié récemment le rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal, où l'on réaffirme, ce qui n'est pas étonnant, l'existence du déséquilibre que la Commission attribue non seulement au déséquilibre entre les dépenses et l'accès aux recettes fiscales, mais aussi à la faiblesse du système de transferts entre les gouvernements et au pouvoir de dépenser du fédéral. On signale dans le rapport que l'augmentation des dépenses représente la principale pression qui s'exerce sur les provinces à cause de facteurs comme l'augmentation du coût des médicaments, l'évolution de la technologie médicale et le vieillissement de la population. Pour s'attaquer à ce déséquilibre fiscal, la Commission a non seulement repris plusieurs recommandations des provinces, comme l'abolition du TCSPS et son remplacement par une nouvelle répartition des ressources fiscales, mais elle a aussi proposé que les provinces reprennent graduellement les recettes produites par la TPS. À toutes fins pratiques, en présentant ses recommandations, la Commission cherchait à limiter le recours au pouvoir de dépenser du fédéral (Québec 2002). Il y a évidemment très peu de chances que les recommandations de la

Commission sur le déséquilibre fiscal soient accueillies favorablement par ceux qui croient que « sans un investissement fédéral important dans le système de santé, le fédéral ne peut maintenir son influence morale et politique sur le système » (Adams 2002, 302).

Le fédéral considère les belles paroles reliées au « déséquilibre fiscal » comme une exagération verbale qui ne correspond pas à la réalité. De l'avis du fédéral, l'analyse du déséquilibre budgétaire repose sur une méthodologie qui ne fait que mettre en évidence les excédents budgétaires prévus, tandis qu'il serait préférable d'élaborer un modèle qui tiendrait compte de la marge de manœuvre budgétaire disponible. Dans cette optique, il n'y a pas de déséquilibre fiscal vertical entre les deux paliers de gouvernement (Matier, Wu et Jackson 2001). Il y a plusieurs facteurs dont il faudrait tenir compte : 1) dans le contexte d'un ralentissement de l'économie, les deux paliers de gouvernement doivent faire face à des contraintes budgétaires qui referment leur marge de manœuvre; 2) les deux paliers de gouvernement ont accès à la même assise de revenus et peuvent établir leur propre impôt sur le revenu (les provinces et les territoires peuvent récupérer les réductions d'impôt du niveau fédéral); 3) au total, les recettes des provinces dépassent celles du fédéral (dans ce calcul, les recettes des provinces incluent les transferts fédéraux); 4) les recettes produites par l'impôt sur le revenu n'augmenteront pas rapidement parce que la mondialisation crée des pressions concurrentielles qui ont tendance à réduire les impôts sur le revenu (ce qui est difficile à concilier avec le point 2 ci-dessus parce que les mêmes pressions de la concurrence empêchent les gouvernements provinciaux et territoriaux d'occuper l'espace fiscal abandonné par le fédéral); 5) le poids de la dette impose au fédéral des contraintes financières plus lourdes qu'aux provinces et aux territoires (Ministre des Finances 2002; Dion 2001).

En résumé, loin de vouloir s'attaquer au déséquilibre fiscal et vertical, le gouvernement fédéral en conteste l'existence même et soutient qu'il ne s'est pas retiré du financement de l'enseignement postsecondaire et des soins de santé, car environ 70 % de toutes ses nouvelles initiatives visent les soins de santé et l'éducation. De plus, le taux de croissance annuel des transferts fédéraux devrait dépasser 6 % au cours des cinq prochaines années, ce qui serait trois fois plus que la croissance prévue des revenus. Même si les tensions entre les deux paliers de gouvernement sont normales dans un régime fédéral, il règne à cet égard un malentendu fondamental au sujet de la nature et de l'origine du problème. Dans ce contexte, il est difficile de trouver des solutions acceptables pour les deux parties.

Entente-cadre sur l'union sociale

La signature, en février 1999, de l'ECUS par tous les premiers ministres, sauf celui du Québec, visait à répondre à l'inconfort croissant des gouvernements provinciaux face au déploiement sans limite, par le fédéral, de son pouvoir de dépenser. L'entente a été le fruit d'une initiative que les premiers ministres ont prise au cours de leur réunion annuelle de 1995 d'établir le Conseil de ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales, qui a été chargé d'établir des mécanismes afin de limiter le pouvoir de dépenser du fédéral, de clarifier les responsabilités de chaque palier de gouvernement et de limiter les chevauchements entre les deux paliers de gouvernement. Cette initiative a déraillé à cause du gouvernement fédéral qui, en

contrepartie d'une injection de fonds supplémentaires dans le domaine des soins de santé, a invité les provinces et les territoires à signer une entente cadre (Gagnon 2000).

L'ECUS reposait sur trois grands principes : 1) les nouvelles initiatives gouvernementales ne créeraient pas d'obstacles à la mobilité dans les domaines de l'enseignement postsecondaire, de la formation professionnelle, des soins de santé, des services sociaux et de l'aide sociale; 2) on mettrait en place des mécanismes redditionnels et de transparence afin de mesurer le rendement des programmes sociaux, d'établir des indicateurs de rendement et d'expliquer les contributions des deux paliers de gouvernement; 3) on mettrait en place un mécanisme pour faciliter l'approche des problèmes communs par le partenariat, notamment dans l'élaboration d'objectifs et de principes. Le fédéral a ainsi accepté de limiter son pouvoir de dépenser et s'est engagé à consulter les provinces au moins une fois par année avant de renouveler et de modifier les transferts aux provinces. En ce qui concerne ses nouvelles initiatives dans les domaines des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux financés par le transfert, le fédéral s'est engagé d'une part à collaborer avec les gouvernements pour établir les priorités et les objectifs pancanadiens et, d'autre part, à ne pas prendre de nouvelles initiatives sans obtenir le consentement de la majorité des provinces. L'entente prévoit aussi qu'une province ou un territoire qui n'a pas eu besoin d'utiliser tout le transfert pour atteindre les objectifs stratégiques pourra réinvestir les fonds dans le même domaine. Pour avoir accès à ces transferts, les provinces et les territoires devraient respecter le cadre redditionnel. Par ailleurs, l'ECUS n'a pas limité les dépenses fédérales consacrées directement à des particuliers ou à des groupes (comme dans le cas des Bourses du millénaire ou de la Fondation canadienne pour l'innovation), même si elle a engagé le fédéral à consulter et à donner aux provinces et aux territoires un préavis de trois mois avant d'établir de tels programmes.

On peut considérer l'ECUS comme le fruit de nombreuses années d'efforts déployés pour stabiliser les relations intergouvernementales. Pour certains, l'entente constituait un retour à la situation qui prévalait avant l'avènement du TCSPS, car elle établissait les conditions qui permettent de lancer de nouveaux programmes, en particulier de soins à domicile et d'assurance-médicaments (Tuohy 1999, 106; Mendelson 1999). Pour d'autres, l'entente constitue une « étape cruciale dans le conflit historique opposant les provinces et le gouvernement fédéral en légitimant, en échange de contreparties minimales, le point de vue du gouvernement fédéral sur le pouvoir de dépenser » (Noël 2000). Sur le plan symbolique, le refus du gouvernement du Québec est important et est attribuable au manque de droit réel de désengagement, à l'absence de moyens de limiter l'intervention fédérale directe dans les champs de compétence des provinces, particulièrement en ce qui a trait aux transferts directs aux personnes et aux groupes, à la non-reconnaissance de la responsabilité primaire de la province dans le domaine des politiques sociales, à l'absence de garantie relative à la stabilité et à la prévisibilité des dépenses fédérales, ainsi qu'au fait qu'il est possible d'imposer des changements majeurs à toutes les provinces avec l'assentiment d'une majorité des provinces qui pourraient regrouper à peine 15 % de la population. Le gouvernement du Québec a été le seul à se préoccuper du besoin de voir le fédéral respecter la répartition réelle des pouvoirs.

Dans l'ensemble, l'ECUS n'a pas changé vraiment la politique de la réforme des soins de santé au Canada et n'a pas répondu aux deux questions les plus fondamentales : qui devrait fixer les règles dans le secteur des soins de santé et quelles devraient être ces règles, surtout en ce qui

concerne la démarcation entre les secteurs public et privé ? En général, le débat portant sur l'ECUS a servi à concentrer une fois de plus l'attention sur la lutte éternelle entre le fédéral et les provinces au détriment du débat public portant sur la ligne de démarcation entre les secteurs public et privé dans le système d'assurance-maladie.

Quelques facteurs de comparaison : l'Allemagne et l'Australie

Étant donné la nature de la présente étude, il est utile de tenir compte de la façon dont d'autres fédérations ont géré l'évolution de leur système de santé, ainsi que des façons dont le cadre institutionnel facilite ou enrayer la coopération entre les différents paliers de gouvernement. Cette partie de l'étude ne constitue pas une recension détaillée des documents comparatifs : elle vise plutôt simplement à mieux comprendre le fonctionnement des mécanismes institutionnels dans les systèmes de soins de santé. Nous concentrons particulièrement notre attention sur l'Allemagne et l'Australie, non seulement parce que ces pays ont un régime fédéral, mais aussi parce que le gouvernement central y joue un rôle important dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé.

Comme le montre le tableau 1, les dépenses publiques de santé occupent une place importante dans les dépenses totales de l'État et les institutions politiques fédérales ne peuvent expliquer la variation entre les pays. Autrement dit, nous constatons des différences importantes entre les États fédéraux en ce qui concerne leur part des dépenses totales de santé, qui varient d'un minimum de 44,8 et 54,9 % aux États-Unis et en Suisse respectivement, à des maximums de 70,1 % au Canada et 75,8 % en Allemagne. Dans certains États unitaires de l'Europe, les dépenses publiques de santé atteignent un pourcentage encore plus élevé : 83,8 % en Suède, par exemple.

Il est utile d'aborder brièvement l'évolution des relations intergouvernementales dans certains régimes fédéraux comme ceux de l'Allemagne et de l'Australie afin de déterminer s'il est possible de tirer de ces expériences des leçons utiles pour le Canada.

L'Allemagne a mis en œuvre le premier régime national moderne d'assurance-maladie en 1885. Dans l'ensemble, la structure fondamentale de l'assurance-maladie et des services assurés n'a à peu près pas changé depuis sa création (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 130). La contribution financière des patients qui ont recours à l'assurance privée est importante. En ce qui concerne le cadre institutionnel, les responsabilités sont réparties entre le fédéral, les États et les administrations locales. Dans le domaine des soins de santé, toutefois, comme dans beaucoup d'autres cas de compétence partagée, on considère que le fédéralisme allemand est très centralisé. Comme le soutient Wassener, « cette domination du gouvernement fédéral dans le domaine des compétences simultanées est particulièrement vraie dans celui des politiques sociales où les États ont très peu de compétence législative exclusive » (2002, 70). Les États interviennent néanmoins dans le processus décisionnel par leurs représentants au Bundesrat (la Chambre haute du Parlement allemand). En ce qui concerne la structure institutionnelle, les lois fédérales régissent donc les pratiques et les politiques dans le secteur de la santé. Un comité de médiation est chargé de trouver une solution à tout conflit entre le Bundestag et le Bundesrat. Dans le régime allemand de ce qu'on qualifie souvent de *fédéralisme réciproque*, l'adoption de mesures législatives passe par un consensus intergouvernemental. Les politiques publiques sont ainsi stables, même si la complexité du processus de négociation et de compromis signifie qu'il est plus difficile d'adopter de nouvelles mesures.

Tableau 1
Indicateurs choisis des comptes nationaux sur la santé, estimations de 1998

	Dépenses totales de santé en % du PIB	Dépenses de santé en % du total des dépenses de santé	Dépenses de santé en % des dépenses de santé gouvernementales générales	Dépenses de sécurité sociale consacrées à la santé en % des dépenses de santé	Dépenses de santé financées par les impôts en % des dépenses publiques de santé	Assurance santé privée en % des dépenses privées de santé	Dépenses de santé totales par habitant au taux de change officiel (\$US)	Dépenses de santé publiques par habitant au taux de change officiel (\$US)
<i>Fédérations</i>								
Australie	8,6	69,9	30,1	16,8	0	100,0	24,8	1 672
Autriche	8,0	71,8	28,2	11,2	59,6	40,4	25,9	2 097
Belgique	8,6	71,2	28,8	12,0	88,0	12,0	7,0	2 110
Canada	9,3	70,1	29,9	14,7	1,7	98,3	37,5	1 867
Allemagne	10,3	75,8	24,2	16,4	91,6	8,3	29,5	2 697
Suisse	10,6	54,9	45,1	10,4	72,3	27,7	23,8	3 877
États-Unis	12,9	44,8	55,2	16,9	33,2	66,8	60,7	4 055
<i>États unitaires</i>								
Danemark	8,3	81,9	18,1	12,5	0	100,0	8,2	2 737
Finlande	6,9	76,3	23,7	10,5	19,8	80,2	10,5	1 735
France	9,3	76,1	23,9	13,9	96,8	3,2	52,7	2 297
Suède	7,9	83,8	16,2	11,4	0	100,0	-	2 144

Source : Organisation mondiale de la santé 2001.

Le système de soins de santé allemand repose sur plusieurs principes de base : le principe de l'assurance, le principe de l'autoadministration et les principes de l'organisation et de la diversité, dans la mesure où il n'y a pas de programme national d'assurance-maladie (Wassener 2002, 72-73). Ainsi, si l'État central définit les paramètres de la politique des soins de santé, « la conception spécifique des services de santé et leur prestation sont très centralisées, relevant de la compétence de presque 600 fonds sociaux indépendants » (Banting et Corbett 2002, 11). Même si les priorités sont établies au niveau central de la fédération, les États sont chargés de mettre en œuvre une loi fédérale. Cela dit, l'autonomie politique constitue une caractéristique importante du système de soins de santé à tous les échelons (Mendoza et Henderson 1995, 243; Lassey, Lassey et Jinks 1997, 134). Les États comportent des régies de la santé et des services de soutien équivalant à ceux de la structure fédérale. Chaque État détermine ses besoins en équipement, hôpitaux, etc. Tout compte fait, on considère que l'Allemagne est un des environnements de soins de santé les plus réglementés au monde (Mendoza et Henderson 1995, 241). Il est intéressant de signaler qu'un groupe de 90 membres appelé « Concertation pour les affaires de santé » présente des recommandations au gouvernement deux fois par année. Il s'agit d'un groupe national qui représente les membres de fonds d'assurance-maladie, les fournisseurs, les consommateurs, et qui compte un personnel de sept conseillers médicaux et économiques (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 134). Sans compter qu'il élabore des lignes directrices, le groupe produit un rapport annuel sur l'état du système de santé, où il recommande des modifications du système au ministre fédéral du Travail et des Affaires sociales.

Des plafonds budgétaires négociés entre les principaux intervenants et appliqués par le gouvernement fédéral limitent la capacité des médecins et des hôpitaux d'exiger des honoraires ou des frais. L'État paie environ le cinquième des dépenses consacrées aux soins de santé à même le Trésor, les employés qui cotisent à une caisse d'assurance qui distribue les recettes (après avoir perçu des frais d'administration de 4 %) en paient environ la moitié et les ménages, les cotisations d'employés à des fonds d'assurance, l'assurance privée et les dépenses directes paient un peu plus du tiers des coûts (Mendoza et Henderson 1995, 235). En 1989, on a adopté une loi pour limiter explicitement la croissance des coûts du système au niveau de celle des salaires, qui a fait de l'Allemagne le premier pays à définir officiellement une fraction du revenu à consacrer aux soins de santé (Lassey, Lassey et Jinks 1997, 141).

L'Australie présente un tableau très différent. Le pouvoir financier centralisé y est beaucoup plus important que dans quatre autres pays de l'OCDE (États-Unis, Allemagne de l'Ouest, Canada, Suisse) au cours des années mentionnées, soit 1975 et 1985. De 1975 à 1985, l'Australie a connu une tendance à la centralisation financière (Gray 1991, 19). En Australie, la politique de santé prévoyait au début que les services seraient fournis par le secteur public. La Constitution de 1901 a accordé aux États un pouvoir important sur l'éducation, la santé et d'autres questions sociales (Roemer 1991, 170). La santé relevait à l'origine de la compétence des États et l'intervention du gouvernement fédéral était limitée aux questions de quarantaine. Comme dans beaucoup d'autres domaines de politique, le gouvernement fédéral y a étendu son rôle au fil des ans. En 1921, on a créé un ministère de la Santé du Commonwealth par l'entremise duquel le gouvernement fédéral a commencé à aider les États à fournir des services de santé publics. Un amendement constitutionnel adopté en 1946 a donné au gouvernement fédéral un vaste pouvoir sur tous les aspects de la politique de santé. Depuis la Seconde Guerre mondiale, le

Commonwealth domine les processus d'élaboration de politiques, tandis qu'au Canada « les provinces sont demeurées le principal niveau de gouvernement » (Gray 1991, 22). Les années 40 ont été caractérisées par ce que Gray appelle « une grande coopération entre les responsables des politiques des États et du Commonwealth. Cette expérience montre que le fédéralisme coopératif peut devenir une réalité dans certaines conditions et que les processus décisionnels conjoints ne débouchent pas nécessairement sur l'obstruction et le retard » (Gray 1991, 79). On remarque néanmoins que le Parti travailliste a joué un rôle important dans l'élaboration des politiques des États et la conception d'un service national de santé. Comme le parti CCF-NPD au Canada, le Parti travailliste est à l'origine de l'inscription au programme national de l'universalité de l'accès aux soins de santé. L'impact des partis politiques sur l'élaboration de politiques présente toutefois des différences importantes entre le Canada et l'Australie. Le Parti libéral et le Parti progressiste-conservateur ont tous deux appuyé l'élaboration de politiques proposées par le Parti CCF-NPD, ou y ont « acquiescé ». En Australie, les autres partis se sont toujours opposés aux politiques de santé du Parti travailliste (Gray 1990, 51). C'est pourquoi des changements majeurs des politiques de santé ont suivi chaque changement de gouvernement survenu en Australie depuis les années 40.

Le gouvernement fédéral est chargé de définir les paramètres du système de santé comme les honoraires des médecins, les remboursements de l'assurance-maladie et les frais imposés aux patients privés dans les hôpitaux publics (Hancock 2002, 111). Comme le soutient Linda Hancock,

Le système de soins de santé de l'Australie repose sur les assises suivantes : (i) les principes de l'assurance-maladie : universalité, facturation en vrac, accès gratuit aux soins hospitaliers publics, accès au médecin de son choix pour soins extrahospitaliers et liberté générale des médecins – compte tenu des pratiques cliniques acceptées – pour déterminer le traitement qui convient à leurs patients; (ii) une entente globale entre le Commonwealth et les États et les territoires qui porte sur les principes et le cadre régissant les relations entre le fédéral et les États dans les domaines de la santé et des services communautaires; (iii) sous la direction générale du Commonwealth, l'établissement conjoint de priorités, de buts et de résultats de la qualité pour les deux paliers de gouvernement, les États et les territoires ayant de plus en plus de responsabilités à l'égard de la prestation des services afin de produire les résultats convenus. (Hancock 2002, 108)

Au niveau institutionnel, la centralisation des pouvoirs en Australie signifie que la réforme est possible à l'échelon fédéral seulement. Le Commonwealth peut influencer les détails de la politique de santé, voire même imposer sa volonté en la matière, contrairement au Canada où le fédéral peut seulement établir les conditions générales du financement qu'il accorde aux provinces. Les arrangements entre le fédéral et les États sont essentiellement de nature financière, c'est-à-dire que les gouvernements des États et des territoires reçoivent des subventions pour le fonctionnement des hôpitaux. L'avènement de l'assurance-maladie en 1984, par exemple, n'a pas provoqué beaucoup de conflits même si l'offre fédérale n'accordait pas d'avantages financiers aux États. Ce qui explique le mieux ce phénomène, c'est probablement que les États ont accepté facilement le régime fédéral, car on considère que la politique du Parti travailliste lie tous les membres du parti. Pour Gray, « tout indique fortement que les idéologies et les orientations des gouvernements, et les pressions générales qui s'exercent au sein des

régimes politiques, peuvent être beaucoup plus importantes que les arrangements institutionnels » (1990, 103). Depuis 1984, le financement de l'assurance-maladie provient principalement du fédéral, mais il est aussi complété par les gouvernements des États et des territoires (hôpitaux publics surtout) et par le secteur privé (dépenses directes des consommateurs principalement). On a établi en 1984 un droit pour l'assurance-maladie afin de compléter d'autres revenus fiscaux et de couvrir les coûts, pour les États et les territoires, des patients qui choisissaient d'adhérer à l'assurance-maladie. Les prestataires de soins de santé sont inscrits auprès de chaque État, qui les contrôle (Mendoza et Henderson 1995, 191) et les médecins sont réglementés par chaque État. Selon Gray, « la centralisation des pouvoirs en Australie, du moins en ce qui a trait à la politique de santé, donne au Commonwealth une liberté stratégique du même ordre que celle que l'on trouve dans les régimes unitaires » (1990, 155).

La discussion des arrangements fiscaux intergouvernementaux a toujours eu lieu dans le contexte des réunions des premiers ministres. Comme au Canada, les États se servent souvent de ces réunions pour se plaindre de questions comme le déséquilibre fiscal et le financement insuffisant du système de soins de santé. Comme le signale Hancock, « les autres mécanismes de coopération intergouvernementale comprennent le Conseil des ministres du Commonwealth et des États, le Conseil des gouvernements de l'Australie (COAG), le Conseil des prêts, ainsi que les conférences ministérielles dans des domaines stratégiques particuliers, les comités de hauts fonctionnaires et les organismes gouvernementaux de communications bilatérales » (2002, 120). Le mécanisme le plus important demeure toutefois le COAG, créé en 1992 et qui « regroupe le premier ministre, les premiers ministres des États et des territoires, les principaux ministres, le président de l'Association des administrations locales. Il faut aussi comprendre qu'il reflète la nature simultanée du fédéralisme australien et témoigne du fédéralisme coopératif en Australie » (Hancock 2002, 120). Au cours des années 90, la question du déséquilibre fiscal a fait l'objet de discussions au comité, qui a aussi cherché à clarifier les rôles et responsabilités de chaque palier de gouvernement dans le système de soins de santé. La diminution des transferts a aussi soulevé des débats, car les États se sont plaints que ces transferts leur imposaient des frais d'administration pendant que le gouvernement central maintenait sa propre bureaucratie importante.

L'expérience de l'Australie démontre que les relations entre le fédéral et les États ne sont pas toujours conflictuelles et qu'il n'y a pas toujours des tensions entre les membres du même parti à l'échelon fédéral et à celui des États. Les enjeux liés à la responsabilité fédérale dans le domaine des soins de santé et au financement des services soulèvent néanmoins des conflits comme au Canada. D'une part, les différences politiques entre les partis alourdissent les tensions intergouvernementales et réduisent la probabilité d'entente sur les politiques et, d'autre part, on a mis en place des mécanismes institutionnels pour faciliter la gestion de la conception des politiques portant sur le système de soins de santé.

Recommandations portant sur le changement

Dans cette partie, nous répondons aux questions qui nous ont été posées dans les directives que nous avons reçues à l'origine pour cette étude.

1. Les tensions des dernières années sont-elles inusitées ou font-elles partie d'un cycle historique ?

Notre analyse des publications sur les institutions politiques révèle que les gouvernements, tant fédéraux que provinciaux, défendent naturellement leur propre champ de compétence. La plupart des conflits entre les deux paliers de gouvernement portent naturellement sur des questions financières et fiscales. Le cas du Canada diffère un peu de celui d'autres pays, car le gouvernement du Québec défend avec une fermeté particulière la répartition originale des pouvoirs établie dans la *Loi constitutionnelle de 1867*. D'autres provinces canadiennes ont fait preuve de flexibilité dans leur interprétation de la répartition des pouvoirs (même si toutes les provinces ont soulevé la question du déséquilibre fiscal vertical), mais le Québec n'a pas voulu sacrifier ses pouvoirs, comme le démontre le fait que le gouvernement du Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale.

2. Y a-t-il des secteurs où les relations fédérales-provinciales sont plus harmonieuses et pourraient déboucher sur d'importantes innovations dans le système ?

On considère souvent que l'ECUS constitue un modèle d'une relation plus harmonieuse. Nous ne croyons toutefois pas que ce modèle soit pratique et nous répétons les arguments avancés par le gouvernement du Québec. Le modèle de la diplomatie fédérale-provinciale ou des négociations intergouvernementales a servi avec succès dans un vaste éventail de relations fédérales-provinciales, particulièrement lorsque les négociations en cause reposent sur les principes du respect mutuel, du partenariat et de l'égalité des gouvernements participants. On pourrait appliquer ces principes dans le secteur des soins de santé avec plus de succès que dans le passé, comme nous le verrons ci-dessous.

3. Comment les relations fédérales-provinciales au Canada se comparent-elles à celles qui existent dans d'autres pays ? Comment d'autres pays font-ils face à leurs tensions ?

Notre analyse comparative démontre qu'il existe des tensions entre le fédéral et les gouvernements infranationaux dans tous les régimes fédéraux, sauf dans des cas comme celui de l'Australie, où un palier de gouvernement domine le secteur des soins de santé. Nous croyons toutefois que le modèle australien est instructif à cause des mécanismes institutionnels structurés mis en place pour régler les questions de santé, et en particulier le COAG. Dans le scénario australien, par ailleurs, les gouvernements provinciaux (et en particulier celui du Québec, qui ne serait toutefois pas le seul) n'accepteraient pas la domination du gouvernement fédéral, qui perturberait les relations institutionnelles historiques entre les deux paliers de gouvernement dans ce domaine. Nous croyons toutefois que l'institutionnalisation des intervenants du système, comme dans le modèle allemand, ainsi que l'engagement stable et à long terme de consacrer du financement au système sont deux idées qu'il faudrait reprendre au Canada (voir ci-dessous).

4. Quelles modifications faudrait-il apporter aux mécanismes de coopération entre les deux paliers de gouvernement afin d'améliorer les relations entre eux à long terme ?

Les principes généraux qui devraient guider la coopération entre les deux paliers de gouvernement sont les suivants : partenariat égal entre le fédéral et les provinces dans la gestion du système de soins de santé; stabilité, transparence et caractère redevable du financement du système au fil des ans; participation et contribution de la population et des intervenants à la gestion du système. Nous supposons en outre que nous maintiendrons un système public de soins de santé sans permettre une privatisation importante et que nous maintiendrons le principe du caractère public, universel, accessible et transférable du système conformément à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Nous croyons plus précisément que le TCSPS et le fait de compter les points d'impôt transférés d'un palier de gouvernement à un autre ne respectent pas ces principes. Ils ont rendu le financement du système instable et incertain, systématisé l'insuffisance du financement et déséquilibré le système sur le plan fiscal, sans oublier qu'ils ont ouvert la porte aux forces politiques, tant canadiennes que continentales, qui favorisent la privatisation totale ou partielle du système. Nous sommes d'avis qu'il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral fasse disparaître à la fois le TCSPS et les débats sur les points d'impôt transférés. Le meilleur système serait selon nous un système où il y aurait un seul paiement global du fédéral pour les soins de santé, qui serait régi par les principes généraux de la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'un mécanisme de désengagement limité viendrait assouplir. Le gouvernement devrait s'engager à long terme à revenir graduellement au financement moitié-moitié des soins de santé et les provinces devraient obligatoirement affecter à la santé le transfert fédéral reçu à cet égard. Nous croyons en outre que les mécanismes intergouvernementaux de gestion des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé devraient institutionnaliser les relations entre les ministres de la Santé, et y inclure d'autres intervenants¹ comme dans le cas du modèle allemand. Dans la même veine et conformément à ces principes et aux nouveaux mécanismes, le gouvernement fédéral ne devrait pas lancer d'initiatives unilatérales en utilisant son pouvoir de dépenser dans des champs de compétence des provinces. Il devrait plutôt proposer de nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé par l'entremise de cette nouvelle institution intergouvernementale.

1 La participation des intervenants dans les mécanismes intergouvernementaux est une question beaucoup trop complexe pour qu'on l'analyse en détail ici. Nous recommandons aux lecteurs intéressés de consulter les ouvrages suivants : Mendelsohn et McLean 2002a et 2002b; Phillips 2001; Mendelsohn 2000.

Bibliographie

- Adams, Duane. 2002. Conclusions: Proposals for Advancing Federalism, Democracy and Governance of the Canadian Health System, dans *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, publié sous la direction de Duane Adams, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 271-306.
- Armstrong, Pat et Hugh. 1996. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press.
- _____. 1991. *Health care as a business : the legacy of free trade*, Ottawa, Centre canadien de recherche en politiques de rechange/Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Asselin, Robert B. 2001. *L'union sociale canadienne : questions relatives au partage des pouvoirs et au fédéralisme fiscal*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement. <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0031-f.htm> (19 février 2002).
- Banting, Keith. 1987. *The Welfare State and Canadian Federalism*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.
- _____. 1985. Institutional Conservatism and Pension Reform, dans *Canadian Social Welfare Policy: Federal and Provincial Dimensions*, publié sous la direction de Jacqueline S. Ismael, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 48-74.
- Banting, Keith et Stan Corbett. 2002. Health Policy and Federalism: An Introduction, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett., Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 1-38.
- Battle, Ken et Sherri Torjman. 1993. *Federal Social Programs: Setting the Record Straight*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.
- Brown, Malcolm C. 1986. Health Care Financing and the Canada Health Act, *Revue d'études canadiennes*, vol. 21, n° 2, p. 111-132.
- Cairns, Alan C. 1985. The Politics of Constitutional Conservatism, dans *Redesigning the State: The Politics of Constitutional Change in Industrial Nations*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Richard Simeon, Toronto, University of Toronto Press, p. 95-145.
- _____. 1971. The Judicial Committee and Its Critics, *Canadian Journal of Political Science*, vol. 4, p 301-45.
- Canada. 1940. *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* [Commission Rowell-Sirois], Ottawa, Imprimeur de la Reine.
- Canada. Chambre des communes. 1983-84. *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs Respecting Bill C-3, Canada Health Act*. 32^e Législature, 2^o Session, Ottawa.
- Canada. Groupe de travail parlementaire sur les relations fédérales provinciales. 1981. *Fédéralisme fiscal au Canada*, Ottawa.

- Canada, ministère des Finances. 2001. *Le plan budgétaire de 2001*, Ottawa, ministère des Finances, <http://www.fin.gc.ca/budget01/pdf/bpf.pdf> (12 mai 2002).
- Charles, C. et Robin F. Badgley. 1987. Health and Inequality: Unresolved Policy Issues, dans *Canadian Social Policy*, publié sous la direction de Shankar A. Yelaja, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, p. 47-64.
- Coburn, D. 2000. Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-liberalism. *Social Sciences and Medicine*, vol. 51, n° 1, p. 135-146.
- _____. 1999. Phases of Capitalism, Welfare States, Medical Dominance, and Health Care in Ontario, *International Journal of Health Services*, vol. 29, n° 4, p. 833-851.
- Cohn, Daniel. 1996. The Canada Health and Social Transfer: Transferring Ressources of Moral Authority Between Levels of Government ?, dans *Canada : l'État de la fédération*, publié sous la direction de Patrick C. Fafard et Douglas M. Brown, Kingston, Institut des relations intergouvernementales.
- Cohn, Theodore H., Stephen McBride et John Wiseman éd. 2000. *Power in the Global Era : Grounding Globalization*, New York, St. Martin's Press.
- Conseil national du bien-être social. 1991. *Le danger qui guette le financement de la santé et de l'enseignement supérieur*, Ottawa.
- Courchene, Thomas. 1995. *Redistributing Money and Power: A Guide to the Canada Health and Social Transfer*, Winnipeg, Kromar Printing Ltd.
- _____. 1985. The fiscal arrangements: focus on 1987, dans *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario.
- Dion, Stéphane. 2001. *La situation financière de nos gouvernements: la fédération équilibrée*. http://www.pco-bcp.gc.ca/aia/default.asp?Language=F&page=pressroom&sub=speeches&doc=20010410_f.htm (19 février 2002).
- Fafard, Patrick. 1997. Groups, Governments and the Environment: Some Evidence from the Harmonization Initiative, dans *Managing the Environmental Union: Intergovernmental Relations and Environmental Policy in Canada*, publié sous la direction de Patrick C. Fafard et Kathryn Harrison, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 81-100.
- Gagnon, Alain-G. 2000. L'opposition du Québec à l'union sociale canadienne, dans *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 11-18.
- Gray, Gratton. 1990. Social Policy by Stealth, *Options politiques*, vol. 11, n° 2, p. 17-29.
- Gray, Gwendolyn. 1991. *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia*, Toronto, University of Toronto Press.
- Green, Donald P. et Ian Shapiro. 1994. *Pathologies of Rational Choice Theory: A Critique of Applications in Political Science*, New Haven, Yale University Press.

- Hadley, M. 1995. Nursing Practices in Canada. The Influence of Current and Proposed Legislation, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22, n° 6, p. 1210-1217.
- Hancock, Linda. 2002. Australian Intergovernmental Relations and Health, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 107-142.
- Institut canadien d'opinion publique. 1984. *Rapport Gallup*, Ottawa.
- Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health Policies – Accountability Intact ?, *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 6, p. 979-989.
- Labonte, R. 1998. Healthy Public Policy and the World Trade Organization: A Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks, *Health Promotion International*, vol. 13, n° 3, p. 245-256.
- Lassey, Marie L, William R. Lassey et Martin J. Jinks. 1997. *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Lazar, Harvey. 2000. In Search of a New Mission Statement for Canadian Fiscal Federalism, dans *Canada: The State of the Federation 1999-2000*, publié sous la direction de Harvey Lazar, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 3-40.
- Leibfried, Stephan et Paul Pierson, éd. 1995. *Politiques sociales européennes : entre intégration et fragmentation*, Washington, Brookings Institution.
- Maioni, Antonia. 1999. Decentralization in Health Policy, dans *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, publié sous la direction de Robert Young, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, Université Queen's, p. 97-121.
- _____. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton, Princeton University Press.
- Mallory, J. R. 1954. *Social Credit and the Federal Power in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.
- Maslove, Allan M. 1992. Reconstructing Fiscal Federalism, dans *How Ottawa Spends: The Politics of Competitiveness, 1992-93*, publié sous la direction de Frances Abele, Ottawa, Carleton University Press, p. 57-78.
- Matier, Chris, Lisa Wu et Harriet Jackson. 2001. *Analysing Vertical Fiscal Imbalance in a Framework of Fiscal Sustainability*, Ottawa, ministère des Finances. <http://www.fin.gc.ca/wp/2001-23e.pdf> (19 février 2002).
- McBride, Stephen et John Shields. 1997. *Dismantling a Nation : The Transition to Corporate Rule in Canada*, Halifax, Fernwood Pub.
- _____. 1993. *Dismantling a Nation : Canada and the New World Order*, Halifax, Fernwood.

- Mendelsohn, Matthew. 2000. Public Brokerage, Constitutional Reform, Public Participation and the Accommodation of Mass Publics, *Revue canadienne de science politique*, vol. 33, n° 2, p. 245-273.
- Mendelsohn, Matthew et John McLean. 2002a. Getting Engaged: Strengthening SUFA through Citizen Engagement, dans *Building the Social Union: Perspectives, Directions and Challenge*, publié sous la direction de Tom McIntosh, Regina, Canadian Plains Research Centre and Saskatchewan Institute of Public Policy. <http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/papers/index.html> (14 mai 2002).
- _____. 2002b. Reconcilable Differences: Public Participation and Intergovernmentalism in Canada, dans *Federalism and Democracy*, publié sous la direction de Paul Thomas et David Stewart, Winnipeg, University of Manitoba Press. <http://qsilver.queensu.ca/~mattmen/papers/index.html> (14 mai 2002).
- Mendelson, Michael. 1999. The Social Union and Health Care, *Revue canadienne de politique sociale*, vol. 43, p. 1-11.
- Mendoza, Edward M. et Bryn J. Henderson. 1995. *International Health Care : A Framework for Comparing National Health Care Systems : Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan, Mexico, Netherlands, United Kingdom, United States*, Tampa, American College of Physician Executives.
- Ministères des Finances de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. 2001. *Revitalizing Federal-Provincial/Territorial Fiscal Relations. Summary and Recommendations*. <http://www.scics.gc.ca/pdf/850082014.pdf> (19 février 2002).
- Ministre des Finances. Canada. 2002. *L'équilibre budgétaire au Canada: les faits*. http://www.fin.gc.ca/toctf/2002/fbcfacts_f.html (19 février 2002).
- Ministres des Finances des provinces et territoires. 2001. *S'attaquer au déséquilibre fiscal. Rapport des ministres des Finances des provinces et des territoires*. http://www.scics.gc.ca/pdf/fiscal_f.pdf (19 février 2002).
- Ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. 2000. *Comprendre les coûts des services de santé au Canada. Rapport intérimaire*. http://www.gov.on.ca/health/french/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_f.pdf (19 février 2002).
- Mishra, Ramesh. 1999. *Globalization and the Welfare State*. Cheltenham, R.-U., Edward Elgar Publishing.
- Noël, Alain. 2000. Étude générale sur l'entente, dans *L'union sociale canadienne sans le Québec. Huit études sur l'entente-cadre*, publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 19-48.
- _____. 1999. Is Decentralization Conservative? Federalism and the Contemporary Debate on the Canadian Welfare State, dans *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, publié sous la direction de Robert Young, Kingston, Institut des affaires intergouvernementales, Université Queen's, p. 195-225.
- Olson, Mancur. 1971. *Logique de l'action collective*, Paris, Presses universitaires de France, 1987.

- O'Neil, Michael. 1997. Stepping Forward, Stepping Back? Health Care, the Federal Government and the New Canada Health and Social Transfer, *Revue internationale d'études canadiennes*, vol. 15, p. 169-184.
- Organisation mondiale de la santé. 2001. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, France, OMS.
- Ostry, Aleck. 2001. International Trade Regulation and Publicly Funded Health Care in Canada, *International Journal of Health Services*, vol. 31, n° 3, p. 475-480.
- Pal, Leslie A. 2001. *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*, Scarborough, ITP Nelson.
- Phillips, Susan D. 2001. SUFA and Citizen Engagement: Fake or Genuine Masterpiece?, *Policy Matters/Enjeux publics*, vol. 2, n° 7.
- Pierson, Paul rév. 2001. *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- Paul Pierson. 1995. Introduction, dans *European Social Policy*, publié sous la direction de Stefan Liebfried et Paul Pierson, Washington, Brookings Institution.
- _____. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Pierson, Paul et Miriam Smith. 1993. Bourgeois Revolutions? The Policy Consequences of Resurgent Conservatism, *Comparative Political Studies*, vol. 25, n° 4 (janvier), p. 487-520.
- Québec. Commission sur le déséquilibre fiscal. 2002. *Pour un nouveau partage des moyens financiers. Rapport*. http://www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/fr/pdf/rapport_fr.pdf (10 mai 2002).
- Rocher, François. 1992a. La consécration du fédéralisme centralisateur, dans *Les objections de 20 spécialistes aux offres fédérales*, publié sous la direction de Claude Bariteau et coll., Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 87-98.
- _____. 1992b. Quebec's Historical Agenda, dans *Constitutional Politics*, publié sous la direction de Duncan Cameron et Miriam Smith, Toronto, James Lorimer, p. 23-36.
- Roemer, Milton I. 1991. *National Health Systems of the World: Volume One, The Countries*, New York, Oxford University Press.
- Ruggeri, G. C. 2001. *A Federation Out of Balance*. <http://www.scics.gc.ca/pdf/860430004.pdf> (19 février 2002).
- Servais, Jean-Michel. 2001. Reflections on the European Model, *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 56, n° 4, p. 701-719.
- Simeon, Richard. 1972. *Federal Provincial Diplomacy: The Making of Recent Policy in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

- Simeon, Richard et Ian Robinson. 1990. *L'État, la société et l'évolution du fédéralisme canadien*, Toronto, University of Toronto Press.
- Taylor, Malcolm. 1989. Health Insurance: The Roller Coaster in Federal Provincial Relations, dans *Federalism and Political Community*, publié sous la direction de David P. Shugarman et Reg Whitaker, Peterborough, Broadview Press, p. 73-92.
- _____. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Deuxième édition, Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press.
- Trudeau, Pierre. 1968. The Practice and Theory of Federalism, dans *Federalism and the French Canadians*, New York, St. Martin's Press, p. 124-150.
- Tuohy, Caroline. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, New York, Oxford University Press.
- _____. 1989. Health Care in Canada, dans *Challenges to Federalism: Policy-making in Canada and the Federal Republic of Germany*, publié sous la direction de William M. Chandler et Christian W. Zollner, Kingston, Institut des relations intergouvernementales, p. 141-160.
- _____. 1988. Medicine and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective, *Revue canadienne de science politique*, vol. 21, n° 2, p. 267-296.
- Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Wassener, Dietmar. 2002. Federalism and the German Health Care System, dans *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 69-105.
- Weaver, R. Kent et Bert Rockman. 1992. When and How Do Institutions Matter?, dans *Do Institutions Matter : Government Capabilities in the United States and Abroad*, Washington, Brookings Institution, p. 445-461.
- Weir, Richard. 1973. Federalism, Interest Groups and Parliamentary Government: The Canadian Medical Association, *Journal of Commonwealth Political Studies*, vol. 11 (juillet), p. 159-175.
- Wrobel, Marion G. 1994. *Les relations fiscales fédérales-provinciales au Canada: deux propositions de réforme*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire. <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp382-f.htm>. (19 février 2002)