

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 34

Rôles et responsabilités en matière de politique des soins de santé

par

Antonia Maioni, Ph.D.

Université McGill



novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/34-2002F-IN

ISBN 0-662-87892-2

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

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

Table des matières

Points saillants	iv
Sommaire	v
Question 1	1
Diagnostic	1
Analyse	1
Soins de santé et répartition des pouvoirs	1
Définition des rôles du gouvernement fédéral et des provinces en matière de soins de santé	2
Question 2	6
Diagnostic	6
Analyse	6
Accords financiers conclu au cours des années 70	6
<i>La Loi canadienne sur la santé</i>	7
Les accords financiers et l'Union sociale	9
Question 3	12
Diagnostic	12
Analyse	12
Rôles des gouvernements	12
Mécanismes de coopération et accords financiers en vigueur	14
Question 4	19
Diagnostic	19
Analyse	19
Question 5	22
Diagnostic	22
Analyse	22
Notes	24
Bibliographie	25
Appendice : Principaux événements de l'histoire de la législation sur l'assurance-santé au Canada	28

Points saillants

- La période où les *rôles* ont été le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée.
- Historiquement, la transparence n'a pas été une caractéristique des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé, pas plus d'ailleurs que le consensus.
- Le rôle initial du gouvernement fédéral dans la politique de la santé a été celui de catalyseur, de rassembleur et de négociateur dans le contexte des efforts de coopération fédérale-provinciale dans le secteur des soins de santé. Le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser comme stimulant financier pour assurer la diffusion à la grandeur du pays du modèle de soins de santé financés par les deniers publics, en fournissant des munitions à ceux qui appuyaient le projet et une incitation à ceux qui ne le soutenaient pas.
- Au cours des trente dernières années, le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration de la politique de soins de santé est rapidement devenu plus *unilatéral* au niveau des processus et moins *efficace* dans la pratique.
- Les changements observés dans le rôle du gouvernement fédéral sont compatibles avec la tendance générale vers un réaménagement des *accords financiers* d'une façon décentralisée (dans le contexte du remplacement du partage direct des coûts par des subventions globales) mais, contrairement aux autres secteurs de politiques, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une dévolution de l'*espace politique* dans le domaine des soins de santé.
- Il faut apporter des changements afin de réduire minimum les conflits destructeurs dans les relations fédérales-provinciales : le gouvernement fédéral doit agir comme catalyseur plutôt que comme chien de garde, tandis que les gouvernements provinciaux doivent assumer leurs responsabilités de faire des choix politiques dans le secteur des soins de santé.
- Les accords financiers devraient faire en sorte que les gouvernements provinciaux disposent d'une capacité financière viable pour assumer leurs responsabilités dans le domaine des soins de santé, tout en permettant au gouvernement fédéral de jouer un rôle complémentaire.
- Les rôles des deux niveaux de gouvernement sont suffisamment bien définis, mais les responsabilités qui se rattachent à chacun le sont moins.
- Il y a deux « légendes » au sujet des soins de santé au Canada, aussi fausse l'une que l'autre : i) il n'y a qu'un seul « régime national d'assurance-santé » au Canada; ii) les soins de santé sont de compétence purement provinciale et le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer.
- Dans la plupart des provinces, les régies régionales de la santé jouissent d'un pouvoir décisionnel considérable en matière de répartition, d'organisation et de financement des soins de santé, mais la décentralisation et les soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où l'on parvient à un équilibre entre la prise de décision et l'obligation de rendre compte.

Sommaire

Le monde concret de la politique canadienne n'est pas épargné par la confusion. Dans les faits, on s'entend davantage sur la répartition des *rôles* dans le domaine des soins de santé que sur celle des *responsabilités*. Le partage des compétences dans ce domaine contribue, en théorie, à créer l'impression que le Canada est la fédération la plus décentralisée au monde. Mais les normes qui « lient » les systèmes provinciaux de santé sont à la fois plus fragiles et plus robustes que celles des autres pays : plus fragiles parce qu'elles s'appuient sur une législation fédérale qui offre des incitations négatives; plus robustes au sens où elles ne laissent pas beaucoup de place pour l'expérimentation avec des mécanismes du marché privé.

Le fédéralisme canadien a freiné le développement de la politique de la santé mais tout en lui servant de dynamique innovatrice. Sous l'impulsion des provinces, le gouvernement fédéral les a convoquées amenées à ratifier une entente de partage des coûts. L'expérimentation à l'échelle provinciale, la négociation intergouvernementale et les incitations du gouvernement fédéral ont contribué au mécanisme de diffusion d'un régime public d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. Même si la participation fédérale dans les soins de santé s'est limitée surtout à l'utilisation de son pouvoir de dépenser, la répartition des ressources a eu un impact visible sur les politiques des provinces en matière de santé. De fait, on peut considérer les soins de santé comme un exemple de la capacité du fédéralisme à façonner une réforme sociale efficace. Le fédéralisme a servi d'instrument par lequel des notions précises sur le rôle de l'État, les droits sociaux des citoyens et l'équité entre les personnes et les régions ont été intégrées aux programmes sociaux des provinces. Le rôle du gouvernement fédéral n'était pas d'imposer l'uniformité d'une province à l'autre, puisque les régimes provinciaux témoignent d'une certaine diversité qui rend l'innovation possible, mais plutôt de faire en sorte que les provinces appliquent les mêmes « règles du jeu » et que l'argent des contribuables canadiens serve au financement de systèmes d'assurance publics capables de garantir une certaine « égalité » des droits sociaux parmi les citoyens canadiens, sans égard à leur province de résidence.

La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est un exemple du rôle fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé, mais elle a été adoptée au moment même où le gouvernement fédéral entreprenait de se désengager de ses responsabilités financières. À compter de 1984, on observe une baisse continue de l'engagement financier du gouvernement fédéral envers les programmes sociaux des provinces. Les changements apportés à la formule de financement (c'est-à-dire, le FPE en 1977 et le TCSPS en 1996) ont donné aux provinces une plus grande flexibilité pour établir leurs priorités de dépenses, mais ces modifications signifiaient aussi que les provinces étaient responsables des hausses de dépenses en soins de santé et de la répartition des transferts fédéraux entre les segments concurrents du champ plus vaste de la politique sociale.

Les conflits intergouvernementaux sont généralement la norme dans les domaines touchent à la répartition – et à la redistribution – des ressources, mais le ressentiment des gouvernements provinciaux s’est accentué dans les années 90. Durant cette période, le gouvernement fédéral et les provinces semblent avoir pris des voies parallèles en matière de réforme de la santé, au lieu de suivre le modèle coopératif du passé. L’Entente-cadre sur l’Union sociale (ECUS) de février 1999 reconnaissait le bien-fondé d’une plus grande transparence et de consultations plus poussées dans l’élaboration des politiques au niveau intergouvernementale, y compris la résolution des conflits, et les budgets fédéraux de 1999 et 2000 affirmaient l’engagement d’assurer un financement stable pour les soins de santé dans les provinces, en plus d’instaurer des mesures visant à éliminer les disparités interprovinciales. Mais l’ECUS ne reflétait pas pleinement les processus interprovinciaux qui avaient mené à son élaboration, tandis que l’abstention du Québec et l’absence d’un accord sur la délimitation des compétences à l’égard des soins de santé restent des questions non résolues.

La politique des soins de santé peut être établie par les provinces et elle l’est effectivement. Les provinces ont servi de laboratoires pour l’innovation dans le passé et elles continuent à le faire à l’heure actuelle. Mais cela ne signifie pas que le gouvernement fédéral doit – ou devrait être – silencieux dans le domaine de la politique de la santé. Il peut avoir un rôle important à jouer, de concert avec les provinces, en participant à la définition d’une vision à long terme nécessaire pour établir les balises et déterminer les ressources garantissant la viabilité des systèmes de soins de santé à la grandeur du pays. En d’autres termes, le système de santé dans sa totalité peut bénéficier d’une vision d’ensemble de la politique en matière de santé qui comprend l’apport du gouvernement fédéral au niveau global et sa participation dans des domaines précis là où elle est justifiée. Le rôle le plus positif du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé est celui de catalyseur (et non de chien de garde), afin que tous les Canadiens puissent avoir accès à des soins de santé à un coût abordable dans chaque province. Il ne s’ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral peut « garantir » exactement les mêmes prestations de soins à chaque citoyen, parce que son rôle ne consiste pas à « microgérer » le système de soins de santé. Cela ne veut pas dire non plus que la présence fédérale dans le secteur de la santé est synonyme de solutions « uniformes » pour toutes les provinces. Mais il reste que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l’articulation et la promotion du droit aux soins de santé en tant que bien public. Pour ce faire, il doit, sur le plan symbolique, être prêt à articuler et à défendre une vision cohérente et il doit, sur le plan pratique, être disposé à offrir des incitations financières pour que cette vision se reflète dans les régimes provinciaux de santé.

On doit s’attendre à ce qu’il y ait des conflits dans le domaine des politiques de santé, parce qu’il fait intervenir une redistribution des ressources et des risques. Mais des conflits qui ont pour effet de paralyser le dialogue et de saper la confiance de la population ont en définitive des effets néfastes non seulement pour la fédération mais aussi pour la qualité de vie de ses citoyens. Il est étonnant qu’une fédération décentralisée comme le Canada ne possède que peu de mécanismes de coopération intergouvernementale et de résolution de conflits dans le domaine des politiques de santé. En dépit des innombrables querelles financières entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des soins de santé, les batailles politiques dans ce domaine n’ont jamais porté exclusivement sur des questions financières. L’espace politique contesté a souvent été relié aux débats sur le genre de système de soins de santé à privilégier et, de façon plus générale, sur le rôle de l’État dans les soins de santé. Les tentatives en vue de contrôler les

dépenses publiques dans le secteur des soins de santé et l'escalade subséquente des tensions intergouvernementales sur cette question ont donné l'occasion à des intervenants politiques et sociaux qui préconisent une intervention moins grande de l'État de remettre en question la légitimité des normes fédérales et de justifier les initiatives visant à étudier d'autres options en matière de financement des soins de santé.

Si l'objectif ultime du secteur des soins de santé est de préserver son statut de bien public, il serait alors plus avantageux pour le gouvernement fédéral de s'employer davantage à favoriser un consensus au lieu de mettre l'accent sur l'application des règles. En partie, cela veut dire évaluer des solutions de rechange et proposer des limites à ce qui est réalisable et souhaitable dans la réforme des soins de santé. Dans quelles conditions le gouvernement fédéral peut-il encourager des innovations qui n'entrent pas directement en contradiction avec les principes fondamentaux du modèle public? Dans quelle mesure un échange d'information plus structuré est-il nécessaire pour identifier, évaluer – et peut-être même diffuser – les recommandations provenant des commissions d'enquête provinciales, de nouveaux modèles de prestation ou d'initiatives d'expérimentation comme les soins intégrés au Québec, ou de systèmes de soins de santé en Europe et ailleurs? Les preuves montrant que les systèmes de soins de santé publics parviennent à offrir de meilleurs services et à mieux contrôler les coûts, et que les systèmes de soins de santé axés sur la prévention et les soins intégrés réussissent mieux à maintenir la population en santé sont relativement abondantes. S'il veut continuer à jouer un rôle pertinent en matière de politique de santé, le gouvernement fédéral devrait évaluer les preuves disponibles afin de proposer des balises et des repères et contribuer à la réalisation d'une véritable réforme de la santé. À cette fin, une dose de « bonne volonté politique » (à défaut d'une meilleure expression) est nécessaire pour réorienter le dialogue fédéral-provincial sur les soins de santé.

Question 1

Quand les rôles du gouvernement fédéral et des provinces ont-ils été le plus clairement définis? Dans quelle mesure cette transparence était-elle fonction des rôles que chacun des deux intervenants a joué dans le financement du système?

Diagnostic

- La période où les rôles ont été le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée.
- La transparence n'a pas été une caractéristique des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé, même sur le plan du financement du système.

Analyse

Soins de santé et répartition des pouvoirs¹

La répartition des pouvoirs prévue par la *Loi constitutionnelle* de 1867 et celle de 1982 établit les paramètres de la structure fédérale au Canada. Cette législation témoigne d'une tension entre la tendance centralisatrice inhérente aux pouvoirs économiques et résiduaux attribués au gouvernement fédéral et l'effet décentralisateur des vastes responsabilités accordées aux provinces. Cette tension s'est accentuée depuis 1867 pour une multitude de raisons, y compris les interprétations judiciaires favorables aux provinces et l'adoption de la Charte des droits et libertés en 1982. Néanmoins, des périodes de coopération intergouvernementale ont débouché sur d'importantes initiatives en matière de politiques, dont les programmes qui constituent le noyau de l'État providence au Canada.

Les soins de santé constituent un bon exemple de cette dynamique. La *Loi constitutionnelle* de 1867 ne renferme qu'un nombre limité de références précises aux soins de santé mais, depuis lors, les conflits entre les différents niveaux de gouvernement se sont intensifiés avec l'expansion des pouvoirs provinciaux dans des domaines de compétences qui se sont avérés beaucoup plus importants qu'on ne l'avait envisagé dans la *Loi constitutionnelle*. (Mais cela ne signifie pas, comme certains l'ont laissé croire, que si la constitution avait été rédigée en 1982, le pouvoir fédéral aurait hérité de la compétence sur le domaine des soins de santé; l'accent mis sur le principe de la subsidiarité dans l'Union européenne en atteste.) De fait, on considérait en 1867 que les préoccupations soulevées par la santé étaient d'ordre privé plutôt que public et qu'elles s'inscrivaient dans les limites des responsabilités familiales et de celles des établissements de bienfaisance ou des communautés religieuses, de sorte que l'intervention gouvernementale se limitait surtout à des questions d'hygiène publique (Guest, 1997). Néanmoins, avec l'extension progressive des responsabilités de l'État moderne, l'énumération des responsabilités provinciales a mené à une interprétation plus vaste dans le secteur de la santé (Stevenson, 1985). La *Loi constitutionnelle* permet aux législatures provinciales d'adopter des lois en vertu de l'article 92(7) pour « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité », en vertu de l'article 92(13), « l'administration de la justice dans la

province », et en vertu de l'article 92(16), « généralement toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province ».

Même si, formellement, la politique de santé est considérée comme relevant avant tout de la compétence des provinces, le gouvernement fédéral occupe tout de même un espace politique important dans ce domaine. Cet espace est en partie relié aux responsabilités constitutionnelles du gouvernement fédéral en matière de santé publique aux termes de l'article 91(11), ainsi que pour le bien-être général de groupes précis (les « Indiens » et les « étrangers », ainsi que les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces armées). De plus, même si le gouvernement fédéral ne peut adopter de lois touchant directement les systèmes de santé provinciaux, il dispose de ressources financières plus importantes, comme en témoigne les dispositions de l'article 91(3) concernant « le prélèvement de deniers par tous modes ou systèmes de taxation ». Mais par une série de modifications constitutionnelles, une compétence a été créée pour le gouvernement fédéral dans d'autres secteurs de la politique sociale, dont l'assurance-chômage (1940) et une compétence concurrente pour les pensions de vieillesse (1951 et 1964).

La participation du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé s'est surtout confinée à l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser, mais la répartition des ressources financières a bien sûr une incidence sur les politiques provinciales en matière de santé (Tuohy, 1989). Deux exemples relatifs au pouvoir fédéral de dépenser sont ici pertinents. Le premier est l'utilisation des paiements de transfert, par lesquels des fonds fédéraux sont employés pour aider à couvrir une partie des coûts d'un programme provincial. Les premiers programmes de partage des frais de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé en sont des exemples, comme le sont aussi les dispositions plus récentes sur le financement de base, telles que le Financement des programmes établis (qui a servi à assurer le financement des soins de santé et de l'enseignement postsecondaire après 1976) et le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (qui couvre la santé, l'éducation et l'aide sociale depuis 1995). Les paiements de péréquation – deuxième volet du pouvoir fédéral de dépenser – ne visent pas directement le financement des programmes car ils sont versés au compte des recettes générales des provinces. Les paiements de péréquation ont pour but d'aider les provinces dont les économies sont moins vigoureuses à offrir à leur population des niveaux de services de santé et autres comparables à ceux des provinces mieux nanties. Outre ces deux types de subventions aux provinces, le gouvernement fédéral engage aussi des dépenses « directes » dans le domaine des soins de santé par le biais de ses responsabilités à l'égard des Premières Nations et des Inuits, du personnel militaire et de ses programmes de promotion et de protection de la santé et de recherche en santé.

Définition des rôles du gouvernement fédéral et des provinces en matière de soins de santé

Ironiquement, la période où les rôles étaient le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée. Dans une perspective historique, c'est au début du 20^e siècle, période du fédéralisme soi-disant « classique », que les rôles du gouvernement fédéral et des provinces ont été le plus clairement démarqués (Mallory, 1965; Robinson et Simeon, 1990). Pendant les trois premières décennies de ce siècle, deux facteurs ont

été responsables du maintien des « compartiments étanches » délimitant les rôles du gouvernement fédéral et des provinces : i) les gouvernements n'avaient pas encore assumé un rôle important dans le financement de la santé et des services sociaux; ii) le Comité judiciaire du Conseil privé de Londres allait admettre la validité de plusieurs griefs des provinces visant l'intrusion fédérale ou l'expansion de ses activités dans des champs de compétence provinciale.

L'absence de mécanismes pertinents pour mener une action coordonnée est toutefois devenue problématique pendant la Grande Crise des années 30. Le gouvernement fédéral avait ou n'avait peut-être pas la volonté politique d'aller de l'avant dans le domaine de la politique sociale, selon l'interprétation que l'on donne à la *Loi sur le placement et les assurances sociales*, adoptée par le gouvernement conservateur en 1935, ou à l'arrêt du Comité judiciaire du Conseil privé concernant son inconstitutionnalité en 1937 (Smith, 1995). Mais il est évident que les gouvernements provinciaux n'avaient pas les moyens financiers de s'aventurer dans ce domaine. Ainsi, le gouvernement (libéral) de la Colombie-Britannique a adopté une législation sur l'assurance-santé en 1936, mais il lui a été impossible de la mettre en œuvre sans l'aide financière du gouvernement fédéral (Naylor, 1986).

Une nouvelle ère de « fédéralisme coopératif » a débuté avec la création de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (Rowell-Sirois). Dans son rapport publié en 1940, la Commission indiquait que le gouvernement fédéral avait un rôle financier à jouer dans le domaine de la politique sociale, à cause de son pouvoir de dépenser, mais elle réitérait la responsabilité première des provinces pour l'élaboration des systèmes de soins de santé, d'éducation et de bien-être (Smiley, 1962). La coopération en matière de politique de santé allait toutefois prendre beaucoup plus de temps à se développer et elle a donné lieu à d'importantes querelles politiques. Même si le ministère fédéral des Pensions s'était employé à promouvoir activement le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé au cours des années de guerre, comme le firent aussi par la suite le rapport Marsh en 1943 et le Discours du Trône de 1944, aucune mesure de politique concrète ne fut proposée à ce moment (Maioni, 1998). En 1945, le gouvernement fédéral décida de convoquer la Conférence du Dominion et des provinces sur la reconstruction afin d'encadrer les délibérations sur les propositions concrètes de réforme sociale (y compris les soins de santé), mais certaines provinces s'opposèrent à l'« ingérence » fédérale (notamment le Québec et l'Ontario), de sorte que le premier ministre Mackenzie King eut de sérieuses réserves devant la perspective d'empiéter sur les compétences des provinces et de s'engager dans la voie d'une expansion des dépenses dans le domaine social. En 1948, Paul Martin (père) finit par le convaincre d'appuyer le Programme national de subventions pour les soins de santé mais, en l'absence d'autres initiatives fédérales, les provinces commencèrent à exercer leurs prérogatives constitutionnelles et à innover dans le secteur des soins de santé. En voici deux exemples : le gouvernement CCF de la Saskatchewan décida de « faire cavalier seul » (Taylor, 1987) en adoptant une loi qui allait donner naissance en 1946 au premier régime public d'assurance-hospitalisation en Amérique du Nord; entre-temps, le gouvernement conservateur de l'Ontario faisait pression sur le gouvernement fédéral pour qu'il partage les coûts d'un tel programme. L'effet de démonstration exercé par la Saskatchewan, de concert avec les pressions politiques exercées par l'Ontario à la conférence fédérale-provinciale de 1955, ont finalement convaincu le gouvernement St-Laurent de faire adopter la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. Ainsi, sous l'impulsion des provinces, le gouvernement fédéral en est venu à les convoquer et à les convaincre de ratifier une

entente intergouvernementale. Cette législation a permis de mettre en place un régime de partage des coûts à caractère non limitatif, en vertu duquel le gouvernement fédéral remboursait environ la moitié des coûts des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation qui avaient un caractère à la fois *intégral* et *universel*. Dès 1961, toutes les provinces avaient mis en place des régimes d'assurance-hospitalisation conformes à cette entente. Soulignons que le Québec a été la dernière province à ratifier l'entente après la victoire de Jean Lesage en 1960; auparavant, le gouvernement de l'Union nationale avait soutenu que l'assurance-hospitalisation était une question de compétence provinciale et, plus précisément, de responsabilité privée.

L'expérimentation à l'échelle provinciale, les négociations intergouvernementales et les incitations du gouvernement fédéral ont aussi contribué à la mise en place du mécanisme de diffusion du régime public d'assurance-santé. Deux forces ont agi : tout d'abord, le gouvernement néo-démocrate de la Saskatchewan a déposé une législation historique pour instaurer un régime d'assurance-santé public en 1961 (même si son lancement a été retardé par une grève des médecins en 1962); puis, la Commission royale sur les services de santé (Commission Hall) a recommandé en 1964 que le gouvernement fédéral encourage l'application de ce modèle partout au Canada. Lors de la conférence fédérale-provinciale de 1965, le premier ministre Lester Pearson a invité les provinces à examiner les paramètres d'une nouvelle entente permettant au gouvernement fédéral de partager uniquement les frais des services de médecins (et non des autres services de santé) selon une formule à échelle mobile fondée sur la moyenne pancanadienne des coûts de ces services par habitant (Soderstrom, 1978, p. 162-165). Pour assurer une mesure d'uniformité à la grandeur du pays, la *Loi sur l'assurance-maladie* de 1966 stipulait que les programmes provinciaux devaient avoir un caractère *intégral*, *universel* et *transférable*, et être *gérés par le secteur public*. Dès 1971, chaque province avait institué un tel régime, après avoir surmonté de nombreux obstacles politiques. Les dirigeants provinciaux en Alberta et en Ontario se sont objectés à l'adoption d'un régime public d'assurance-santé universel. Ainsi, le gouvernement du Crédit social de l'Alberta préférait son modèle « Manningcare » d'assurance facultative, assorti de subventions publiques pour les pauvres. Pour sa part, le premier ministre conservateur John Robarts de l'Ontario qualifiait la politique fédérale de « fraude politique » (Taylor, 1987). Les gouvernements successifs au Québec ont tenté sans succès de modifier la formule afin de permettre le retrait avec compensation. Même si les recommandations de la Commission Castonguay en faveur d'une assurance universelle jouissaient d'un large appui populaire et politique, le point de friction pour le Québec était la mesure dans laquelle le gouvernement fédéral pouvait utiliser la fiscalité pour financer des programmes dans des domaines de compétence provinciale (Desruisseaux et Fortin).

Les programmes d'assurance de soins médicaux et hospitaliers instaurés partout au Canada au cours de la période du fédéralisme coopératif ont marqué un point culminant dans la capacité du fédéralisme de façonner une réforme sociale efficace. Ce mouvement a été encouragé par le fait que les gouvernements fédéraux ont pu mobiliser et engager les provinces dans le processus de mise en place de la politique sociale. Les responsabilités financières étaient relativement bien définies pendant cette période et l'on a pris soin de préserver l'autonomie perçue des provinces. Les gouvernements provinciaux ont commencé à développer leur capacité administrative en tant qu'« États », aiguillonnées par les responsabilités croissantes du secteur public dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux.

L'émergence d'un exercice plus activiste de la politique sociale par le gouvernement fédéral et les provinces a aussi été favorisée par les opinions politiques dominant la vision du monde au cours de la période de l'après-guerre : les notions keynésiennes concernant le rôle de l'État dans l'économie et les retombées de la reconstruction engendrées par la transition de l'État guerrier à l'État providence dans l'ensemble du monde industrialisé. Cette tendance a été encouragée au Canada par les sociaux-démocrates de gauche et de centre-gauche qui insistaient sur le fait que les soins de santé étaient un bien public, que les gouvernements avaient l'obligation d'assurer une couverture universelle et un accès équitable, et que le rôle du gouvernement fédéral (central) dans le domaine de la politique de santé était celui de protecteur du « droit » aux soins de santé. Le fédéralisme a été l'instrument qui a véhiculé ces notions même si, dans certains cas, l'impulsion sociale-démocrate était déjà évidente (le CCF-NPD en Saskatchewan) ou en voie de se renforcer (l'administration Lesage au Québec); dans d'autres cas (notamment en Alberta), les ressources du Trésor fédéral ont pu faire contrepoids aux idéologies contraires en offrant des solutions de rechange. Une notion supplémentaire était implicite dans la démarche du gouvernement libéral fédéral : les prestations sociales, y compris les prestations en matière de santé, contribuaient à l'équité régionale au Canada et elles étaient le reflet d'une « citoyenneté canadienne commune » (Banting, 1998).

En insistant sur ces conditions et sur la transférabilité des prestations pour tous les Canadiens, le gouvernement fédéral tentait d'éviter que se développe une mosaïque de programmes d'assurance-santé. L'objectif visé n'était donc pas d'imposer l'uniformité d'une province à l'autre, puisque les régimes provinciaux affichaient une certaine diversification, mais plutôt de s'assurer que les provinces appliquent les mêmes « règles du jeu » et que l'argent des contribuables canadiens serve au financement de systèmes d'assurance publics capables de garantir une certaine « égalité » des droits sociaux à tous les Canadiens, peu importe leur province de résidence.

Question 2

Comment le rôle du gouvernement fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé a-t-il évolué au cours des 30 dernières années? Les changements observés dans ce rôle ont-ils été compatibles avec les changements apportés au partage des coûts et aux autres accords financiers?

Diagnostic

- Le rôle du gouvernement fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé est devenu rapidement plus *unilatéral* au niveau des processus et moins *efficace* dans la pratique.
- Les changements observés dans le rôle du gouvernement fédéral sont compatibles avec la tendance générale vers une réorganisation des *accords financiers* d'une façon décentralisée (dans le contexte du remplacement du partage direct des coûts par des subventions globales) mais, contrairement aux autres champs de politiques, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une dévolution de l'*espace politique* dans le domaine des soins de santé.

Analyse

Accords financiers conclus au cours des années 70

Le bref historique présenté ci-dessus met en relief le rôle initial du gouvernement fédéral dans la politique de santé : celui de catalyseur, de rassembleur et de négociateur dans le contexte de la coopération fédérale-provinciale dans le secteur des soins de santé. Le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser comme stimulant financier pour assurer la diffusion à la grandeur du pays du modèle de soins de santé financés par les deniers publics, en fournissant des munitions à ceux qui appuyaient le projet et une incitation à ceux qui ne le soutenaient pas. Il a agi en dépit de l'opposition d'intérêts puissants (y compris les compagnies d'assurance, les milieux d'affaires et la profession médicale), de plusieurs dirigeants provinciaux et d'objections au sein même du Cabinet. En d'autres termes, le gouvernement fédéral a fait preuve d'une volonté politique considérable pour promouvoir un modèle progressif (d'inspiration sociale-démocrate ou de centre-gauche) d'assurance publique des soins médicaux et hospitaliers.

Pourquoi le gouvernement fédéral tenait-il à s'engager de cette façon? Il est vrai que la popularité d'un tel régime public d'assurance était relativement élevée, mais les sondages réalisés au cours des années 50 et 60 indiquaient que les Canadiens étaient encore divisés sur la question de l'assurance privée par rapport à l'assurance publique. Le « consensus » allait se former plus tard, en partie à cause du succès initial des programmes publics des provinces. Dans les faits, le gouvernement fédéral considérait l'assurance-santé comme un avantage social important et il était conscient que toutes les provinces n'avaient pas les moyens financiers de soutenir un tel programme. En optant pour le modèle public, le gouvernement fédéral s'inspirait

des recommandations de la Commission Hall et de l'expérience de la Saskatchewan, et il prêtait une oreille attentive aux éléments progressistes au sein même du Parlement.

Durant une période d'expansion relative sur le plan budgétaire, les avantages politiques pour le gouvernement fédéral étaient considérables : il pouvait « s'attribuer le mérite » de ce qui allait devenir un avantage collectif de plus en plus populaire. Toutefois, devant des contraintes financières de plus en plus fortes et le potentiel inflationniste d'accords de financement à formule non limitative, le rôle du gouvernement fédéral est devenu plus difficile à soutenir. Il a donc entrepris de se désengager en partie de cette obligation, tout en « évitant d'en assumer le blâme » – une stratégie politique souvent plus facile à suivre dans les systèmes fédéraux que dans d'autres types de régime (Weaver, 1996). Des tensions financières entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant les programmes sociaux ont commencé à se manifester presque immédiatement, dans le contexte récessionniste des finances publiques du début des années 70. Après l'exercice de révision de la sécurité sociale entre 1973 et 1976 (qui s'est déroulé en consultation avec les provinces), le gouvernement fédéral a modifié la formule des transferts financiers. En 1977, l'accord de partage des coûts a été remplacé par une nouvelle formule de transferts financiers en espèces et de points d'impôt dans le cadre de l'accord sur le Financement des programmes établis (FPE) pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. Manifestement, cet accord a eu pour effet d'atténuer la surveillance fédérale (fin des vérifications fédérales pour déterminer les frais à partager) et d'accorder aux provinces plus de souplesse dans l'établissement de leurs priorités de dépenses. Mais cette évolution signifiait aussi que les provinces étaient désormais seules responsables des hausses des dépenses en soins de santé et de la répartition des transferts financiers obtenus en vertu du FPE entre les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. En refermant le robinet du financement des soins de santé, le gouvernement fédéral accordait aux provinces une latitude considérable sur la façon de dépenser les sommes reçues, mais il se privait aussi d'un moyen efficace de voir ce qu'elles faisaient de ces sommes et de la visibilité politique liée à sa contribution financière aux soins de santé. L'accord sur le FPE ne comportait aucune condition précise rattachée au fonctionnement du système; les « règles » existantes découlant des lois sur l'assurance des soins médicaux et hospitaliers demeuraient théoriquement en vigueur et applicables à la portion « en espèces » du transfert global (Smith, 1995). La commission d'enquête dirigée par Emmett Hall en 1979-1980 a conclu que les provinces utilisaient les contributions fédérales pour les besoins des soins de santé, mais que le fait de permettre la surfacturation et l'imposition de frais d'utilisation nuisait à la viabilité à long terme de l'assurance-santé publique (le rapport de la Commission royale Hall publié en 1963 était parvenu à la même conclusion) (Taylor, 1991).

La Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 répondait à ces préoccupations et constituait un effort politique de la part du gouvernement fédéral en vue de regagner une certaine visibilité dans le domaine de la politique de la santé. Elle a été contestée par les provinces pour deux raisons. Essentiellement, la nouvelle législation constituait une intégration des lois fédérales existantes sur l'assurance des soins médicaux et hospitaliers, elle instituait un mécanisme permettant au gouvernement fédéral d'imposer unilatéralement des pénalités financières aux provinces et elle reformulait les conditions existantes selon cinq principes : universalité de la

protection, intégralité des services, transférabilité des prestations, gestion publique et égalité d'accès aux soins « selon des modalités uniformes ». Cette disposition était nouvelle et elle visait explicitement à interdire la surfacturation et la perception de droits d'utilisation par l'intermédiaire du mécanisme de la réduction des transferts en espèces. Parmi ces principes généraux, les quatre premiers existaient dans la législation antérieure, mais la LCS insistait sur le fait que l'« objectif premier » de la participation du gouvernement fédéral dans la politique de santé était de « faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ». De plus, pour la première fois, le gouvernement fédéral demandait aux provinces de reconnaître son apport dans le domaine des soins de santé : l'article 13 de la LCS précise cette condition en enjoignant les gouvernements provinciaux « de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province » (Canada, 1985).

Même si la portée juridique de la LCS se limite exclusivement aux transferts en espèces que le gouvernement fédéral est disposé à verser, sa portée symbolique est beaucoup plus vaste. La Loi permet au gouvernement fédéral d'élargir son espace politique dans le domaine des soins de santé en définissant son rôle dans un système de santé « canadien » comme une intervention dont l'incidence globale est supérieure à la somme de ses composantes. Par l'intermédiaire de la LCS, le gouvernement fédéral est parvenu à institutionnaliser sa présence dans la politique de la santé. Et, comme « les politiques permettent de façonner la politique » (Pierson, 1993), la LCS a contribué à façonner l'échiquier politique dans le secteur des soins de santé en établissant les frontières de la réforme de la santé. La présence de la LCS a fait en sorte que le gouvernement fédéral devienne « une figure incontournable » dans l'esprit des citoyens, le porte-étendard et défenseur des soins de santé auprès des Canadiens, au même titre que l'État s'« intègre » à la vie de la société par ses décisions passées en matière de politiques (Cairns, 1986).

La portée de cette loi dépasse de beaucoup l'esprit de la législation de 1957 et de 1966. Comme en 1966, le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral a été utilisé comme stimulant financier pour renforcer le régime public d'assurance-santé. Mais, contrairement à 1966, le processus qui a rendu possible cette législation a été largement critiqué. Les gouvernements provinciaux n'ont pas été invités à participer à cette démarche et la Loi ne renferme aucun mécanisme de résolution des différends qui permettrait un apport des provinces. Le mécanisme qui régit ce processus fonctionne, en théorie, d'une façon bilatérale; mais en pratique, il ressemble davantage à un processus unilatéral où le gouvernement fédéral prend les décisions. Chaque province est tenue de présenter un rapport annuel, y compris un énoncé financier précisant de quelle façon le régime de soins de santé se conforme aux principes de la LCS. Aux termes de l'article 14 de la LCS, si le ministre fédéral de la Santé juge qu'un régime provincial de soins de santé « ne satisfait pas ou plus à l'un ou l'autre des critères », il a le pouvoir d'en aviser le Cabinet et d'ordonner au ministère des Finances de faire des retenues sur les paiements de transfert. Il existe un mécanisme de consultation permettant au ministre d'aviser la province et d'accorder un délai pour tenir des discussions, mais il est le seul habilité à prendre la décision finale d'appliquer des sanctions. Dans certains cas, les gouvernements provinciaux ont consulté le gouvernement fédéral avant d'adopter certaines pratiques, pour ensuite les modifier de façon volontaire afin éviter les pénalités financières. Peu importe qu'il y ait différend ou non, le ministre fédéral de la Santé est perçu comme « juge et jury » par les provinces (Conseil des ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales, 1995).

Les accords financiers et l'Union sociale

La LCS est un exemple du rôle fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé, mais elle a été promulguée au moment même où le gouvernement fédéral entreprenait de se désengager en partie de ses responsabilités financières. En d'autres termes, le gouvernement fédéral tentait de « réaffirmer le pouvoir fédéral » tout en transférant une partie des responsabilités financières aux provinces (Hawkes et Pollard, 1984). À compter de 1984, l'engagement financier du gouvernement fédéral envers les programmes sociaux des provinces a diminué de façon continue, en imposant d'abord des limites aux paiements versés en vertu du FPE puis en remplaçant, en 1996, la contribution fédérale par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Même dans le contexte de la crise financière qui sévissait à l'époque, cette stratégie était une tentative singulièrement audacieuse d'infléchir la réforme sociale. Tout comme au milieu des années 70, cette décision a été prise au milieu d'une récession économique et dans la foulée d'une révision non concluante des programmes de sécurité sociale. Mais, contrairement aux épisodes précédents, les provinces ont été peu consultées ou même averties à l'avance des mesures prévues dans le discours du budget de 1995. Cette façon de faire a été perçue comme un geste unilatéral posé sans la participation des provinces et elle a été largement décriée par celles-ci qui tentaient de combler leurs propres déficits financiers durant les années 90. Le gouvernement fédéral entendait-il utiliser le TCSPS pour déterminer la politique en matière de santé? Il est possible que les provinces aient interprété ce geste comme un signal de mettre de l'ordre dans leurs affaires financières et de contrôler les coûts des soins de santé mais, pour plusieurs provinces, l'« onde de choc » produite par ce changement a eu un effet déstabilisateur sur leur système de santé. Dans l'ensemble, à compter du milieu des années 80 jusqu'au milieu des années 90, le manque de transparence financière a permis au gouvernement fédéral de s'attribuer le mérite d'être le « défenseur » d'une politique sociale populaire (une « vache sacrée », pour reprendre les mots du premier ministre Mulroney), tout en évitant d'être blâmé pour les coûts des rajustements apportés aux paiements et à la prestation des soins de santé dans les provinces.

Techniquement, le gouvernement fédéral peut utiliser son pouvoir de dépenser comme il l'entend. Pour plusieurs, la question fondamentale est la suivante : Le gouvernement fédéral peut-il continuer de récolter les fruits de sa présence dans les soins de santé, tout en réduisant sa responsabilité de contribuer aux coûts associés au maintien d'un système de soins de santé dans les provinces? En d'autres termes, est-il acceptable que le gouvernement fédéral établisse une politique (en finançant les frais de son lancement par l'intermédiaire d'une formule de partage des coûts), et suppose ensuite que les provinces développeront les moyens financiers nécessaires pour soutenir ces coûteux programmes? Pour d'autres, la question est de savoir si les décisions budgétaires n'ont pas contribué de fait à compromettre l'aptitude du gouvernement fédéral à instaurer des politiques en réduisant sa capacité de faire respecter les normes existantes de la *Loi canadienne sur la santé* (Banting, 1995).

Une situation de conflits intergouvernementaux est généralement la norme dans les domaines qui mettent en cause la répartition – et la redistribution – de ressources financières, mais le ressentiment des gouvernements provinciaux s’est accentué au cours des années 90. Une perception d’intransigeance de la part des autorités fédérales et les changements unilatéraux imposés par le biais du TCSPS, les prises de position idéologiques des gouvernements conservateurs activistes en Ontario et en Alberta, les retombées de la politique « mégaconstitutionnelle » qui a permis à des premiers ministres provinciaux d’acquérir la stature de leaders politiques et la « crise de l’unité nationale » engendrée par le référendum sur la souveraineté au Québec sont autant d’éléments qui semblent avoir joué en faveur d’un changement dans les affaires intergouvernementales, en légitimant, en quelque sorte, la recherche d’une autonomie provinciale. Durant cette période, le gouvernement fédéral et les provinces semblent s’être engagés dans des voies parallèles en matière de réforme de la santé, en abandonnant le modèle coopératif du passé. Une bonne partie de cette tension est liée au rôle exclusif que le gouvernement fédéral s’est donné d’occuper le « haut du pavé » dans le débat public, tandis que les provinces sont de plus en plus assiégées par les problèmes qui surgissent quotidiennement « sur le terrain » dans le secteur des soins de santé.

Le refus des provinces de participer au Forum national sur la santé (FNS) est révélateur de la tension considérable qui existait entre les niveaux de gouvernement en matière de politique de la santé. Le FNS a fait lui-même observer que, bien que le gouvernement fédéral soit tenu d’assurer l’intégrité du système canadien de santé, la coopération entre les niveaux de gouvernement devrait être plus institutionnalisée, tandis que le gouvernement fédéral devait cesser d’imposer des réformes aux provinces (Forum national sur la santé, 1997). C’est en partie la perception d’un recours à des tactiques de diversion par le gouvernement fédéral dans le secteur de la politique sociale qui a incité les dirigeants provinciaux (y compris ceux du Québec) à examiner la possibilité de forger une nouvelle « union sociale » interprovinciale. Le rapport du Conseil ministériel aux premiers ministres de 1995 faisait écho aux préoccupations soulevées par les mesures unilatérales du gouvernement fédéral et il recommandait la tenue d’un débat fédéral-provincial pour définir la *Loi canadienne sur la santé*, des consultations fédérales-provinciales pour interpréter la LCS et résoudre les différends au sujet de son interprétation, ainsi que l’établissement d’une base de financement prévisible pour les soins de santé au moyen d’une garantie à l’effet que les coupures dans les transferts aux provinces ne devraient pas dépasser celles appliquées aux dépenses fédérales. Lors de la conférence des premiers ministres de 1996, un Conseil provincial-territorial du renouvellement de la politique sociale a été créé avec pour mandat d’examiner les moyens par lesquels les provinces pourraient participer davantage à l’établissement des normes et comment l’on pourrait mettre fin à l’« unilatéralisme fédéral ». Le rapport du Conseil de 1997 insistait sur la nécessité d’un apport des provinces à la détermination et à l’application de principes « communs », l’établissement de règles de procédure de base en matière de coopération intergouvernementale, ainsi que l’élaboration de nouveaux mécanismes conjoints de résolution des différends. Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (à l’exception de celui du Québec) ont signé un document de « Vision » en janvier 1997, dans lequel ils notaient qu’un partenariat efficace entre le gouvernement fédéral et les provinces comporterait « des transferts en espèces suffisants, prévisibles et stables » et de nouveaux mécanismes structurés pour assurer une plus grande transparence et moins d’ambiguïté en matière de règlement des différends. À la conférence d’août 1998 à Saskatoon, il est apparu que les provinces (encore une fois sans le Québec) étaient parvenues à une entente historique sur

la façon d'adapter les processus intergouvernementaux pour tenir compte des intérêts et des besoins des provinces (voir la chronologie dans Stilborn et Asselin, 2001).

Au cours de ce processus remarquable, les provinces ont démontré qu'il pouvait y avoir une base de coopération sans la présence d'un gouvernement fédéral au comportement « hégémonique » (un terme emprunté aux relations internationales) – une notion qui a une résonance particulière dans l'optique de la LCS (Maioni, 1999). Le gouvernement fédéral s'est finalement joint à ce processus avec la signature (sans le Québec) de l'Entente-cadre sur l'Union sociale (ECUS) en février 1999. Bien que de portée très vaste, les dispositions de l'ECUS étaient pertinentes pour la politique de la santé et elles visaient, dans une large mesure, à réduire certaines tensions intergouvernementales dans ce secteur. L'entente reconnaissait la nécessité d'une plus grande transparence et de consultations plus poussées dans l'élaboration des politiques au niveau intergouvernemental, y compris la résolution des différends. Le budget fédéral de 1999, dévoilé une semaine plus tard, renfermait un engagement d'accorder un financement stable aux provinces pour les soins de santé et prévoyait l'instauration de mesures visant à éliminer les disparités interprovinciales. Mais l'ECUS ne reflétait pas pleinement les processus interprovinciaux qui ont mené à son élaboration. L'entente de 1998, avec ses dispositions concernant la non-participation aux programmes fédéraux de dépenses sociales, n'a pas été intégrée à l'ECUS – une décision qui a coûté au processus l'appui du Québec et toute perspective de parvenir à délimiter les compétences dans le secteur des soins de santé (Noël, 2000). Bien sûr, l'ECUS n'a pu résoudre les problèmes, comme on a pu l'observer en août 1999 lors de la conférence des premiers ministres des provinces, qui s'est penchée sur la viabilité du financement des soins de santé, un thème qui a été repris l'année suivante lorsque ces derniers ont exprimé leurs préoccupations au sujet du « déséquilibre fiscal vertical » entre les provinces et le gouvernement fédéral qui bénéficiait d'un surplus budgétaire. Le financement accru annoncé dans le budget fédéral de 1999 et l'entente de septembre 2000 sur le financement des soins de santé a permis d'augmenter les transferts aux provinces par l'intermédiaire du TCSPS, mais les provinces ont continué d'exprimer leur inquiétude concernant leur capacité financière d'assumer des responsabilités croissantes pour la gestion des coûts des soins de santé.

Question 3

Quels objectifs du système de santé pourraient être favorisés par des changements aux rôles des niveaux supérieurs de gouvernement² au chapitre de l'élaboration de la politique des soins de santé? Comment ces rôles devraient-ils être modifiés et quels accords financiers faudrait-il changer pour que cela se produise?

Diagnostic

- Il faut apporter des changements pour réduire au minimum les conflits destructeurs et le climat politique toxique qui empoisonnent les relations fédérales-provinciales : le gouvernement fédéral doit servir de catalyseur et non de chien de garde, tandis que les gouvernements provinciaux doivent assumer leurs responsabilités de faire des choix politiques dans le secteur des soins de santé.
- Les accords financiers devraient être conçus de manière à ce que les gouvernements provinciaux disposent d'une capacité financière durable pour s'acquitter de leurs responsabilités dans le domaine des soins de santé, tout en permettant au gouvernement fédéral de jouer un rôle complémentaire.

Analyse

Rôles des gouvernements

On peut soutenir qu'en termes comparatifs, le système canadien des soins de santé est l'un des plus décentralisés du monde industrialisé ou, du moins, des pays de régime fédéral (Banting et Corbett, 2001). Dans la plupart des autres pays industrialisés, les gouvernements, tant de type fédéral que de type centralisé ou unitaire, sont généralement responsables d'une certaine harmonisation financière et d'une forme de surveillance pour garantir des prestations sociales à leurs citoyens. Mais, dans la plupart de ces pays, il existe aussi, à divers degrés, un marché privé pour les soins de santé, y compris pour les services médicalement nécessaires. Les normes qui « lient » les systèmes provinciaux de soins de santé sont à la fois plus fragiles et plus robustes que celles des autres pays industrialisés : plus fragiles parce qu'elles s'appuient sur une législation fédérale qui fournit des incitations négatives; plus robustes au sens où elles ne laissent pas beaucoup de place à l'expérimentation avec des mécanismes de marché privé. Dans la plupart des régimes fédéraux, le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de l'établissement de normes pour les soins de santé est mieux enchâssé, sur le plan tant constitutionnel qu'historique.

Néanmoins, il est manifeste que les provinces sont responsables en premier lieu de l'établissement de la politique de santé au Canada, en théorie et en pratique. La publication récente de plusieurs rapports de commissions provinciales d'enquête permet de confirmer que les provinces ont développé les moyens administratifs et les connaissances spécialisées nécessaires à la gestion efficace des systèmes de soins de santé. Il n'y a pas de doute que le gouvernement fédéral est plus actif dans le domaine des soins de santé qu'il ne l'était, il y a 40 ans – il s'est donné un rôle plus visible dans ce domaine – mais les gouvernements provinciaux occupent

aussi un espace devenu très vaste dans ce champ de politiques. Ils sont responsables du segment très coûteux de l'exécution des programmes et font face aux réalités quotidiennes sur le terrain qui les obligent à déterminer comment ils peuvent régler le plus efficacement possible les problèmes urgents d'organisation et de financement des services destinés à leurs citoyens. Compte tenu des pressions grandissantes que subit le système de santé – y compris les pressions démographiques, l'escalade des coûts dans le secteur des médicaments et les technologies nouvelles – il n'est pas étonnant que les gouvernements provinciaux s'inquiètent de leur capacité à long terme de payer pour les services de santé, notamment lorsqu'on les considère dans le contexte d'autres besoins pressants en éducation et dans les services sociaux.

La politique des soins de santé peut être établie par les gouvernements provinciaux et elle l'est de fait. Les systèmes provinciaux de soins de santé – et la protection qu'ils offrent aux résidents – sont gérés publiquement par les ministères provinciaux ou réglementés par leurs organismes publics. Chaque système de santé provincial est régi par une législation provinciale, non par une législation fédérale. Les provinces définissent les services médicalement nécessaires, elles négocient les barèmes d'honoraires à verser aux professionnels de la santé et elles établissent des « budgets globaux » pour les établissements de soins de santé. Une lecture rapide des lois provinciales sur la santé indique que, malgré certaines divergences au niveau de la protection, 100 p. 100 de la population admissible est assurée pour toutes les interventions médicalement nécessaires – et, jusqu'à ce jour, selon des modalités et des conditions semblables. Et toutes les réformes récentes – de la fermeture d'hôpitaux dans des grandes villes au Projet de loi 11 en Alberta – résultent de décisions provinciales pour lesquelles les gouvernements provinciaux sont redevables devant leurs électeurs.

Mais il ne s'ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral doit ou devrait être silencieux dans le domaine de la politique de la santé. Les soins de santé constituent un domaine dont la facture est onéreuse dans l'optique des relations entre les citoyens et l'État, tant sur le plan de l'engagement important de ressources financières requises par ces services que sur celui de l'impact direct qu'ils exercent dans la vie des gens. Le gouvernement fédéral peut avoir un rôle important à jouer, *de concert avec les provinces*, en participant à la définition d'une vision à long terme pour baliser et déterminer les ressources nécessaires pour assurer la viabilité des systèmes de soins de santé au Canada. En d'autres termes, le système de santé peut globalement bénéficier d'une vision de la politique de la santé qui comprend un échange de points de vue et de réflexions. Le rôle le plus positif pour le gouvernement fédéral dans le secteur de la santé est celui de *catalyseur* (et non de chien de garde) pour que tous les Canadiens puissent avoir accès à des soins de santé à coût abordable dans chaque province. Le gouvernement fédéral peut aussi continuer d'investir dans son champ de compétence en matière de santé publique par le biais de la promotion de la santé de la population et des déterminants sociaux de la santé dans les réformes provinciales de la santé (voir, par exemple, Glouberman, 2001). Ainsi, plusieurs recommandations du rapport Clair au Québec sont fondées sur un modèle intégré de santé et de services sociaux, orienté explicitement vers la promotion de la santé et la continuité des soins.

Il ne s'ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral peut « garantir » exactement la même prestation de soins de santé à chaque citoyen, parce que son rôle ne consiste pas à « microgérer » le système de santé. Dans les faits, le gouvernement fédéral ne peut pas être

l'arbitre dans les dossiers des patients individuels. Il ne s'ensuit pas non plus que la présence fédérale dans les soins de santé est synonyme de solutions « uniformes » dans les provinces. Mais il demeure que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'articulation et la promotion du droit à des soins de santé financés par les fonds publics. À cette fin, le gouvernement fédéral doit, en termes symboliques, être prêt à articuler et à défendre une vision cohérente et il doit, en termes pratiques, être disposé à offrir des incitations pour que cette vision se reflète dans les régimes provinciaux de santé. Le gouvernement fédéral peut retirer des avantages considérables de la dimension symbolique de son rôle mais, pour ce faire, il doit aussi être prêt à investir dans le produit.

Sur cette toile de fond, l'appel de l'Association médicale canadienne en faveur d'une charte de la santé est à la fois ironique et intéressant (*Globe & Mail*, 8 avril 2002). Cet appel fait écho, près de 40 ans plus tard, à la recommandation du rapport Hall de 1964 concernant l'adoption d'une « Charte de la santé pour les Canadiens » fondée sur des services de santé universels, complets et financés par l'État, une proposition qui fut vertement critiquée à l'époque par la profession médicale. Mais le message implicite selon lequel les soins de santé doivent avoir un caractère plus centralisé – le gouvernement fédéral doit en un sens « renforcer » son rôle dans l'établissement de la politique de santé – n'est peut-être pas le meilleur scénario pour opérer une réforme des soins de santé. Une bonne partie du discours qui entoure cette idée de charte laisse entendre que le gouvernement fédéral doit « protéger » les Canadiens face aux gouvernements provinciaux – un argument dangereux dans le contexte d'un dialogue démocratique, même s'il ne vise qu'un effet symbolique. En supposant que cette proposition ait une dimension pratique, l'autre question évidente est de savoir comment cette charte pourrait être mise en application. La *Loi canadienne sur la santé* ne prévoit pas un tel mécanisme, et on ne peut pas s'attendre non plus que le gouvernement fédéral, au 21^e siècle, applique des mesures punitives dans le domaine de la santé. Ainsi, dans l'Union européenne, la Charte des droits fondamentaux inclut le droit pour les gens d'avoir accès aux soins de santé aux conditions fixées par les législatures nationales, et la politique de santé demeure un domaine jalousement gardé par les États membres dans l'optique tant du financement que du contexte des décisions de réglementation.

Mécanismes de coopération et accords financiers en vigueur

Les questions fondamentales qui animent les débats concernant la coopération et les conflits dans le domaine des soins de santé sont les suivantes : Quel est le rôle de chaque ordre de gouvernement dans les soins de santé? Quelle est la responsabilité de chacun en ce qui concerne la santé personnelle des Canadiens? Les différends dans une société politique démocratique ne sont pas nécessairement une mauvaise chose et il faut s'attendre à des conflits dans le secteur des soins de santé, qui met en cause une redistribution des ressources et des risques (Evans, 1990). Mais des différends qui ont pour effet de paralyser le dialogue et de compromettre la confiance de la population ont, en définitive, des conséquences néfastes, non seulement pour la fédération mais aussi pour la qualité de vie de ses citoyens. Il est pour le moins abusif de transformer une question aussi vitale que les soins de santé en un ballon politique dans des manœuvres de diversion intergouvernementales, et il est encore plus répréhensible de le faire lorsqu'on songe que ce jeu met en cause la vie et le bien-être des gens, pour ne pas mentionner leurs impôts.

Il est curieux qu'une fédération décentralisée comme le Canada ne possède que peu de mécanismes de coopération intergouvernementale et de résolution de conflits dans le domaine de la politique de santé. De nombreux comités consultatifs intergouvernementaux sur la santé fonctionnent déjà à l'échelle des ministres, des sous-ministres et des gestionnaires. De plus, les ministres provinciaux de la Santé se rencontrent officiellement entre eux deux fois l'an, et avec leur homologue fédéral, après des rencontres de leurs sous-ministres, dans le contexte du « système » de conférences fédérales-provinciales-territoriales sur la santé. Ces échanges ont eu une incidence importante sur les politiques liées à certains programmes (comme le contrôle du tabagisme et les questions de réserves de sang) et groupes démographiques (comme la santé des femmes et des enfants), mais ces rencontres et ces comités intergouvernementaux ne sont pas devenus des forums propices au règlement des préoccupations vastes et urgentes soulevées par le financement et la restructuration des soins de santé (O'Reilly, 2001).

Ces dernières années, les conférences des premiers ministres ont été dominées par une guerre de mots entre les provinces et le gouvernement fédéral sur les conditions financières très serrées qui prévalent dans le secteur des soins de santé. Au cours des dernières années, le scénario a consisté à utiliser ces instances du « fédéralisme exécutif » pour publiciser les revendications et imputer le blâme, ce qui a envenimé les « querelles stériles » (Romanow, 2002) à distance pour les transformer en engueulades et menaces face-à-face.

Un mouvement s'est amorcé dans la foulée des recommandations de l'ECUS pour envisager la mise sur pied d'un groupe de médiation indépendant qui permettrait un apport provincial plus important en vue de résoudre les différends concernant l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* (Mahoney et Laghi, 2002). Mais la capacité de mettre en application la LCS, une législation fédérale, demeure entre les mains du gouvernement fédéral, de sorte que les décisions finales du groupe de médiation n'auraient pas force exécutoire. Cette initiative ne contribuerait pas non plus à résoudre le problème suscité par le fait que le Québec n'a pas signé l'ECUS. En somme, la résolution des différends par l'intermédiaire de l'ECUS ne représente que la pointe de l'iceberg en matière de conflits fédéraux-provinciaux dans le domaine des soins de santé.

En réalité, le point de mire que constitue la LCS en tant que source de mécontentement dans les débats sur les soins de santé contribue à détourner l'attention des besoins réels et urgents d'une réforme véritable du secteur des soins de santé dans toutes les provinces. Les critiques présentent la LCS comme l'obstacle à une réforme des soins de santé, tandis que ses partisans la considèrent comme un rempart contre l'assaut de la privatisation. Mais la LCS ne possède pas ces pouvoirs magiques. À son niveau le plus fondamental, elle offre un ensemble d'incitations négatives liées aux transferts financiers du gouvernement fédéral. L'incidence de ces pénalités a été minime jusqu'à ce jour, ce qui signifie qu'elles fonctionnent davantage comme un élément de dissuasion ou qu'il est préférable de jauger leur incidence sous l'angle de la « voie d'évitement politique » du ressentiment populaire (Stilman, 1997). Dans les faits, le principal architecte de la *Loi canadienne sur la santé* – l'ancienne ministre de la Santé, Monique Bégin – affirme que même si la LCS a contribué à enraciner l'assurance-santé publique dans le « psyché » des Canadiens, le moment est venu d'envisager une révision de cette loi pour s'attaquer aux problèmes de la modernisation des soins de santé et des obstacles en matière de gouvernance et de mise en œuvre d'une réforme de la santé, et de remédier au caractère « antagoniste et arbitraire » du processus d'application de la LCS (Bégin, 2002).

Le problème politique n'est pas tant relié à l'existence de la LCS qu'à la façon dont elle est employée pour orienter le débat politique autour de la réforme des soins de santé. De fait, les délibérations intergouvernementales sur les soins de santé ont été entravées par l'accent mis constamment sur une législation qui régit les programmes de transferts fiscaux, ce qui a rendu difficile, voire impossible, une réflexion cohérente sur les questions de gouvernance et de viabilité à long terme des soins de santé. Les politiciens fédéraux ont pris l'habitude de la brandir comme s'il s'agissait des « dix commandements », en utilisant l'argument financier pour intervenir dans un domaine de compétence provinciale, tandis que des politiciens provinciaux ont allégué qu'elle entravait la capacité de relever les enjeux véritables et de s'engager sur des voies de réforme novatrices. L'accent mis sur la LCS et ses effets « punitifs » – véritables ou imaginaires – ont contribué à créer un climat politique dysfonctionnel (certains diraient toxique) autour des soins de santé au Canada.

On peut soutenir que l'accent mis sur les services « médicalement nécessaires » a eu tendance à canaliser des ressources vers les soins actifs au détriment de la santé dans son ensemble, mais la LCS n'empêche pas les provinces de financer les soins à domicile ou de couvrir le coût des médicaments, par exemple. Les éléments dissuasifs de la LCS – en raison de l'accent qu'elle met sur la gestion publique et l'égalité d'accès – ont plutôt été orientés en bonne partie vers des solutions de remplacement du marché privé. L'enchevêtrement des conflits concernant le palier de gouvernement responsable du contrôle des coûts et la mesure dans laquelle les préférences du gouvernement fédéral peuvent faire obstruction aux choix des provinces en matière de politique de santé ont contribué à ouvrir l'espace politique en permettant à ces solutions de rechange de marquer des progrès sur le plan politique.

L'une des solutions envisagées pour corriger le déficit démocratique perçu dans les relations intergouvernementales (Simeon et Cameron, 2002) serait de favoriser une plus grande « mobilisation des citoyens » – un processus par lequel les gouvernements encouragent les citoyens à participer à l'élaboration des politiques (Abele et coll., 1998). L'ECUS fait notamment référence à la participation des Canadiens à « l'élaboration des priorités sociales » par l'intermédiaire d'une mobilisation des citoyens. Les allusions récentes à la participation des citoyens au système de santé au niveau de la « surveillance » de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ne s'inscrit pas exactement dans le même ordre d'idée. La participation des citoyens ne devrait pas non plus servir de stratagème pour se soustraire davantage à la responsabilité de faire des « choix difficiles » – qui incombe en bout de ligne aux décideurs du secteur public (Lomas, 1997). Le recours par la Commission Romanow à un processus de recherche consultative pour « dialoguer avec les citoyens » pourrait ouvrir une nouvelle piste de mobilisation des citoyens en demandant aux participants d'envisager et d'étudier des scénarios de changement concrets. Pour que ces pratiques soient véritablement efficaces, il faudra toutefois qu'elles s'accompagnent de dialogues correspondants entre les responsables gouvernementaux; ces dialogues ne devraient pas se limiter à des enjeux précis (comme dans le cas du système de conférences fédérales-provinciales-territoriales) ni ne devraient devenir des monologues sur le thème de l'argent et des pouvoirs.

La Commission Séguin, mise sur pied par le gouvernement du Québec pour étudier le déséquilibre fiscal entre les surplus du gouvernement fédéral et les besoins budgétaires pressants des provinces, a recommandé une réforme plus draconienne : régler à sa source même le conflit

intergouvernemental en accordant aux provinces un espace fiscal pour remplacer les transferts conditionnels en espèces du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Selon ce scénario, la controverse entourant le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral perdrait tout intérêt pratique dans le secteur des soins de santé, si l'on donnait aux provinces une capacité fiscale élargie pour établir leurs propres priorités en matière de politique de santé. Le rapport fait une critique cinglante de la négligence du gouvernement fédéral à l'égard des besoins financiers des provinces, mais il tranche le débat sur les rôles et les responsabilités en proposant que les provinces aient l'exclusivité des politiques dans le domaine de la santé. Bien que cela soit moins pertinent pour le gouvernement du Québec, une version antérieure de ces arguments, employée par l'Ontario, affirmait que l'on pourrait sauvegarder l'union sociale en remplaçant le rôle de « chien de garde » d'Ottawa par un « accord » interprovincial (Courchene, 1996). Mais il est loin d'être sûr que les gouvernements provinciaux, avec des priorités politiques et des passés idéologiques différents, fondés sur des conditions économiques et sociales distinctes, réussissent à partager des normes semblables en matière de soins de santé en l'absence d'incitations.

En dépit des innombrables querelles financières entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des soins de santé, les luttes politiques dans ce domaine n'ont jamais porté *exclusivement* sur des questions financières. Au cours des soixante dernières années, les divergences répétées entre le gouvernement fédéral et certaines provinces ont englobé des luttes idéologiques concernant l'assurance publique et universelle par rapport à l'assurance privée et facultative (historiquement, la préférence des gouvernements « fiscalement » conservateurs des provinces « mieux nanties », comme l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique). L'espace politique contesté de la politique de santé est souvent relié à des débats sur le *type* de système de soins de santé à privilégier et, de façon plus générale, sur le rôle de l'*État* dans les soins de santé. Les tentatives de contrôle des dépenses publiques dans le secteur de la santé et l'escalade subséquente du conflit intergouvernemental sur cette question ont donné l'occasion à des intervenants politiques et sociaux qui préconisent une intervention moins poussée de l'État de remettre en question la légitimité des normes fédérales et de justifier les initiatives visant à examiner d'autres options de financement des soins de santé.

Les provinces ont servi de laboratoires pour l'innovation dans le passé et elles continuent de remplir cette fonction à l'heure actuelle. Mais, ce n'est plus une province relativement moins nantie dirigée par un gouvernement social-démocrate, comme la Saskatchewan, ni un gouvernement qui cherche à faire entrer l'État dans la modernité, comme le Québec, qui sont à l'avant-garde des changements dans les soins de santé. Il n'est pas superflu de souligner que les solutions les plus novatrices proposées à l'heure actuelle au Canada émanent de provinces « mieux nanties » dirigées par des gouvernements fiscalement plus conservateurs, dont les programmes de réforme de la santé visent une plus grande flexibilité du modèle public. En d'autres termes, les gouvernements provinciaux qui s'expriment le plus énergiquement sur les changements à apporter au partage fiscal et au rôle du gouvernement fédéral sont ceux qui sont les moins touchés par son resserrement des cordons de la bourse fiscale. L'exception est le Québec, où le gouvernement actuel nourrit moins de griefs idéologiques à l'égard du modèle public (solidarité et égalité, non pas vitesse et qualité, sont les mots d'ordre du rapport de la Commission Clair) et affiche un penchant constitutionnel envers une plus grande souveraineté pour les politiques dans le domaine de la santé. Dans le cas du Québec, la question des compétences domine le débat : la mesure dans laquelle les provinces peuvent opter pour ne pas

participer à des ententes fédérales-provinciales sur le partage des coûts en échange d'une compensation financière, et la mesure dans laquelle un « déséquilibre fiscal » entre le gouvernement fédéral et les provinces menace l'aptitude des provinces à offrir des services optimaux à leurs résidents en matière de santé et de services sociaux.

Question 4

Qu'est-ce qui fonctionne le mieux³ – une compétence partagée et une coopération au niveau des rôles à assumer, ou une attribution précise des rôles à l'un ou l'autre des ordres de gouvernement?

Diagnostic

- Les rôles des deux ordres de gouvernement sont suffisamment bien définis, mais ce qui est moins clair, ce sont les responsabilités qui se rattachent à chacun.
- Il y a deux « légendes » concurrentes sur les soins de santé au Canada, tout aussi trompeuse l'une que l'autre : i) il n'y a qu'un seul « régime national d'assurance-santé » au Canada; ii) les soins de santé sont une question de compétence purement provinciale et le gouvernement fédéral n'y a aucun rôle à jouer.

Analyse

Le fédéralisme est un régime politique où le pouvoir est réparti par la Constitution entre les ordres de gouvernement et où ces derniers ont une incidence sur la vie économique et sociale des citoyens (Smiley, 1987). Dans un monde idéal et exempt de friction, on peut affirmer que le fédéralisme est un système de compartiments étanches où chaque ordre de gouvernement assume ses propres compétences. Mais le monde concret de la politique canadienne n'est pas épargné par la confusion. À vrai dire, on s'entend davantage sur la répartition des *rôles* dans le domaine des soins de santé que sur celle des *responsabilités*. À qui revient-il de rendre des comptes? À qui revient la tâche d'assurer la viabilité du système de soins de santé?

Il existe au moins deux légendes trompeuses sur le fédéralisme et les soins de santé au Canada. Selon la première, il existe un « régime national d'assurance-santé » ou un système d'« assurance-soins médicaux » au Canada. Dans les deux cas, cette terminologie est importée des États-Unis et elle fait référence aux débats historiques et courants dans ce pays sur l'extension universelle de la couverture des services de santé au moyen d'une législation fédérale et du programme d'assurance-maladie pour les personnes âgées, financé et géré par le gouvernement fédéral. Au Canada, le gouvernement fédéral ne remplit manifestement pas ce rôle; il n'existe pas de « système canadien » de soins de santé; nous avons plutôt des systèmes de soins de santé réglementés par les provinces et financés par des fonds publics, avec une contribution financière du gouvernement fédéral liée au maintien de certaines normes de compatibilité entre les provinces. En ce sens, on peut considérer le modèle « canadien » de soins de santé comme une mosaïque de dix régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux d'assurance-santé, qui se ressemblent par l'adhésion à certaines « normes ». Il s'agit de normes de comportement qui reflètent un certain code de conduite mais, pour être opérantes, ces normes doivent être imposées d'une façon quelconque : officiellement, dans un rapport de pouvoir où un intervenant ou un ensemble d'intervenants peut appliquer des mesures de représailles ou, officieusement, par des moyens non obligatoires mais évoquant un certain type de sanctions. Il est difficile de juger, à l'heure actuelle, de la mesure dans laquelle les principes de la

Loi canadienne sur la santé sont des normes auxquelles les gouvernements provinciaux, les prestataires de soins de santé et même les citoyens souscriraient dans des conditions différentes de celles qui prévalent.

Selon la deuxième « légende », les soins de santé sont une affaire purement provinciale où le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer. Les soins de santé sont devenus l'un des principaux symboles de la participation de l'État moderne à la vie sociale, consistant à « protéger » le bien-être des citoyens. La participation aux soins de santé représente essentiellement une façon par laquelle l'État peut contribuer à établir les frontières du consensus social. Cela contribue en retour à légitimer le rôle de l'État dans la vie économique et sociale des citoyens. Donc, les arguments contre l'« ingérence » fédérale repose sur des hypothèses touchant à l'autonomie en matière de compétence – quel niveau de gouvernement devrait être responsable – (selon les voix qui se font entendre au Québec) ou aux limites de l'intervention de l'État dans la vie des citoyens – l'État devrait-il avoir cette responsabilité au départ – (selon le discours des gouvernements conservateurs et néo-libéraux).

Dans les *Federalist Papers*, James Madison a fait valoir que les intérêts « généraux » devraient être confiés au gouvernement central, tandis que les intérêts « particuliers » demeurerait la prérogative des gouvernements sous-nationaux ou locaux. La véritable question que soulève cette dichotomie est de savoir si les soins de santé peuvent être considérés comme étant du ressort des gouvernements provinciaux ou s'ils doivent être intégrés à une vision plus large de l'intérêt public. Si les soins de santé font partie de l'intérêt général, le gouvernement fédéral a alors un rôle à jouer – mais il a aussi une responsabilité – pour s'assurer que ces services soient disponibles pour ses citoyens. La politique de santé impose une énorme responsabilité à l'État moderne, une responsabilité que plusieurs gouvernements trouvent difficile à assumer. L'élaboration de systèmes de soins de santé provinciaux à caractère public et universel n'aurait pas été possible au Canada sans la participation du gouvernement fédéral. De même, le modèle actuel n'est pas viable – politiquement et financièrement – sans la participation du fédéral, tant sur le plan de sa capacité fiscale que sur celui du recours aux leviers fiscaux pour promouvoir le modèle public. Manifestement, les provinces n'ont pas prévu que le gouvernement fédéral ne ferait que couvrir les coûts de lancement de cette entreprise gigantesque; elles escomptaient plutôt un engagement soutenu de sa part à l'égard de ces coûteux programmes.

Si l'objectif ultime du secteur des soins de santé est de maintenir son statut de bien public, il serait alors plus avantageux pour le gouvernement fédéral de s'efforcer de favoriser un consensus au lieu de mettre l'accent sur l'application des règles. Cette tâche consiste en partie à évaluer des solutions de rechange et de proposer des limites à ce qui est réalisable et souhaitable dans la réforme des soins de santé. Dans quelles conditions le gouvernement fédéral peut-il encourager des innovations qui ne sont pas tout à fait en contradiction avec les principes fondamentaux du modèle public? Dans quelle mesure un échange d'information plus structuré est-il nécessaire pour identifier, évaluer – et peut-être même diffuser – les recommandations émanant des commissions d'enquête provinciales, de nouveaux modèles de prestation ou d'initiatives d'expérimentation comme les soins intégrés au Québec, ou de systèmes de soins de santé en Europe et ailleurs? Les preuves montrant que les systèmes de soins de santé publics parviennent à offrir de meilleurs services et à mieux contrôler les coûts, et que les systèmes de

soins de santé axés sur la prévention et les soins intégrés réussissent mieux à maintenir la population en santé sont relativement abondantes. S'il veut conserver un rôle pertinent en matière de politique de la santé, le gouvernement fédéral devrait s'employer à évaluer les preuves disponibles afin de proposer des balises et des repères et d'aider à développer la capacité nécessaire pour opérer une véritable réforme de la santé. À cette fin, une dose de « bonne volonté politique » (à défaut d'une meilleure expression) est requise pour réorienter le dialogue fédéral-provincial sur les soins de santé.

Question 5

Quels rôles faudrait-il considérer pour les autres ordres de gouvernement (municipalités, régies régionales de la santé)? Quels objectifs les changements proposés devraient-ils atteindre?

Diagnostic

- Dans la plupart des provinces, les régies régionales de la santé jouissent d'un pouvoir décisionnel considérable au chapitre de la répartition, de l'organisation et du financement des soins de santé.
- Décentralisation et soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où un équilibre peut être atteint entre la prise de décision et l'obligation de rendre compte.

Analyse

La plupart des provinces ont procédé à une décentralisation de la répartition des ressources dans le domaine des soins de santé en créant des conseils régionaux de la santé (certains sont élus, d'autres nommés, et d'autres encore combinent les deux formules). Ces initiatives visent à transférer des pouvoirs des ministères provinciaux de la santé à des organismes régionaux ou locaux disposant d'une certaine latitude dans la répartition des ressources consacrées aux soins de santé. Ce processus vise aussi à encourager un financement axé sur la population et l'adoption d'autres mesures favorisant une répartition efficace des ressources, comme celle d'assurer un niveau optimal de ressources dans une région donnée (Dorland et Davis, 1966). Presque toutes les provinces ont procédé à cette régionalisation en créant ou en réorganisant des conseils régionaux ou locaux de la santé, mais ces initiatives n'ont pas réussi à améliorer l'efficacité. Le problème s'explique en partie par le fait que ces conseils ne sont pas toujours habilités à prendre des décisions importantes, comme celles portant sur les honoraires des médecins ou l'utilisation des médicaments. On s'est interrogé sur le genre de décisions que ces conseils sont en mesure de prendre : sous l'angle de la représentation et de la responsabilité dans le cas des membres non élus et sous l'angle des connaissances spécialisées dans le cas des membres élus. En pratique, l'influence des professionnels sur les conseils l'emporte souvent sur celle des représentants de la collectivité. De plus, les gouvernements provinciaux ont envisagé aussi ces initiatives comme des mesures d'« habilitation des collectivités » destinées à mobiliser l'appui de la population à la réforme des soins de santé et l'« endiguement des conflits » dans le contexte des dépenses du secteur public et de leurs répercussions (Lomas et coll., 1997). De fait, la plupart des conseils régionaux ont été mis sur pied ou ont commencé à fonctionner au milieu des années 90, au moment où les gouvernements provinciaux ont dû procéder à des sérieuses compressions des dépenses dans le secteur de la santé.

En théorie, cette décentralisation a le potentiel de « démocratiser » le secteur des soins de santé si les citoyens acceptent de participer au processus décisionnel concernant la prestation des services – y compris les questions de répartition et de rationalisation. Lorsque d'importantes

décisions sont prises au sujet de la prestation et de la consommation des soins de santé, les citoyens doivent alors en être informés, participer aux décisions et appuyer celles-ci au niveau de leur collectivité. Mais le fondement de l'« argument démocratique » à l'origine de la décentralisation – participation des citoyens à la prise de décision (Morone, 1990) – peut devenir une source de problèmes pour trois raisons : i) dans un contexte très spécifique, parce que la prestation et le financement des soins de santé font partie d'un système très complexe qu'il est difficile pour des non spécialistes de comprendre; ii) d'une façon plus générale, parce qu'une participation efficace reposant sur l'entrée de nouveaux intervenants dans le processus d'élaboration des politiques – qui risque de multiplier les sources de conflit et compliquer la recherche d'un consensus – ouvre une véritable boîte de Pandore; iii) sur un plan hypothétique, parce que les tentatives d'intégration peuvent mieux permettre aux gouvernements d'éviter le blâme et de se décharger de leurs responsabilités sur les citoyens.

Décentralisation et soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où il est possible d'atteindre un équilibre entre la prise de décision et la responsabilité. Les notions telles que la participation des citoyens et les conseils régionaux ne peuvent devenir des stratagèmes pour justifier des décisions autoritaires en matière de contrôle des coûts et de répartition des ressources rares. Une préoccupation encore plus répandue est que la dilution incessante de la prise de décision et des responsabilités risque de favoriser les intérêts locaux au détriment de ceux de la collectivité, à l'échelle provinciale ou même nationale (Maioni, 2001).

Notes

1. Cette section est basée sur le texte de Antonia Maioni, « Federalism and Health Care in Canada », paru dans *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, ouvrage publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, McGill-Queen's University Press, 2002. Certaines sections ultérieures de l'étude sont inspirées du texte intitulé « Health Care in the New Millennium », paru dans *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness, and Legitimacy*, ouvrage publié sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad, Oxford University Press, Toronto, 2001.
2. Dans ce document, nous entendons par « niveaux supérieurs de gouvernement » les ordres de gouvernement qui ont une reconnaissance constitutionnelle au Canada, c'est-à-dire le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.
3. La définition de l'expression « le mieux » n'est pas précisée – mais je prends pour acquis qu'elle désigne des résultats optimaux en matière d'accès aux soins de santé pour les Canadiens.

Bibliographie

- Abele, Francis, Katherine Graham, Alex Ker, Antonia Maioni et Susan Phillips (1998), *Talking with Canadians: Citizen Engagement and the Social Union*, Conseil canadien de développement social, Ottawa.
- Banting, Keith G. (1995), « Who R Us? », dans l'ouvrage publié sous la direction de Thomas Courchene, *The 1995 Budget: Retrospect and Prospect*, John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Université Queen's, Kingston, p. 173-181.
- Banting, Keith G. (1998), « The Past Speaks to the Future: Lessons from the Postwar Social Union », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *The State of the Federation 1997: Non-Constitutional Renewal*, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston.
- Banting, Keith G. et Stan Corbett (2002), « Health Policy and Federalism: An Introduction », dans l'ouvrage publié sous la direction de Banting et Corbett, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, School of Policy Studies, Université Queen's, Kingston.
- Bégin, Monique (2002), « Revisiting the Canada Health Act (1984): What are the Impediments to Change? », Série de conférences marquant le 30^e anniversaire de l'Institut de recherche en politiques publiques, Ottawa, le 20 février.
- Cairns, Alan C. (1986), « The Embedded State: State-Society Relations in Canada », dans l'ouvrage publié sous la direction de K. Banting, *State and Society: Canada in Comparative Perspective*, University of Toronto Press, Toronto, p. 53-86.
- Canada, Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Ottawa.
- Canada, Lois révisées du Canada (1985), volume I, chapitre C-6, *Loi canadienne sur la santé*, Imprimeur de la Reine pour le Canada, Ottawa.
- Canada, Commission royale d'enquête sur les services de santé (1984), *Rapport final : Volume I*, Imprimeur de la Reine, Ottawa.
- Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (1997), *Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada*, janvier.
- Conseil de ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales (1995), *Rapport aux Premiers ministres*.
- Courchene, Thomas J. (1996), « ACCESS: A Convention on the Canadian Economic and Social Systems », document de travail préparé pour le ministère des Affaires intergouvernementales, gouvernement de l'Ontario, Toronto, août.
- Desruisseaux, Alain et Sarah Fortin (1999) « The Making of the Welfare State », dans *As I Recall/Si je me souviens bien*, publié par l'Institut de recherche en politiques publiques, IRPP, Montréal.
- Dorland, John L. et S. Mathwin Davis (1996), *Regionalization and Decentralization in Health Care*, School of Policy Studies, Université Queen's, Kingston.

- Evans, Robert G. (1990), « Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, n° 4, p. 101-128.
- Globe and Mail* (2002), « Dr. Henry Haddad's welcome prescription », le 8 avril, p. A12.
- Glouberman, Sholom (2001), *Towards a New Perspective on Health Policy*, Étude n° H|3, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.
- Guest, Dennis (1997), *The Emergence of Social Security in Canada: Third Edition*, University of British Columbia Press, Vancouver.
- Hawkes, David C. et Bruce G. Pollard (1984), « The Medicare Debate in Canada: The Politics of New Federalism », *Publius: The Journal of Federalism*, vol. 14, p. 183-198.
- Lomas, Jonathan, John Woods et Gerry Veenstra (1997), « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, n° 3, p. 371-377.
- Lomas, Jonathan (1997), « Reluctant Rationers: Public Input to Health Care Priorities », *Journal of Health Services & Research Policy*, vol. 2, n° 2, p. 103-111.
- Mahoney, Jil et Brian Laghi (2002), « Ottawa wants Medicare mediation panel », *Globe and Mail*, le 13 avril, p. A9.
- Maioni, Antonia (1998), *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton University Press, Princeton.
- Maioni, Antonia (1999), « Decentralization in Health Policy: A Comment on the ACCESS Proposals », dans l'ouvrage préparé sous la direction de Robert Young, *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, Institute for Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston, p. 97-121.
- Maioni, Antonia (2001), « The Citizenship-Building Effects of Policies and Services in Canada's Universal Health Care Regime », Document de recherche n° F|17, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, septembre.
- Mallory, James R. (1965), « The Five Faces of Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de P.-A. Crépeau et C. B. Macpherson, *The Future of Canadian Federalism*, University of Toronto Press, Toronto.
- Morone, James A. (1990), *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*, Basic Books, New York.
- Naylor, C. David (1986), *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, McGill-Queen's University Press, Montréal.
- O'Reilly, Patricia (2001), « The Federal/Provincial/Territorial Health Conference System », dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Care in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal.

- Pierson, Paul (1993), « When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change », *World Politics*, vol. 45, p. 595-628.
- Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations* (www.cessss.gouv.qc.ca).
- Québec, Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), *Rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal et ses annexes* (www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/en/document/publication.htm).
- Robinson, Ian et Richard Simeon (1994), « The Dynamics of Canadian Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, *Canadian Politics, 2nd Edition*, Broadview Press, Peterborough.
- Romanow, Roy (2002), *Notes d'allocution à l'Université McGill*, Institut d'études canadiennes de McGill, Montréal, le 15 février (www.healthcarecommission.ca).
- Smiley, Donald V. (1962), « The Rowell-Sirois Report, Provincial Autonomy and Post-War Canadian Federalism », *Revue canadienne d'économie et de science politique*, vol. 28 n° 1, mars, p. 54-69.
- Smith, Miriam (1995), « Medicare and Canadian Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de François Rocher et Miriam Smith, *New Trends in Canadian Federalism*, Broadview Press, Peterborough.
- Soderstrom, Lee (1978), *The Canadian Health System*, Croom Helm, Londres.
- Stevenson, Garth (1985), « The Division of Powers », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard Simeon, *Division of Powers and Public Policy*, University of Toronto Press, Toronto, p. 71-123.
- Stilborn, Jack et Robert B. Asselin (2001), *Les relations fédérales-provinciales*, Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement, Ottawa (93-10F).
- Stilborn, Jack (1997), *Normes nationales et programmes sociaux : Que peut faire le gouvernement fédéral?*, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, Étude générale BP-379F, septembre.
- Taylor, Malcolm G. (1987), *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes, 2nd edition*, McGill-Queen's University Press, Montréal.
- Taylor, Malcolm G. (1991), *Insuring National Health Care: The Canadian Experience*, University of North Carolina Press, Chapel Hill.
- Tuohy, Carolyn J. (1989), « Federalism and Canadian Health Care Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de W. Chandler et C. Zollner, *Challenges to Federalism: Policy-Making in Canada and the Federal Republic of Germany*, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston.
- Weaver, R. Kent (1986), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, novembre, p. 371-398.
- Wheare, K.C. (1951), *Federal Government*, 2^e édition, Oxford University Press, Londres.

Appendice :

Principaux événements de l'histoire de la législation sur l'assurance-santé au Canada

Source : « Key Events », *Public Health Insurance Through History*, Virtual Exhibit, Institut d'études canadiennes de McGill (www.arts.mcgill.ca/programs/misc/)

- 1919 – Création du ministère de la Santé du Dominion (devenu en 1928 le ministère des Pensions et de la Santé nationale).
- 1928 – Le Comité permanent de la Chambre des communes sur les relations industrielles et internationales étudie l'assurance-maladie.
- 1932 – La B.C. Royal Commission on the State Health Insurance and Maternity Benefits recommande l'assurance-santé obligatoire pour les travailleurs à faible revenu.
- 1933 – L'Alberta met sur pied une deuxième commission d'enquête chargée d'examiner la question de l'instauration d'un régime provincial d'assurance-santé. La Winnipeg Medical Society déclenche une grève des médecins, sauf pour les soins essentiels.
- 1934 – L'Association médicale canadienne (AMC) appuie le principe de l'assurance-santé.
- 1935 – Le gouvernement de la Colombie-Britannique présente un projet de loi préliminaire aux membres de la législature provinciale qui vise la création d'un régime provincial d'assurance-santé.
- 1935 – Le gouvernement de l'Ontario signe un accord avec l'Ontario Medical Association en vue de subventionner les coûts des patients sur le secours direct; des régimes municipaux d'aide médicale sont aussi mis en œuvre dans certaines villes d'autres provinces.
- 1936 – La B.C. Health Insurance Act est adoptée (mais ne sera jamais mise en œuvre).
- 1939 – Initiatives d'assurance médicale facultative (Windsor Medical Services; Associated Medical Services à Toronto); établissement de la Manitoba Blue Cross.
- 1940 – Le rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (rapport Rowell-Sirois) recommande le partage des frais de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral pour assurer aux provinces la capacité fiscale nécessaire et maintenir des normes semblables à la grandeur du Canada.
- 1942 – Le Comité consultatif interministériel sur l'assurance-santé, mis sur pied par le ministre Ian Mackenzie et présidé par J. J. Heagerty, présente un projet de loi sur l'assurance-santé (sous la forme de subventions conditionnelles aux provinces).
- 1943 – Le Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale étudie l'assurance-santé.
- 1944 – Le premier ministre Mackenzie King présente le Discours du Trône, qui préconise que l'assurance-santé et les allocations familiales figurent au cœur du programme de reconstruction de l'après-guerre.

- 1944 – Le premier ministre (progressiste-conservateur) George Drew de l'Ontario convoque une conférence sur la reconstruction, avec l'assurance-santé à l'ordre du jour.
- 1944 – L'Alberta (crédit social) adopte l'Alberta Maternity Hospital Plan.
- 1945 – La Conférence du Dominion et des provinces sur la reconstruction examine les propositions du « Livre vert » sur les programmes sociaux, y compris l'assurance-santé; certaines provinces s'opposent à l'intervention du fédéral dans ce secteur de compétence.
- 1946 – Le gouvernement de la Co-operative Commonwealth Federation (CCF), dirigé par Tommy Douglas, dépose le Saskatchewan Hospital Services Plan (qui sera mis en œuvre en 1947).
- 1948 – Le ministre fédéral des Finances, Paul Martin (père), élabore le programme national de subventions à l'hygiène (aide financière du gouvernement fédéral aux provinces).
- 1948 – Le gouvernement de la Colombie-Britannique (coalition libérale-conservatrice) élabore un programme d'assurance-hospitalisation.
- 1949 – Le gouvernement de l'Alberta (crédit social) commence à instaurer un régime d'assurance-hospitalisation par l'intermédiaire d'un plan municipal d'hospitalisation (semblable à celui de la Saskatchewan mais avec des cotisations de la part des patients).
- 1951 – L'AMC établit le Trans-Canada Medical Service (TCMS), qui comprend sept régimes d'assurance sur une base provinciale (en 1955, disponible dans toutes les provinces avec deux millions de bénéficiaires).
- 1955 – Le gouvernement de l'Ontario (progressiste-conservateur) établit le régime d'assurance-hospitalisation; lors de la conférence fédérale-provinciale, le premier ministre Leslie Frost de l'Ontario demande au premier ministre Louis St-Laurent de mettre au point un programme fédéral de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation.
- 1956 – L'Association médicale canadienne s'oppose à l'assurance-hospitalisation universelle.
- 1957 – En mars, la Chambre des communes (majorité libérale) adopte la Loi 165 sur l'assurance-hospitalisation par un vote unanime; en juin, le premier ministre John Diefenbaker (gouvernement minoritaire progressiste-conservateur) révoque la règle de la majorité des provinces pour la mise en œuvre de la Loi 165.
- 1958 – Le 1^{er} juillet 1958, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* entre en vigueur (fondée sur une formule de partage des frais à égalité).
- 1960 – Le premier ministre John Diefenbaker crée la Commission royale sur les services de santé, présidée par Emmett Hall.
- 1960 (Juin) – L'AMC organise un référendum sur l'assurance-santé comme moyen de protéger les intérêts de ses membres, notamment en ce qui concerne le droit des médecins de prendre des décisions de nature clinique lorsqu'ils soignent leurs patients, sans intervention ou ingérence de la part d'une tierce partie (le gouvernement).

- 1961 – Toutes les provinces ont adopté une législation sur l'assurance-hospitalisation et ont conclu des ententes de partage des frais avec le gouvernement fédéral.
- 1961 – Le premier ministre Woodrow Lloyd (CCF) de la Saskatchewan dépose un projet de loi sur l'assurance-soins médicaux devant la législature provinciale.
- 1962 – La date d'entrée en vigueur de l'assurance-santé en Saskatchewan, le 1^{er} juillet, s'accompagne du déclenchement d'une grève des médecins à la grandeur de la province; le 22 juillet, la Cour supérieure de la province ordonne aux médecins de retourner au travail.
- 1963 – Le gouvernement du premier ministre Ernest Manning (crédit social) de l'Alberta annonce la mise en place d'un régime d'assurance médicale (connu sous le nom de « Manningcare ») qui offre des subventions aux travailleurs à faible revenu pour les aider à s'assurer d'une façon facultative.
- 1964 – Le rapport final de la Commission Hall recommande une assurance complète des soins de santé pour tous les Canadiens.
- 1965 – L'Association médicale canadienne exprime ses inquiétudes concernant ces recommandations.
- 1966 – Le régime d'assurance des services médicaux est lancé en Ontario en vue d'offrir de l'assurance médicale aux indigents et aux travailleurs à faible revenu.
- 1966 – Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Allan MacEachen, dépose le projet de loi C277 devant la Chambre des communes; la *Loi sur l'assurance-maladie* est adoptée par un vote de 177 à 2.
- 1967 – La date d'entrée en vigueur du 1^{er} juillet est reportée en raison de préoccupations financières.
- 1968 – Le programme à frais partagé d'assurance-maladie entre en vigueur; la Saskatchewan et la Colombie-Britannique sont les deux premières provinces à se joindre au programme.
- 1969 – Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Alberta se joignent au programme.
- 1970 – Le Québec adopte une législation sur l'assurance-maladie, après une grève des médecins spécialistes; la loi ne permet pas la surfacturation.
- 1971 – Le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest se joignent au programme.
- 1972 – Le Yukon se joint au programme.
- 1976 – Lors de la conférence fédérale-provinciale, le premier ministre Pierre Trudeau propose une formule de financement fondée sur des points d'impôt et des subventions globales pour remplacer les programmes à frais partagés pour les services médicaux.
- 1977 – La *Loi sur le Financement des programmes établis* (qui prévoit des transferts par habitant aux provinces liés à la croissance du PNB) est adoptée pour remplacer *La loi de garantie de recettes* de 1972.

- 1979 – Le premier ministre progressiste-conservateur Joe Clark nomme Emmett Hall à la présidence du Comité d'examen des services de santé; ce dernier recommande de mettre fin à la surfacturation.
- 1981 – La surfacturation est interdite en Colombie-Britannique.
- 1983 – La ministre de la Santé, Monique Bégin, présente un livre blanc « Pour une assurance-santé universelle », qui met l'accent sur des garanties d'accès aux services de soins de santé.
- 1984 – La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est adoptée; les pénalités financières pour les provinces qui ne respectent pas les cinq principes de la Loi entrent en vigueur immédiatement.
- 1985 – Les médecins de la Saskatchewan acceptent de mettre fin à la surfacturation.
- 1985 – La *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* en Ontario est déposée devant la législature.
- 1986 – Une grève des médecins à la grandeur de la province éclate en Ontario; l'Ontario Medical Association conteste la constitutionnalité du projet de loi 94 (*Loi sur les services de santé en Ontario*).
- 1986 – L'Association médicale canadienne conteste la *Loi canadienne sur la santé* en soutenant qu'elle viole la *Loi constitutionnelle* de 1982; la cause est renvoyée devant la Cour suprême du Canada.
- 1986 – L'Alberta interdit la surfacturation et propose que le barème des honoraires soit négocié en ayant recours à l'arbitrage obligatoire.
- 1987 – La surfacturation prend fin au Nouveau-Brunswick.
- 1989 – Les transferts au titre du FPE sont réduits en les alignant sur la hausse du PNB moins 3 points de pourcentage.
- 1990 – Les transferts au titre du FPE sont gelés pour cinq ans.
- 1991 – Le Groupe d'intervention action santé (HEAL) se forme en tant que coalition d'organismes de santé et de consommateurs pour dénoncer l'érosion du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé.
- 1994 – Le Forum national sur la santé est créé par le premier ministre Jean Chrétien.
- 1995 – Le Transfert canadien en matière de santé et programmes sociaux remplace le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada; réduction considérable des transferts aux provinces pour les programmes sociaux.
- Milieu des années 90 – Importante réduction des budgets de la santé dans plusieurs provinces; fermetures d'hôpitaux et de lits, réduction de certains services, plafonds salariaux sur les services de spécialistes, et régies régionales instituées dans la plupart des provinces.
- 1997 – Québec instaure un régime d'assurance-médicaments obligatoire.

- 1999 – Le gouvernement progressiste-conservateur de l'Alberta dirigé par Ralph Klein dépose le projet de loi 11 (qui permet l'impartition avec des établissements de soins privés pour des interventions chirurgicales mineures non urgentes).
- 1999 – La Saskatchewan Commission on Medicare (présidée par Ken Fyke) publie son rapport sous le titre *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*.
- 1999 – L'Entente cadre sur l'union sociale est signée entre le gouvernement fédéral et les provinces (sauf le Québec).
- 1999 – Le budget fédéral injecte 11,5 milliards de dollars dans les soins de santé sur une période de cinq ans.
- 2000 – Le budget fédéral attribue un montant supplémentaire de 2,5 milliards de dollars pour répondre aux besoins des provinces en matière de santé.
- 2000 – La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (présidée par Duncan Sinclair) rend public son rapport intitulé *Regard sur le passé, regard vers l'avenir : Rapport de travail*.
- 2001 – La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (présidée par Michel Clair) rend public son rapport intitulé *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*.
- 2001 – Création de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow (ancien premier ministre de la Saskatchewan).
- 2002 – L'Alberta Premier's Advisory Council on Health, présidé par Don Mazankowski, publie son rapport intitulé *A Framework for Reform*.