

Article

« Les systèmes de soins de santé au Canada et aux États-Unis : convergence impossible? »

Antonia Maioni

Politique et Sociétés, n° 30, 1996, p. 135-157.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/040036ar>

DOI: 10.7202/040036ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

LES SYSTEMES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS: CONVERGENCE IMPOSSIBLE ?*

Antonia Maioni
Université McGill

L'assurance maladie constitue un élément central de l'État-providence moderne, non seulement sur le plan des droits sociaux, mais aussi sur le plan des dépenses qu'elle implique. Comme chaque gouvernement intervient selon certaines modalités dans le secteur des soins de santé, l'accès à ces soins est, pour ainsi dire, considéré comme un droit inhérent à la citoyenneté. Bien que les coûts des soins de santé augmentent, que des pressions en faveur de réformes fiscales existent et que des craintes quant à l'accès et à la qualité des soins soient de véritables problèmes dans beaucoup de pays, nulle part ailleurs qu'aux États-Unis la légitimité fondamentale de l'assurance maladie universelle n'est soumise à la même attention ou aux mêmes attaques. L'absence d'un programme d'assurance maladie universel et global aux États-Unis et la nature passionnée du débat politique entourant cette question offrent une problématique intéressante à tous ceux qui se livrent à l'étude de la politique et de l'État-providence.

Cette question politique s'impose encore plus lorsqu'on compare les États-Unis à son voisin immédiat. Le Canada et les États-Unis sont souvent considérés comme des pays semblables en ce qu'ils suivent le modèle «libéral» de développement de l'État-providence axé sur l'initiative individuelle et l'opportunisme, contrairement aux États-providence, plus développés, d'Europe de l'Ouest, qui sont ancrés dans la tradition «étatiste» ou les systèmes sociaux-démocrates¹. On pourrait donc escompter que l'État-providence au Canada et aux États-Unis connaissent un développement et des résultats comparables. En fait, ils se différencient de façon significative en ce qui concerne le moment d'implantation, la couverture et le financement des

* L'auteure tient à remercier Gérard Boismenu, Pierre Martin, Alain Noël et les évaluateurs de cette revue pour leurs commentaires et suggestions. Ce texte a été traduit de l'anglais par Sébastien Gagnon-Messier de l'Université McGill.

¹ Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

Antonia Maioni, Département de science politique, Université McGill, 855, rue Sherbrooke ouest, Montréal (Québec), H3A 2T7, Canada.
Adresse électronique: maioni@leacock.lan.mcgill.ca

programmes sociaux². Cela est particulièrement évident dans le domaine de l'assurance maladie. Au Canada, l'assurance maladie, universelle et globale, est financée par les fonds publics et administrée par les provinces, alors qu'aux États-Unis, elle demeure liée à l'emploi, le gouvernement n'assurant que les aînés et les plus démunis de la société.

Parce que le Canada et les États-Unis semblent avoir tellement en commun, alors que leurs systèmes d'assurance maladie diffèrent considérablement, le problème de la réforme des soins de santé aux États-Unis a invariablement mené à des comparaisons entre ces deux pays. Le système d'assurance maladie du Canada est devenu une cible et une arme politique dans le débat sur la réforme: on l'utilise tantôt comme le modèle que les États-Unis devraient suivre dans leur réforme et tantôt comme l'exemple des problèmes qu'entraîne la participation de l'État à un programme d'assurance maladie.

Cet article examine l'évolution des réformes de l'assurance maladie au Canada et aux États-Unis et se penche sur deux questions: en quoi les réformes de l'assurance maladie entreprises dans les deux pays divergent-elles ou convergent-elles? Comment l'institutionnalisation d'un certain type de système d'assurance maladie conditionne-t-il les réformes subséquentes? Cet article étudie également les récentes propositions de réforme afin de déterminer s'il y a eu rupture avec les politiques précédentes et un changement d'opinion, dans les deux pays, sur la réforme de l'assurance maladie.

Convergence et divergence des systèmes de santé

Bien que les systèmes de santé des pays industrialisés diffèrent grandement entre eux, le secteur public joue dans tous ces pays un rôle dominant en ce qui a trait aux soins de santé³. Malgré les différences politiques tous ces pays considèrent que les soins de santé sont un droit social. À cet égard, le Canada, comme d'autres pays industrialisés, reconnaît la nécessité d'une intervention étatique pour garantir ce droit⁴. Les gouvernements du Canada et d'autres pays ont cherché à

² Robert T. Kudrle et Theodore R. Marmor, «The Development of Welfare States in North America» dans Peter Flora et Arnold Heidenheimer, (dirs.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick NJ, Transaction, 1981.

³ Pour une comparaison détaillée, consulter André-Pierre Contandriopoulos et al., *Description et évaluation des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1993.

⁴ John K. Iglehart, «Health Policy Report: Canada's Health Care System, part 2», *New England Journal of Medicine*, no 315, 18 septembre 1986, p. 778-785.

Résumé. Le Canada et les États-Unis doivent faire face à d'importantes remises en question de l'orientation de leurs systèmes de santé. Les débats dans les deux pays sont marqués par les mêmes préoccupations, notamment l'augmentation rapide des coûts, l'écart croissant entre l'étendue des services assurés, leur accessibilité et l'efficacité de leur gestion. Cet article examine l'évolution des réformes de l'assurance santé au Canada et aux États-Unis et se penche sur deux questions. En quoi les réformes de l'assurance santé entreprises dans les deux pays divergent-elles ou convergent-elles? Comment l'institutionnalisation d'un certain type de système d'assurance santé conditionne-t-il les réformes subséquentes? Il semble improbable que les systèmes de santé du Canada et des États-Unis évoluent dans le sens de la convergence. L'obstacle principal à une telle évolution réside dans la nature de leurs institutions politiques, qui conditionnent le débat politique et l'orientation de leurs politiques dans le domaine de la santé.

Abstract. Both Canada and the United States are facing important choices about the future direction of their health care systems, choices that are influenced by the same basic concerns about rapid increases in health expenditures, gaps in coverage and access to health care, and problems of efficiency and effective administration. This article examines the evolution of health insurance reform in Canada and the United States and addresses two main questions. To what extent have the two countries experienced paths of divergence or convergence in their approach to health insurance reform? How has the institutionalization of a certain type of health insurance system conditioned future reform? The article concludes that, while the two systems are experiencing similar pressures for change, it is unlikely that Canada and the United States will converge in their approach to health reform due to the configuration of political institutions and the different policy legacies in health insurance development.

atteindre cet objectif en affrontant politiquement les fournisseurs de soins de santé et en traitant ces soins comme un bien public⁵.

Si les principes d'universalité, de financement public, d'administration publique, ainsi que le principe de contrôle des dépenses sont généralement acceptés par différents pays, les États-Unis font exception: les prestations établies par l'employeur y sont la norme et l'assurance publique y est limitée aux retraités, aux handicapés et aux pauvres. La principale forme d'intervention gouvernementale consiste dans le double système fédéral et étatique *Medicare* et *Medicaid*. Ce dernier est un programme d'aide sociale basé sur un examen des ressources, qui offre des services médicaux et

⁵ Robert G. Evans, «Tension, Compression, Shear: Directions, Stresses and Outcomes of Health Care Cost Control», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, no 1, hiver 1990.

hospitaliers aux personnes éligibles à l'aide fédérale. Géré par les États, *Medicaid* rembourse les fournisseurs de soins privés et est financé conjointement par les gouvernements fédéral et des États. *Medicare* assure tous les Américains retraités ou handicapés éligibles aux prestations de la sécurité sociale. La portion d'assurance sociale qui comprend *Medicare* (Partie A) couvre les services hospitaliers ceux-ci étant payés directement par le gouvernement fédéral et financés par des contributions obligatoires. La partie B de *Medicare* offre une assurance médicale supplémentaire pour les soins médicaux, le gouvernement fédéral remboursant les patients par les dispensateurs sous contrat d'assurance. Le plan est financé par une prime mensuelle et des paiements tirés de l'impôt sur le revenu. Tout comme dans le système d'assurance privé, les bénéficiaires de *Medicare* doivent verser des cotisations de coassurance et des franchises importantes. À la différence de ce qui se passe au Canada et dans d'autres pays industrialisés, les dépenses publiques pour les soins de santé représentent moins de la moitié des dépenses totales de santé. De ces dépenses publiques, le gouvernement fédéral verse les deux tiers des quelque 300 milliards de dollars qui financent *Medicare* et d'autres programmes de santé, alors que les États dépensent un tiers pour financer le programme *Medicaid*⁶.

Comparée à cet ensemble disparate, l'assurance maladie au Canada semble relativement simple et ressemble plutôt à une mosaïque de dix systèmes provinciaux. Bien que les soins de santé soient sous la compétence des provinces, le gouvernement fédéral a contribué à étendre l'assurance maladie à l'ensemble du Canada exigeant en retour aux provinces de se soumettre à ces conditions: l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité de la couverture et la gestion publique des régimes provinciaux d'assurance maladie. Depuis l'adoption de deux lois clés fédérales, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, les plans provinciaux d'assurance ont garanti l'accès à tous les Canadiens, quels que soient leur âge, leur revenu, leur lieu de résidence ou leur situation professionnelle, à des soins médicaux et des services hospitaliers financés par le gouvernement. Chaque province administre un programme d'assurance maladie qui couvre presque tous les services de diagnostic, les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux. Les hôpitaux sont financés par des budgets annuels globaux imposés par les

⁶ Russell L. Hanson, «Defining a Role for States in a Federal Health Care System» dans Pauline Vaillancourt-Rosenau, (dir.), *Health Care Reform in the Nineties*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 1994, p. 129.

gouvernements provinciaux alors que les médecins sont payés pour leurs services suivant des tarifs négociés. Ces programmes d'assurance sont financés par les ministères de la santé provinciaux, mais les sources de financement proviennent d'une part des revenus des provinces (44,4 % du total) et de transferts provenant du gouvernement fédéral (25,5 %). Les assurances privées et les dépenses non remboursées représentent 28,2 % du total des dépenses de santé au Canada⁷.

Depuis la mise en application des programmes d'assurance maladie au début des années 1970, tous les Canadiens ont accès aux services de santé intégraux financés par le gouvernement. Aux États-Unis, 40 % de la population est couverte par une assurance hospitalière financée par des fonds publics, alors que 25 % ont une couverture médicale financée elle aussi par des fonds publics. Parmi les Américains qui souscrivent à une assurance privée, plus de 80 % dépendent des prestations liées à leur emploi. À cause de la complexité et de la perméabilité du système d'assurance maladie américain basé sur le statut d'emploi, environ 40 millions d'Américains n'ont aucune assurance, publique ou privée⁸. Des millions d'autres sont «sous-assurés», c'est-à-dire assurés pour seulement une partie de leurs frais médicaux. Par exemple, les retraités américains doivent payer beaucoup eux-mêmes en dépit de *Medicare*, et un grand nombre souscrit une assurance supplémentaire. Au Canada, l'assurance privée a été jusqu'à présent limitée aux services supplémentaires, tels que les chambres d'hôpital privées ou les médicaments sur ordonnance, et elle ne peut inclure aucune procédure ou service que couvre l'assurance maladie.

La création de l'assurance maladie a eu un impact considérable sur la croissance des dépenses de santé et sur la nature du financement de l'assurance maladie dans les deux pays. Avant l'instauration de l'assurance maladie et hospitalisation financée par le gouvernement, le Canada et les États-Unis avaient des mécanismes de financement privés et des niveaux de dépenses de santé similaires⁹. Au Canada, avant la mise en application complète de l'assurance hospitalisation,

⁷ Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada: rapport sommaire 1975-1994*, Ottawa, Direction générale de la politique et de la consultation, 1996, p. 46.

⁸ Ida Hellander et al., «The Growing Epidemic of Uninsurance: New Data on the Health Insurance Coverage of Americans» *International Journal of Health Services*, vol. 25, no 3, 1995, p. 377-392.

⁹ Robert G. Evans, «Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation» dans G. McLachlan et A. Maynard, (dirs.), *The Public/Private Mix for Health*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.

les dépenses totales de santé étaient estimées à 5,5 % du PIB en 1960, les dépenses publiques représentant seulement 43 % du total. En 1975, après la mise en application de l'assurance maladie et hospitalisation dans les provinces, les dépenses de santé se chiffraient à 7,2 % du PIB, dont 75 % était dépensé par le secteur public. Aux États-Unis, les dépenses de santé se trouvaient à des niveaux semblables (5,3 %) en 1960, mais en 1975 elles représentaient 8,4 % du PIB, les dépenses publiques (*Medicare* et *Medicaid*) représentant 42 % du total. Depuis ce temps, la différence entre les deux pays, en ce qui concerne les dépenses a considérablement augmenté. En 1994, les dépenses de santé avaient atteint 14,3 % du PIB aux États-Unis, mais seulement 9,7 % au Canada¹⁰. Donc, bien que le Canada et les États-Unis dépensent relativement beaucoup pour les soins de santé comparativement à d'autres pays industrialisés, les dépenses des États-Unis dépassent de beaucoup celles du Canada.

Les modifications dans les niveaux de dépenses sont particulièrement intéressantes, puisque les deux pays ont commencé à des niveaux relativement équivalents. La mise en application de l'assurance maladie au Canada et l'institutionnalisation d'un système mixte privé-public aux États-Unis ont engendré des différences importantes dans la croissance des coûts. Dans le système canadien du «payeur unique», les gouvernements provinciaux fournissent le «guichet unique» par lequel passe l'argent dans le système des soins de santé et grâce auquel les coûts peuvent être contrôlés par la négociation avec les hôpitaux et les médecins¹¹. Aux États-Unis, le système plus complexe du «payeur multiple» a engendré une plus grande augmentation des coûts de santé, en chiffres absolus et relatifs, même si des millions d'Américains sont sans assurance ou mal assurés.

Les différences dans le financement des services de santé, la structure et la couverture fournie par l'assurance maladie gouvernementale ne doivent pas, néanmoins, masquer les similarités entre les deux pays en ce qui concerne la distribution des soins de santé. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, les soins privés payants, la prééminence des hôpitaux privés ou bénévoles, l'aide charitable basée

¹⁰ Santé Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada: rapport sommaire 1975-1994*, Ottawa, Direction générale de la politique et de la consultation, 1996, p. 42; Organisation de Coopération et de Développement Économique, *Nouvelles directions dans la politique de santé*, Études de politiques de santé, no 7, Paris, OCDE, p. 9-12.

¹¹ C. David Naylor, «The Canadian Health Care System: A Model for America to Emulate?» dans Arthur King et al., (dirs.), *North American Health Care Policy in the 1990s*, New York, Wiley, 1993, p. 38.

sur des considérations philanthropiques, religieuses ou communautaires de même que la participation gouvernementale directe aux services de santé publics exclusivement étaient des caractéristiques essentielles des deux pays¹². Au Canada et aux États-Unis, des associations médicales se sont développées afin de renforcer le monopole des médecins et de réglementer la pratique de la médecine¹³. Depuis les années 1910, la formation médicale a évolué de façon similaire: agrément des facultés de médecine soumis aux mêmes agences, et la reconnaissance des permis des praticiens demeure réciproque entre les provinces ainsi qu'entre les États.

Encore aujourd'hui, le mode de distribution des soins comporte des similarités. La plupart des soins hospitaliers sont fournis par des hôpitaux sans but lucratif. La principale différence réside dans le fait que les frais d'exploitation des hôpitaux canadiens sont assumés par les gouvernements provinciaux au moyen de l'allocation de budgets annuels globaux, ce qui limite les coûts et élimine des frais administratifs supplémentaires. Les dépenses pour l'équipement et les appareils sont soumises à l'approbation du gouvernement provincial et dépendent souvent d'un financement additionnel obtenu par des campagnes de levée de fonds. Les services de haute technologie sont limités, mais on tient tout de même compte des besoins médicaux. Néanmoins, sur le plan de l'utilisation de la technologie de pointe et en ce qui concerne la distribution des soins médicaux, le Canada ressemble plus aux États-Unis qu'aux États européens¹⁴.

Dans les deux pays, la plupart des services médicaux relèvent encore de la pratique privée et sont rémunérés à l'acte. De plus, le nombre de médecins par habitant est équivalent. Néanmoins, il y a plus de médecins généralistes au Canada qu'aux États-Unis; un écart salarial significatif n'existe que dans certaines spécialités. Les honoraires des médecins canadiens sont payés par une seule entité (le gouvernement provincial) selon un barème de tarifs, ce qui élimine plusieurs des frais administratifs qu'occasionne le paiement à l'acte aux États-Unis. Malgré les contraintes potentielles qui peuvent affecter

¹² Gordon Hachter et al., «Health Services in Canada» dans M. Raffel, (dir.), *Comparative Health Systems: Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*, University Park, Pennsylvania State University Press, 1984.

¹³ David Coburn et al., «Medical Dominance in Canada in Historical Perspective: The Rise and Fall of Medicine?», *International Journal of Health Services*, vol. 13, 1983, p. 407-432.

¹⁴ Pour de plus amples détails sur la structure du système de santé canadien par rapport à celle du système des États-Unis, consulter U.S. General Accounting Office, *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*, Washington, GAO no HRD-91-90, 1991.

l'autonomie des médecins à une époque de rareté des ressources au Canada, et malgré les limites croissantes engendrées par la prolifération des soins gérés aux États-Unis, les médecins demeurent les principaux gardiens du système de santé dans les deux pays.

Les similarités dans la distribution des soins de santé au Canada et aux États-Unis, et les différences dans les coûts et la nature du financement ainsi que le succès relatif du système canadien, ont amené les promoteurs d'une assurance maladie universelle aux États-Unis à louer les éléments positifs de ce système, et ses détracteurs à mettre l'accent sur ses défauts. Les niveaux de dépenses différents ont été attribués à l'établissement de budgets globaux annuels pour les hôpitaux et aux tarifs uniformes négociés entre les provinces et les associations médicales¹⁵; le volume des services médicaux et le plus grand nombre de spécialistes¹⁶; la structure organisationnelle des hôpitaux canadiens et la centralisation des services diagnostiques¹⁷; et les économies réalisées grâce aux coûts administratifs beaucoup plus bas que permet le système du «payeur unique»¹⁸.

Par ailleurs, ceux qui critiquent le système canadien considèrent que celui-ci est moins coûteux parce qu'il offre moins de services¹⁹. D'autres avancent que la couverture universelle obligatoire du système canadien provoque une demande de soins excessive et entraîne des dépenses cachées résultant du manque d'incitations à économiser²⁰. Au-delà de la question des coûts se pose celle, fondamentale, de la relation entre l'accessibilité et la qualité des soins: limiter l'accès à des soins de qualité tout en profitant des recherches de pointe, des innovations et de la technologie médicale des États-Unis pour la réalisation de recherches de pointe, des procédures innovatrices et une technologie médicale; et «rationner» les soins de santé par la mise en

¹⁵ Robert G. Evans et al., «Controlling Health Expenditures - The Canadian Reality», *New England Journal of Medicine*, vol. 320, no 9, 2 mars 1989, p. 571-577.

¹⁶ Victor R. Fuchs et James S. Hahn. «How Does Canada Do it? A Comparison of Expenditures for Physicians' Services in the United States and Canada» *The New England Journal of Medicine*, vol. 323, 27 septembre 1990, p. 884-890.

¹⁷ Donald A. Redelmeier et Victor R. Fuchs «Hospital Expenditures in the United States and Canada» *New England Journal of Medicine*, vol. 328, 18 mars 1993, p. 772-778.

¹⁸ Steffie Woolhandler et David U. Himmelstein, «The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System» *New England Journal of Medicine*, vol. 324, no 18, 2 mai 1991, p. 1251-1258.

¹⁹ Pour un aperçu et une critique de ces arguments, consulter Theodore R. Marmor «Patterns of Fact and Fiction in Use of the Canadian Experience», dans *Understanding Health Care Reform*, New Haven, Yale University Press, 1994.

²⁰ Patricia Danzon «Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive?» *Health Affairs*, vol. 11, no 1, printemps 1992, p. 21-43.

place de listes d'attentes pour les traitements qui dépendent du contrôle gouvernemental des ressources médicales²¹.

Quelles que soient les imperfections des deux systèmes de santé aux yeux des experts et des observateurs, les sondages d'opinion indiquent l'existence de divergence et plus récemment d'une tendance convergente. Dans les comparaisons entre les deux pays qui ont été faites à la fin des années 1980, les Canadiens ont exprimé une très grande satisfaction à l'égard de leur système de santé, alors que les taux de satisfaction chez les Américains étaient beaucoup plus bas²². Bien qu'il existe toujours une différence dans les réponses concernant le soutien accordé au système de santé (plus de Canadiens répondant favorablement) et le besoin de le rebâtir (plus d'Américains étant d'accord), des sondages récents indiquent un resserrement de l'écart entre les Canadiens et les Américains sur la question d'un changement fondamental (59 % et 53 % respectivement pensent que la réforme est nécessaire)²³.

Bien que les Américains n'en soient pas encore arrivés à un consensus sur le type de réforme qu'ils désirent, certaines tendances se dessinent. Contrairement au mythe de la résistance américaine aux interventions gouvernementales, il existe une demande aux États-Unis pour une forme de participation du gouvernement au secteur de la santé. À la fin des années 1930, près de 80 % des Américains étaient en faveur d'un engagement gouvernemental afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et fournir ces soins à ceux qui ne pouvaient pas en assumer le coût. Dans les années 1940, les sondages montraient que 75 % des Canadiens étaient en faveur d'un programme pan-canadien de santé, alors qu'aux États-Unis entre 58 % et 74 % des Américains appuyaient un programme national pour l'assurance maladie. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, pendant la mise en application des plans provinciaux d'assurance maladie au Canada, un nombre élevé d'Américains (entre 50 et 60 %) étaient en faveur d'une assurance maladie fédérale globale²⁴. La dernière ronde de réformes

²¹ Edward Neuschler, *Canadian Health Care: The Implications of Public Health Insurance*, Washington, Health Insurance Association of America, 1990.

²² Robert J. Blendon, «Three Systems: A Comparative Survey» *Health Management Quarterly*, vol. 9, no 1, printemps 1989, p. 2-10; Robert J. Blendon et al., «Satisfaction with Health Systems in Ten Nations», *Health Affairs*, vol. 11, no 1, été 1990, p. 2-10.

²³ Robert J. Blendon et al., «Who Has the Best Health Care System? A Second Look», *Health Affairs*, vol. 14, no 4, été 1995, p. 220-230.

²⁴ Cette question est abordée dans Antonia Maioni «Nothing Succeeds Like the Right Kind of Failure: Postwar National Initiatives in Canada and the United States», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, no 1, printemps 1995, p. 5-30.

aux États-Unis souligne la persistance d'expressions concurrentes d'intérêt individuel et de préoccupations collectives à propos du système de santé²⁵. Parallèlement à ce phénomène, l'appui constant que les Canadiens donnent au principe d'un système d'assurance maladie public peut également reposer sur ce qui est vu comme la réussite de cette approche, c'est-à-dire le contrôle des coûts et le maintien de l'accès aux soins de santé. Cependant, avec la réduction des dépenses publiques dans le domaine de la santé, il est possible que les enjeux politiques impliqués dans la réforme de la santé changent prochainement.

La restructuration du système de santé: convergences et divergences

L'évolution particulière de l'assurance maladie au Canada et aux États-Unis a influencé les récents débats sur la réforme de leurs programmes respectifs. À cet effet, deux idées ressortent dans la littérature sur les politiques de santé. La première est que la configuration institutionnelle influence l'issue politique en imposant soit certaines contraintes soit en prévoyant des points d'ouverture pour les individus et groupes engagés dans le processus politique²⁶. Ainsi, les systèmes politiques comportant de multiples points de veto ont moins tendance à engendrer des changements importants²⁷. Aux États-Unis, la séparation des pouvoirs ainsi que la résistance des intérêts clés ont paralysé les tentatives de réformes du système national de santé, alors qu'au Canada, l'importance accordée à l'universalité et au financement public des programmes de santé peuvent être attribués au rôle innovateur des provinces dans ce domaine ainsi qu'à la cohésion relative du système parlementaire, qui permet l'adoption des projets de loi fédéraux²⁸. La deuxième considération importante concerne les politiques qui, une fois implantées, influencent l'évolution des règles qui gouvernent le processus politique, créant une nouvelle dynamique entre individus et institutions laquelle contribue aussi à tracer l'orientation des réformes ultérieures²⁹. Ainsi, bien que les grandes lignes du débat sur les coûts et l'accessibilité

²⁵ Lawrence R. Jacobs et Robert Y. Shapiro, «Personal Interests and National Interest», *Domestic Affairs*, no 2, été 1993/94, p. 254.

²⁶ Sven Steinmo et Jon Watts, «It's the Institutions, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America» *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, no 2, été 1995, p. 329-372.

²⁷ Ellen M. Immergut, *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, New York, Cambridge University Press, 1992.

²⁸ Antonia Maioni, «Parting at the Crossroads: The Development of Health Insurance in Canada and the United States», *Comparative Politics*, à paraître.

²⁹ Paul Pierson, «When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change», *World Politics*, vol. 45, juillet 1993, p. 595-628.

des programmes de santé soient toujours comparables au Canada et aux États Unis, les politiques mises sur pied par ces deux pays dans les années 1960 ont engendré des conditions politiques différentes en ce qui concerne les tentatives de réforme qui ont été faites au cours de la dernière décennie.

La section suivante trace l'évolution des débats sur la réforme du système de santé dans les deux pays tout en considérant l'effet déterminant que leur structure institutionnelle et leurs options législatives antérieures ont eu sur l'orientation et le sort des récentes stratégies de réforme. La prédominance de l'assurance privée et la tendance à cibler certaines catégories de bénéficiaires (selon l'âge et le revenu) ont-ils rendu improbable l'application de politiques universelles? Au Canada, la popularité du système national de santé a-t-elle limité l'action des gouvernements au point qu'il leur est impossible de restreindre ou de démanteler le système de santé public?

La réforme américaine du système de santé: l'intervention de l'État contestée

Au point de départ, la réforme du système de santé aux États-Unis consistait principalement à améliorer l'accès aux services médicaux, du moins pour certains groupes démographiques. Depuis la mise en vigueur des programmes *Medicare* et *Medicaid* en 1965, un double système de santé semble avoir évolué aux États-Unis; les aînés et les plus démunis bénéficient d'un système de santé financé par l'État, alors que la majorité des familles américaines sur le marché du travail ont recours à l'assurance médicale privée.

La concentration du système de santé sur certains groupes sociaux fut soumise à de multiples contraintes politiques et institutionnelles. Elle représentait un compromis de la part des innovateurs politiques des années 1950 et 1960, ceux-ci ayant tenté de formuler un plan de réforme du système de santé face à un Congrès divisé et face à l'hostilité des groupes d'intérêts influents. Le fait que le système ciblait les personnes âgées et les pauvres reflète aussi les origines de l'État-providence américain³⁰. L'évolution de *Medicare* s'est déroulée à partir du cadre institutionnel de l'ère Progressiste ainsi que du *Social Security Act* axé sur les groupes «méritants» de la société. Le programme demeure cependant une solution de compromis: un programme de type assurance sociale couvre les services hospitaliers et un à primes optionnel couvre les soins médicaux. *Medicaid* représente aussi une solution de compromis qui s'inspire de

³⁰ Sur les origines de l'État-providence américain, consulter Theda Skocpol, *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.

politiques précédentes, par exemple les pensions maternelles et les programmes d'assistance sociale visant les mères et leurs enfants à charge.

À travers *Medicare* et *Medicaid*, le gouvernement américain garantit l'accessibilité des services de santé à ceux qui sont exclus du marché de l'assurance médicale privée ou reliée à l'emploi; le rôle du gouvernement consiste donc principalement à assurer les individus les plus vulnérables. Par conséquent, le secteur public a été obligé de participer au marché privé des soins de santé sans, par ailleurs, être en mesure d'en contrôler les coûts. Bien qu'au départ les secteurs de la santé et des assurances se soient montrés plutôt hostiles à une action gouvernementale, ils ont vite reconnu les avantages économiques qu'offraient les nouveaux programmes et les ont adaptés. Les groupes de citoyens âgés avaient peu d'influence dans les débats entourant la réforme de la santé, du moins jusqu'aux années 1960. Par la suite allait surgir le «gray lobby» voué entièrement à sauvegarder ses avantages³¹.

Tant et aussi longtemps que le gouvernement s'est montré disposé à assumer les «coûts raisonnables» des soins médicaux et hospitaliers, l'arrangement convenait aux fournisseurs de services et aux bénéficiaires. Cependant, avec la hausse importante des coûts reliés aux soins de santé aux États-Unis et avec la véritable explosion des dépenses publiques, le contrôle des coûts a pris plus d'importance que l'accessibilité des soins. La proposition du gouvernement Nixon pour une assurance santé basée sur différents groupes avait échoué, même si elle encourageait la prolifération éventuelle des systèmes de soins gérés (*Health Management Organizations*) aux États-Unis. Durant les années 1970, les Démocrates au Congrès avaient exprimé leur inquiétude au sujet des coûts et de l'accessibilité des services de santé et réclamer de nouveau un système national d'assurance médicale, mais les divisions sur cette question au sein du parti démocrate, l'opposition républicaine, ainsi que la résistance persistante des groupes fournisseurs de services ont empêché de telles réformes³².

Cette hésitation à dépenser pour les nouveaux programmes ainsi que l'arrivée au pouvoir du gouvernement néo-conservateur de Reagan ont fait dévier le débat entourant la réforme du système de santé des années 1980; désormais on s'orientait vers la réduction des dépenses fédérales pour les programmes tels que *Medicare* et *Medicaid*³³. Les fonds fédéraux

³¹ Henry J. Pratt, *The Gray Lobby*, Chicago, University of Chicago Press, 1976.

³² Theodore R. Marmor «Rethinking National Health Insurance» dans Marmor, (dir.), *Political Analysis and American Medical Care*, Cambridge MA, Cambridge University Press, 1983.

³³ Sur la réforme de la santé pendant les années Reagan et Bush, consulter Henry J. Aaron, *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*, Washington, Brookings Institution, 1991.

consacrés aux programmes de *Medicaid* furent considérablement réduits, ce qui obligea les États à modifier les prestations et les critères d'éligibilité. *Medicare* était plus difficile à attaquer, car il bénéficiait d'un appui bipartisan et de l'influence politique des groupes de personnes âgées. Sans démanteler ces programmes, les restrictions furent concentrées sur la réglementation du marché des services de *Medicare*, c'est-à-dire sur la limitation des remboursements aux médecins et aux hôpitaux. En 1982, le remboursement des «coûts raisonnables» fut remplacé par une liste prospective de coûts basés sur les «*Diagnostic-Related Groups*» (DRG) et les bénéficiaires de *Medicare* furent encouragés à utiliser les «*Preferred Provider Organizations*» (PPO).

Bien que les assurances médicales aient existé depuis plusieurs décennies aux États-Unis, l'inquiétude face aux dépenses a contribué au développement des *Health Management Organizations* (HMO) qui arrivaient à maîtriser les coûts en partageant les risques et en centralisant l'approvisionnement des services. Ironiquement, les médecins américains qui s'étaient auparavant opposés au programme national de santé obligatoire pour préserver l'autonomie médicale étaient plus réglementés par les assureurs que leurs confrères canadiens ne l'étaient par le système public d'assurance médicale.

Les dépenses de santé continuant de s'accroître aux États-Unis vers la fin des années 1980, les inquiétudes face aux coûts devenaient intimement liées à l'accès aux soins. D'après les sondages d'opinion, les Américains s'inquiétaient de plus en plus de l'accès aux services de santé et de la viabilité de leur système³⁴. De plus le nombre croissant de non-assurés a entraîné le transfert des coûts aux patients assurés et à leurs assureurs afin de compenser pour les pertes encourues. Dès 1990, les gens d'affaires influents, les syndicats et les fournisseurs de service lançaient un cri d'alarme et revendiquaient une réforme gouvernementale du système de santé. La victoire inattendue de Harris Wofford contre l'ancien Procureur-général Richard Thornburgh lors d'une élection spéciale au Sénat de Pennsylvanie en 1991 a révélé les implications politiques de cette réforme. Dès 1992, le président Bush avait proposé un crédit d'impôt ainsi qu'un programme de bons d'assurance, mais l'insatisfaction croissante du public face à l'inaction gouvernementale dans le domaine de la santé allait s'intensifier pendant la campagne présidentielle. La réforme du système de santé fut présentée comme une question touchant la classe moyenne et concernant les soins de santé des travailleurs américains, ce qui allait

³⁴ Lawrence R. Jacobs, Robert Y. Shapiro et Eli C. Schulman, «Trends: Medical Care in the United States - an Update», *Public Opinion Quarterly*, vol. 57, no 3, automne 1993, p. 394-427.

propulser cette question en tête des débats politiques domestiques et contribuer à la victoire de Bill Clinton.

Alors que le gouvernement Clinton commençait à s'attaquer au problème de la réforme du système de santé, plusieurs solutions possibles faisaient déjà l'objet de discussions dans les cercles politiques. L'exemple du système canadien permettant d'équilibrer l'accessibilité des services et de contrôler les coûts a inspiré l'idée d'un système «payeur unique» dans le domaine de la santé, idée endossée par plusieurs experts de santé influents, les groupes de consommateurs, les organisations syndicales et les démocrates progressistes. À l'autre extrême, les Républicains proposaient des crédits d'impôt, de bons d'assurance et de comptes d'épargne médicaux. Entre les deux l'on retrouvait des suggestions pour étendre le programme *Medicare* déjà en place à d'autres groupes de la société ainsi que d'autres mesures visant à rendre obligatoire la couverture assurée par les employeurs et à encourager les «soins gérés»³⁵.

Les solutions proposées reflétaient la configuration institutionnelle américaine, ainsi que l'héritage des politiques antérieures. En effet, le plan Clinton de 1993 s'écartait du programme d'assurance sociale précédent *Medicare* et n'était plus axé sur l'aspect privé de la distribution des services de santé. Le plan de réforme du gouvernement Clinton avait pour but d'assurer à chaque Américain une couverture des soins médicaux par l'adoption de mesures visant à assurer la «compétition contrôlée» devant permettre la maîtrise des coûts sur le marché de l'assurance maladie³⁶. Cela impliquait la réglementation gouvernementale des compagnies d'assurance privées en créant des associations fonctionnant comme des coopératives de consommateurs afin de contrôler les coûts par le biais d'une compétition accrue et la mise en place de plafonds au niveau des dépenses. Le plan de réforme de Clinton impliquait donc l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé tout en sauvegardant la légitimité du marché privé de l'assurance médicale. Comme tel, le plan représentait la solution du juste milieu entre les revendications d'un programme entièrement financé par le gouvernement et les initiatives du marché libre proposées par les Républicains.

Cependant, le compromis Clinton, qui visait ce juste milieu en réglementant le marché privé de l'assurance maladie, n'avait cependant pas réussi à obtenir un soutien suffisant de la part des partisans de la réforme et, en même temps, devait faire face à l'opposition considérable de

³⁵ Robert J. Blendon, Jennifer N. Edwards et Andrew L. Hyams, «Making the Critical Choices», *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, no 18, 13 mai 1992, p. 2509-2520.

³⁶ Dan E. Beauchamp et Paul M. Ambroise, «Managing the Contradiction in the Clinton Health Plan» dans Pauline Vaillancourt-Rosenau, *op.cit.*

la part des groupes qui voulaient maintenir un système privé lucratif. Le lobby des médecins et des assureurs avait mené une campagne publique contre les propositions de Clinton et contre l'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé. Ainsi, lors des débats publics, ces deux groupes d'intérêts ont réussi à marginaliser ceux qui proposaient la réforme sociale. Au Congrès, le gouvernement Clinton devait faire face non seulement à l'opposition républicaine, mais aussi aux opposants du caucus démocrate; c'est-à-dire des membres plus progressistes mais aussi des membres de l'aile conservatrice du parti, ce qui a semé la confusion générale dans le public. Cette confusion était amplifiée par la complexité des détails contenus dans la proposition de réforme du Président, par le spectacle des factions en opposition au Congrès et par les prédictions menaçantes de la part des opposants³⁷.

Des contraintes institutionnelles ont incité le gouvernement Clinton à adopter la compétition contrôlée au lieu d'une intervention gouvernementale plus radicale, mais ces contraintes ont aussi contribué à la faillite de la proposition Clinton sur la réforme en matière de santé. Les divergences au sein du parti démocrate concernant la réforme du système de santé ont constitué la plus importante des contraintes. Au début, le seul bloc unifié au Congrès réunissait les partisans de l'option «payeur unique» ainsi que leurs alliés des groupes de consommateurs et syndicats. Cependant, l'aile progressiste du parti démocrate n'était pas en mesure d'aller de l'avant avec leur solution puisque leur appui était considéré comme assuré par le leadership démocrate qui, lui, refusait d'accepter des propositions perçues comme trop «radicales» et surtout, pouvant attirer les critiques de l'opposition républicaine et de ses alliés du lobby des médecins et des assureurs³⁸.

Néanmoins, les propositions de Clinton convergeaient avec quelques principes de base du système canadien. Elles reconnaissaient le besoin croissant d'une plus grande réglementation gouvernementale dans les domaines des soins médicaux et de l'assurance maladie, à la base de l'intervention gouvernementale en matière de santé dans les pays industrialisés. Plus spécifiquement, la condition d'universalité de l'assurance maladie, la transférabilité, l'étendue des prestations et, du moins initialement, l'étude de plafonds globaux des dépenses en matière de santé reflétaient aussi quelques caractéristiques des plans de santé

³⁷ Pour un post-mortem, consulter Adam Clymer, Robert Pear et Robin Toner. «For Health Care, Time Was a Killer», *New York Times*, 29 août 1994, p. A1; «Roundtable on the Defeat of Reform», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, no 2, été 1995, p. 391-494.

³⁸ Sur le rôle de la gauche dans la réforme de la santé aux États-Unis, consulter Vicente Navarro, *The Politics of Health Policy: The US Reforms, 1980-1994*, Oxford, Blackwell, 1994.

provinciaux au Canada. Cependant, les propositions de Clinton se distinguaient nettement en ce qu'elles dépendaient de l'assurance privée ou de la contribution de tiers partis et non d'un système à gestion publique.

Bien que l'ampleur du mouvement en faveur de la réforme du système de santé semble s'être atténuée, les problèmes qui l'ont suscitée demeurent. En effet, il est possible que les séquelles de l'affaire Clinton rendent encore plus difficiles de futures réformes. À la veille de l'effondrement de la réforme, le parti républicain a attaqué le principe de l'intervention gouvernementale dans les programmes sociaux et endossé des compressions importantes dans les programmes *Medicare* et *Medicaid*³⁹. Dans le futur, il serait possible de voir naître d'autres tentatives pour transférer le fardeau financier de l'assurance maladie aux États et aux consommateurs des services de santé.

Comparativement au Canada, les réformes dans le domaine de la santé au niveau des États membres sont plus limitées aux États-Unis. Bien que les États américains n'assument pas la même responsabilité constitutionnelle en matière de santé que les provinces canadiennes, la responsabilité partagée du financement et de l'administration des programmes de *Medicaid* a engendré des tensions comparables à celles du fédéralisme fiscal. L'inaction du gouvernement fédéral dans le dossier de la santé a obligé les États à concentrer leurs efforts sur l'accès aux soins médicaux et le contrôle des coûts, mais les obstacles économiques et institutionnels auxquels ils doivent faire face ont largement contribué à empêcher des réformes plus radicales ou des réformes d'ensemble dans le domaine de la santé⁴⁰.

Dès 1974, l'État d'Hawaï avait inauguré un programme de prestations de santé par lequel l'employeur devait offrir à ses employés des prestations de cet ordre, fournies par les grandes compagnies d'assurance. Bien que ce système d'assurance maladie ait été cité en exemple, en général les autres États n'ont pas adopté le même type de programme. Bien qu'au cours de la décennie précédente la plupart des États aient tenté de réformer leurs programmes de santé, en général il n'en est pas résulté de changements profonds, ceux-ci se concentrant principalement sur les options de soins pour augmenter l'accès des non-assurés et sur la réduction des dépenses relatives aux programmes de *Medicaid*⁴¹. En vertu du plan

³⁹ Sur les liens entre la réforme de la santé et le mouvement 'anti-gouvernement' aux États-Unis, consulter Theda Skocpol, *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn Against Government in U.S. Politics*, New York, W.W. Norton, 1996.

⁴⁰ Consulter Colleen M. Grogan, «Hope in Federalism?», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, no 2, été 1995, p. 477-484.

⁴¹ Au sujet des États et de la réforme de la santé, consulter John K. Iglehart, «Health Care Reform - The States», *New England Journal of Medicine*, vol. 330, no

Clinton, les États auraient obtenu la responsabilité d'administrer la réforme du système de santé et le mandat d'expérimenter au cours du processus, même avec la possibilité d'un mécanisme de «payeur unique». Dans bon nombre d'assemblées législatives, surtout au Vermont, au Minnesota et en Floride, bien qu'on ait semblé être en faveur du «payeur unique», aucune loi ne fut adoptée sur cette question⁴². Ces efforts limités et graduels dans la réforme du système de santé indiquent qu'il est peu possible de réformer sans une direction politique claire de la part du gouvernement fédéral.

Le transfert des coûts en matière de santé et la rhétorique sur les compressions des dépenses publiques se retrouvent dans les récentes initiatives de réforme des programmes de santé au Canada. Cependant, le discours sur la réforme du système de santé n'est pas le même, étant conditionné par la configuration institutionnelle canadienne et par l'importance des intérêts politiques associés au régime universel d'assurance maladie financé par le gouvernement.

La réforme du système de santé au Canada: vers l'équilibre des coûts et de l'accessibilité

Au moment même où les États-Unis, divisés sur la réforme de la santé, se tournaient vers le modèle canadien, la réforme du système de santé était à l'ordre du jour au Canada. Les événements de la dernière décennie ont montré que les politiciens des deux pays partageaient à peu près la même préoccupation à l'égard de l'accessibilité et des coûts des services de santé; certaines propositions de part et d'autre concernant la crise se rapprochaient également. Mais l'ampleur, le rythme et le résultat des politiques démontrent toutefois des divergences importantes.

Au Canada comme aux États-Unis, les réformes dans le domaine de la santé, jusqu'aux années 1960, se concentraient principalement sur l'amélioration de l'accessibilité des services médicaux. Par contre, les solutions avancées pour faire face au problème diffèrent considérablement. Au niveau fédéral, le gouvernement libéral avait mis sur pied en 1957 un programme d'assurance hospitalisation et, en 1966, un programme d'assurance maladie. Ces deux programmes s'inspiraient d'initiatives provinciales, notamment des précédents socio-démocrates du gouvernement de la Saskatchewan, pionnier de l'assurance hospitalisation en 1947 et de l'assurance maladie en 1962. Les paiements de transfert

1, 6 janvier 1994, p. 75-79; Suzanne Rotwein et al., «Medicaid and State Health Care Reform: Process, Programs and Policy Options», *Health Care Financing Review*, vol. 16, no 1, printemps 1995, p. 112-114.

⁴² Harry Nelson «The States That Could Not Wait» dans Daniel M. Fox et John K. Iglehart, *Five States That Could Not Wait: Lessons for Health Reform from Florida, Hawaii, Minnesota, Oregon and Vermont*, Cambridge, Blackwell, 1994.

provenant du gouvernement fédéral permettaient la diffusion de ces innovations à travers le Canada en imposant des «normes nationales» ancrées dans les principes de l'accessibilité des services médicaux financés par l'État.

Au cours des années 1970, alors que les provinces avaient mis sur pied ce type de programmes, le gouvernement fédéral a commencé à s'intéresser au contrôle des dépenses dans le domaine de la santé. Le système basé sur des grilles de tarifs négociés pour des médecins et l'allocation de budgets pour les hôpitaux permettait un certain contrôle des coûts et évitait les nombreux problèmes que rencontraient les États-Unis, où le secteur public participait au marché privé avec un contrôle sur le coût des services de santé. Cependant, au Canada le système de «frais par service» a accru la demande des services médicaux et augmenté les dépenses de santé. De plus, les accords à frais partagés entre le gouvernement fédéral et les provinces datant de 1957 et de 1966, qui obligeaient le palier fédéral à assumer presque la moitié des dépenses provinciales, ont amplifié le problème. En 1977, la *Loi sur le financement des programmes établis* allait remplacer les programmes à frais partagés par le financement en bloc, lié aux taux d'augmentation du PNB, et transférait aussi des points d'impôt aux provinces afin d'augmenter les fonds⁴³. Ainsi, le gouvernement fédéral intensifiait la responsabilité des provinces dans la maîtrise des coûts des services de santé. À cette fin, les provinces ont instauré certaines mesures, incluant la pratique plus fréquente de la surfacturation et l'imposition de frais d'utilisation. Par contre, le gouvernement fédéral jugeait que ces pratiques allaient à l'encontre des «normes nationales». La *Loi canadienne sur la santé* de 1984, ayant fusionné l'assurance maladie et hospitalisation sous la même loi et imposant également des pénalités financières aux provinces qui enfreignaient le principe d'égalité d'accès aux services médicaux, avait suscité une vive controverse au sujet de la perception d'impôt dans la sphère de pouvoir provincial⁴⁴.

Comme aux États-Unis, l'inquiétude face aux dépenses publiques a été amplifiée par l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement fédéral de droite en 1984. Comme chez les Républicains, le programme conservateur en matière de politique sociale s'est heurté à l'appui public accordé aux programmes existants. Comme la sécurité sociale avait déterminé les paramètres du discours politique américain, les Canadiens percevaient

⁴³ Les arrangements quant au partage des coûts et les réformes du FPE sont traités dans Lee Soderstrom, *The Canadian Health System*, London, Croom Helm, 1978.

⁴⁴ L'émergence de la Loi sur la Santé au Canada est traitée dans Monique Bégin, *L'assurance-santé: Plaidoyer pour le modèle canadien*, Montréal, Boréal, 1987.

l'universalité du système d'assurance maladie comme faisant partie intégrante de leur culture politique. L'instauration d'un système public d'assurance maladie avait rallié une grande partie de la population canadienne, non seulement chez les consommateurs, mais aussi chez les fournisseurs des services de santé.

En raison de la grande popularité du programme, le gouvernement conservateur de Brian Mulroney ne démantèlera pas le système canadien de santé. Néanmoins, les Conservateurs avaient tenté de réduire les dépenses sociales, en ayant recours aux tactiques visant à éviter tout blâme, qu'avait utilisées le gouvernement Reagan aux États-Unis⁴⁵. Les tentatives pour transférer le déficit aux provinces impliquaient la réduction des dépenses fédérales dans le secteur de la santé, la diminution des paiements en bloc en 1986 et leur gel en 1991, ce qui remettait effectivement aux provinces le fardeau des coûts⁴⁶.

Après 1993, le gouvernement libéral a adopté une stratégie de réforme plus ou moins contradictoire. D'un côté, la réorganisation des transferts fiscaux prévue par le Transfert social canadien en matière de santé devrait assurément réduire les paiements de transfert provenant du gouvernement fédéral et restreindre encore plus les budgets provinciaux en matière de santé⁴⁷. D'un autre côté, la vision centralisatrice du Parti libéral à l'égard du fédéralisme canadien le poussait à opter pour une stratégie plus agressive et à pénaliser les provinces qui défiaient les conditions de *La loi canadienne sur la santé* en tentant de réduire leur contribution dans ce domaine⁴⁸.

Ces pressions ont incité les gouvernements provinciaux à réduire leurs dépenses de santé en recherchant un équilibre viable entre l'accès aux services et les coûts de ceux-ci⁴⁹. Malgré de nombreuses différences dans

⁴⁵ Sur le «*blame avoidance*» et les stratégies de politiques publiques, consulter R. Kent Weaver, «The Politics of Blame Avoidance», *Journal of Public Policy*, vol. 6, no 4, 1986, p. 371-398.

⁴⁶ Paul Boothe et Barbara Johnson, «Stealing the Emperor's Clothes: Deficit Offloading and National Standards in Health Care», *Papers in Political Economy*, London, University of Western Ontario, novembre 1992.

⁴⁷ Susan D. Phillips, «The Canada Health and Social Transfer: Fiscal Federalism in Search of a Vision» dans Douglas M. Brown, (dir.), *Canada: The State of the Federation 1995*, Kingston, Queen's University, Institute of Intergovernmental Relations, 1995.

⁴⁸ Sur le fédéralisme et le système de santé au Canada, consulter Miriam Smith, «Medicare and Canadian Federalism» dans François Rocher et Miriam Smith, (dirs.), *New Trends in Canadian Federalism*, Peterborough: Broadview, 1995, p. 337.

⁴⁹ Au cours de la dernière décennie, de nombreuses commissions provinciales ou groupes d'études se sont penchés sur l'accessibilité et les coûts à la hausse de la santé. Pour une revue, consulter Douglas E. Angus, «A Great Canadian Prescription: Take Two Commissioned Studies and Call Me in the Morning», dans

les moyens pris par les provinces pour atteindre cet équilibre, la plupart des programmes de santé provinciaux ont été restructurés récemment et mettent généralement l'accent sur la réduction des dépenses et la rationalisation des services⁵⁰. Cela implique le transfert de leur responsabilité aux commissions régionales chargées de l'approvisionnement des services, et le transfert du fardeau du contrôle des dépenses en maîtrisant le taux de demande provenant des médecins et de leurs patients.

La mise en application de l'assurance maladie au niveau provincial a impliqué des compromis considérables face aux intérêts médicaux, et parfois même des confrontations. Mais les médecins avaient, par consensus, accepté les grilles de tarifs négociés. Les services de santé allaient continuer d'être offerts sur une base de paiement à l'acte et dans certaines provinces les médecins avaient le droit de se retirer du programme ou d'imposer aux patients une participation aux frais. Ces questions liées à l'accessibilité et aux coûts ont cependant incité les gouvernements provinciaux à réglementer l'approvisionnement des services de santé en limitant la facturation des soins médicaux et en répartissant les médecins spécialistes dans les différentes régions. Cependant, les administrateurs des hôpitaux devaient faire face à la réduction globale des budgets plus strictement renforcés; ce qui les obligeait à trouver des moyens innovateurs pour étirer leurs ressources: réduction des lits d'hôpitaux, limitation de l'achat de nouvel équipement et des coûts de construction, et réaffectation des services en ayant recours aux listes d'attente et aux soins à domicile.

Certains gouvernements provinciaux, en s'efforçant de maîtriser la demande de services médicaux, ont développé un certain intérêt pour les mécanismes de marché libre. Par exemple, on essayait de déterminer si des frais d'utilisation imposés par les hôpitaux pourraient décourager la surconsommation et diminuer le recours aux soins d'urgence, très dispendieux. On peut aussi constater un renouveau d'intérêt en ce qui concerne l'augmentation de la responsabilité individuelle face aux frais de santé soit par la participation aux frais par des franchises ou par l'imposition de taxes de santé. L'ouverture des services de santé au secteur privé s'est aussi accrue. Plusieurs provinces ont réduit la gamme des services assurés par l'État, par exemple les services des optométristes, les

R. Deber et G. Thompson, (dirs.), *Restructuring Canada's Health System: How Do We Get There From Here?*, Toronto, University of Toronto Press, 1992.

⁵⁰ Raisa B. Deber, Sharmila L. Mhatre et G. Ross Baker, «A Review of Provincial Initiatives» dans Ake Blomqvist et David M. Brown, (dirs.), *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Toronto, C.D. Howe, 1994. Les initiatives provinciales sont aussi traitées dans Deber et Thompson, *op. cit.*; Contandriopoulos et al., *op. cit.*

services dentaires et les médicaments. D'autres ont permis l'expansion des cliniques privées où les services sont couverts par l'assurance maladie, mais où les patients doivent déboursier des frais d'utilisation. En tentant ainsi de contrôler leur budget en matière de santé, surtout en appliquant des mesures de marché libre, les provinces risquent de se heurter aux conditions imposées par la *Loi canadienne sur la santé*.

En général, au Canada, l'établissement de réformes en matière de santé a donné lieu à une stratégie plus ou moins paradoxale consistant à la fois à renforcer la réglementation gouvernementale et à regarder de plus en plus du côté du secteur privé pour l'approvisionnement des services. Il y a là un élément ironique: alors que les Américains tentent d'imiter l'expérience des Canadiens, ces derniers semblent de plus en plus s'orienter vers les mécanismes du marché libre qui déterminent les règles du système d'assurance maladie aux États-Unis.

Conclusion: Modèles de convergence et de divergence dans la réforme des programmes de santé

Au départ, nous nous posons deux questions: le Canada et les États-Unis ont-ils suivi des orientations semblables ou différentes dans leur approche de la réforme? Comment l'institutionnalisation des systèmes d'assurance maladie a-t-elle conditionné les possibilités de réformes futures? Plusieurs indices mentionnés dans notre discussion sont utiles pour répondre à ces questions.

Bien que le Canada et les États-Unis aient développé des programmes d'assurance maladie différents, il reste que jusqu'aux années 1960, ces deux pays s'étaient engagés dans des débats politiques semblables en ce qui concerne le rôle de l'État et l'accessibilité aux services de santé. Toutefois, ces débats furent conditionnés par des institutions politiques et des systèmes partisans différents. Au Canada, la décentralisation du système fédéral a encouragé les innovations provinciales qui, en retour, testent la viabilité d'un système d'assurance maladie public. Le système parlementaire a également permis au gouvernement fédéral de jouer un plus grand rôle dans la diffusion de son intervention dans le domaine de la santé à travers le pays. La notion du droit aux services de santé n'est pas contestée, et les confrontations concernant les grilles de tarifs et la surfacturation au niveau provincial ont contribué à réduire les tensions entre les gouvernements et les groupes fournisseurs ainsi qu'à maintenir l'appui du public à ces programmes.

Dans le cas américain, les contraintes imposées par la séparation des pouvoirs ainsi que les exigences des coalitions partisans ont empêché la formation d'un consensus sur la réforme en matière de santé. Dans un milieu politique fortement divisé, la compétition entre l'exécutif et le législatif a entravé la mise sur pied de réformes cohérentes; l'absence de

discipline de parti ainsi que la perméabilité de la politique du Congrès ont permis aux opposants d'un système d'assurance maladie universel de se faire entendre. Au niveau des États membres, l'innovation a été rendue difficile par l'absence de direction au palier fédéral et la carence de normes nationales, ainsi que par la compétition entre les États dans leur nivellement par le bas en politique sociale.

Au cours des décennies qui ont suivi la mise sur pied de l'assurance maladie, ces deux pays ont grandement divergé sur la question de l'intervention de l'État: le Canada s'est doté d'un système d'assurance maladie public basé sur le principe d'universalité, alors que les États-Unis ont préféré un système public ciblant certains groupes démographiques et économiques. Par contre, les priorités générales de la réforme des programmes de santé demeurent essentiellement semblables: garantir l'accessibilité des services tout en améliorant l'efficacité financière du système. La différence réside dans le fait qu'au Canada, du moins jusqu'à tout récemment, les solutions mises de l'avant ont toujours été centrées sur l'intervention gouvernementale (dans les décisions concernant la demande et l'approvisionnement) et n'ont pas engendré le même type de débat sur le rôle gouvernemental que l'on retrouve aux États-Unis (où le conflit sur l'approvisionnement public ou privé des soins de santé ont suscité un débat politique particulièrement virulent). Par contre, il est possible de noter, depuis quelque temps, que les deux pays mènent le même débat en ce qui concerne le contrôle des coûts des services de santé et la tendance à transférer le fardeau fiscal aux États membres, aux consommateurs et aux fournisseurs.

Au Canada, les programmes de santé provinciaux ne permettent que d'une façon limitée l'introduction du marché privé dans l'assurance et l'approvisionnement des services. Cela est dû aux exigences fédérales en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins et la gestion publique du programme, de même qu'à l'influence de l'opinion publique. Le recours au secteur privé pourrait encourager de plus amples réductions des dépenses publiques dans le secteur de la santé, ce qui, en retour, susciterait soit la protestation du public face à de telles compressions soit l'érosion du consensus qui entoure en ce moment le financement d'un système public et universel.

En continuant de se décharger de son déficit et de transférer son fardeau financier aux provinces au moyen des réductions de paiements de transfert, le gouvernement fédéral pourrait contribuer à l'érosion des contraintes institutionnelles associées au fédéralisme. Le maintien du système de santé universel au Canada est dû au consensus et à la satisfaction des consommateurs et des fournisseurs, ces derniers ayant un intérêt dans le domaine de la santé et envers lesquels les politiciens sont redevables. Cependant, le fait que la rhétorique de la droite se traduise en

action concrète au niveau provincial (surtout en Alberta et en Ontario) indique que le Canada, lui aussi, n'est pas à l'abri d'un débat politique qui remet en question le rôle de l'État dans la sphère sociale.

Alors qu'au début des années 1990 les commentateurs politiques parlaient de l'adoption du système canadien de «payeur unique» par les États-Unis, aujourd'hui on peut se demander jusqu'à quel point le Canada va se laisser influencer par l'expérience américaine. Il semble improbable que le Canada et les États-Unis se retrouvent à mi-chemin; cela dépend de la nature de leurs institutions, lesquelles conditionnent le débat politique et leurs politiques dans le domaine de la santé.

Le Canada et les États-Unis doivent faire face à d'importantes remises en question de l'orientation à donner à un État-providence moderne. Dans le domaine de la santé, les choix à faire dans les deux pays sont conditionnés par les mêmes inquiétudes que cause l'augmentation rapide des coûts, l'écart croissant entre l'étendue des services assurés et leur accessibilité, ainsi que l'efficacité de leur gestion. Bien que dans le passé ces deux pays aient pris des voies différentes, ils ont aujourd'hui les mêmes préoccupations, surtout en ce qui concerne la formulation d'un système de santé rentable et intégral, garantissant l'accessibilité et la qualité des services. Au Canada, l'histoire et les débats politiques le démontrent, l'appui populaire à l'universalité du système de santé s'est développé avec le temps, et il persistera tant que les Canadiens considéreront que ce système répond à leurs besoins. Aux États-Unis, ce processus a pris plus de temps, et a entraîné des luttes politiques plus âpres. L'émergence d'un consensus sur le droit aux soins de santé et sur le rôle du gouvernement en tant que garant de ce droit reste possible. Pour cela, il faudra des innovateurs capables non seulement de rallier un grand nombre de citoyens autour d'une réforme en profondeur, mais aussi de l'appliquer et de transformer réellement les choses.