

Article

« Historique de l'évolution des modes de financement des services de santé au Canada »

Neil E. Collishaw

L'Actualité économique, vol. 56, n° 2, 1980, p. 154-163.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/600912ar>

DOI: 10.7202/600912ar

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

HISTORIQUE DE L'ÉVOLUTION DES MODES DE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA *

1. INTRODUCTION

Depuis déjà plusieurs années, il existe au Canada des systèmes publics et universels d'assurance-santé touchant les services médicaux et hospitaliers. Ces systèmes établis selon des exigences très précises, ont connu des périodes difficiles, et sont présentement dans une phase critique. D'une part, des désaccords profonds surgissent entre les niveaux de gouvernement, touchant le financement et le contrôle des services dans le domaine de la santé. D'autre part, à travers tout le pays, les médecins protestent et s'opposent aux programmes d'assurance-santé.

Par ailleurs, tandis que les hôpitaux se plaignent de déficits financiers, les gouvernements provinciaux soutiennent que les hôpitaux dépensent trop. Ces difficultés cruciales ne sont pas nouvelles pour le gouvernement, elles ne seront pas les dernières non plus. Mais, malgré cet état de crise, l'assurance-santé publique survit et survivra sans doute encore longtemps.

Pour mieux comprendre l'état actuel de l'assurance-santé au Canada et le rôle du gouvernement central dans les services de santé, il nous paraît à propos de vous donner une brève rétrospective de son histoire. Cet exposé n'est pas exhaustif et ne prétend pas donner une énumération complète de tous les événements historiques qui ont marqué l'assurance-santé au Canada. Il se veut plutôt une description des faits les plus saillants et des motivations profondes qui les ont suscités. Dans la conjoncture actuelle, un tel tour d'horizon pourrait fournir matière à un débat sur certains aspects économiques des services de santé.

2. HISTORIQUE

Période précédant la Deuxième Guerre mondiale

Avant 1840, les services de santé au Canada étaient dispensés en grande partie par des organismes privés bénévoles et des communautés

* Communication sur : « La demande et le financement des services de santé » présentée à la session : « Economie de la santé » dans le cadre de la réunion annuelle de la Société canadienne de Science économique tenue à Montréal, le 9 mai 1979.

chrétiennes de diverses confessions qui administraient des hôpitaux et quelques autres services sanitaires, dans un but humanitaire. L'Etat n'avait, alors, aucun rôle particulier dans le domaine de la santé au Canada.

En 1840, les assemblées du Haut-Canada et du Bas-Canada s'intéressent à la question et attribuent à l'Etat un rôle de participation. Ce dernier accorde des fonds pour la construction d'hôpitaux, apporte un soutien financier aux organismes ou agences bénévoles et des contributions pour la formation des médecins.

Dans les décennies qui suivirent, soit de 1850 à 1880, un flot importants d'immigrés arrivés au Canada, va contribuer à une extension considérable du rôle de l'Etat dans le domaine de la santé.

Lors de l'élection fédérale de 1919, W.L.M. King, alors candidat aux élections, lance l'idée d'un plan global d'assurance-santé. Cependant, dans les 25 années qui suivirent, aucune action sérieuse ne sera entreprise par le gouvernement fédéral pour mettre en place un tel programme d'assurance-santé. Ce n'est que 52 ans après cette promesse électorale, soit en 1971, qu'un programme d'assurance-santé nationale sera mis sur pied.

Mise en place d'un plan d'assurance-santé (1945-1971)

En 1945, dans le cadre d'un vaste programme social, le gouvernement fédéral fait une première tentative et propose un plan d'assurance-santé beaucoup plus étendu que les programmes actuels. Il englobait, entre autres, les services médicaux, hospitaliers, dentaires et pharmaceutiques. Le projet échoua pour deux raisons qu'on peut qualifier d'historiques, tant elles ont fait l'objet de vifs débats au cours de notre histoire : l'opposition du corps médical et celle des provinces.

Malgré un échec apparent, ce projet de 1945 va, par la suite, faire germer dans l'esprit des dirigeants provinciaux, des professionnels de la santé et de la population en général l'idée d'un plan d'assurance-santé.

En 1948, le projet de 1945 refait surface mais de façon partielle. Le gouvernement fédéral, dirigé par W.L.M. King, lance de façon unilatérale un programme de subventions nationales à la santé. Les subventions sont versées directement aux provinces, pour la santé publique, le contrôle des maladies infectieuses, la formation professionnelle, la recherche et surtout pour la construction d'hôpitaux. Ces argents furent très appréciés par les gouvernements provinciaux.

Déjà, l'année précédente, la Saskatchewan avait mis sur pied un premier programme provincial d'assurance-hospitalisation. En 1949, imitant la Saskatchewan, la Colombie-Britannique, l'Alberta et Terre-Neuve

implantent leur propre programme d'assurance-hospitalisation. En 1958, un programme fédéral-provincial est élaboré et mis en place avec la participation de 5 provinces. Trois ans plus tard, en 1961, toutes les provinces possèdent un programme d'assurance-hospitalisation. Grâce aux programmes d'assurance-hospitalisation déjà existants dans plusieurs provinces et à l'aide fédérale accordée pour la construction d'hôpitaux, l'établissement de ces programmes fut relativement facile.

Ce programme d'assurance-hospitalisation mis de l'avant par le gouvernement fédéral d'alors, donnait des résultats intéressants. Tout d'abord, l'accès aux soins hospitaliers était nettement amélioré pour un bon nombre de Canadiens. Deuxièmement, en assurant une répartition plus équitable des ressources hospitalières dans les provinces, le programme atteignait son but. En 1980, même s'il existe encore des disparités dans l'accès aux soins et dans la répartition des ressources hospitalières provinciales, il n'est pas moins vrai que la situation actuelle est nettement plus favorable que dans les années précédentes. D'autre part, l'assurance-hospitalisation a accéléré la construction hospitalière. Dans les hôpitaux, le nombre de lits *per capita* s'est accru de 4.5 en 1954 à 7.0 en 1971. Tels sont quelques-uns des avantages du programme d'assurance-hospitalisation.

Mentionnons également quelques aspects négatifs. La mise en place de l'assurance-hospitalisation allait augmenter les coûts des soins de santé. Ce programme incitait les gouvernements provinciaux, les médecins et leurs clients à une utilisation exagérée des services hospitaliers plutôt que de faire appel à d'autres services, moins coûteux, tout aussi efficaces mais non assurés. Cette attitude entraîna une augmentation importante des coûts pour les soins hospitaliers. Notons cependant que ce programme d'assurance-hospitalisation avait été mis en place par l'Etat selon une logique politique irréprochable d'où était absent le désir de contrôle des coûts.

Par la suite, l'infusion, par le gouvernement fédéral, d'argent considérables dans le programme national d'assurance-hospitalisation va permettre à la Saskatchewan, dès 1962, l'établissement d'un régime d'assurance-médicale : on se souviendra de la fameuse grève des médecins que ce nouveau régime avait suscitée. De 1963 à 1966, la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario vont instaurer leur programme d'assurance-médicale respectif. L'existence de ces programmes provinciaux va rendre possible, en 1968, l'établissement d'un système national d'assurance-médicale. Puis, en 1972, toutes les provinces emboîteront le pas pour se joindre au programme national. Malgré une vive opposition de certaines provinces, la nécessité de s'inscrire à ce programme pour toucher les fonds fédéraux importants qui y sont rattachés, les obligera à y adhérer.

Changements récents (1972-1979)

Dès 1972, un programme universel, global et public d'assurance-médicale est en place. Les frais de réalisation d'un tel programme coûtent à l'Etat des sommes considérables, mais l'accès de la population canadienne aux soins médicaux est nettement amélioré. Néanmoins, ce geste du fédéral, perçu par les provinces comme une ingérence dans leur champ de juridiction, va entraîner une détérioration des relations fédérales-provinciales.

L'attitude de confrontation qui caractérise les relations fédérales-provinciales actuelles trouve son origine, en grande partie, dans l'implantation nationale de l'assurance-médicale. De plus, particulièrement dans les premières années de son application, le programme d'assurance-médicale entraîna une augmentation des dépenses déjà très élevées, en milieu hospitalier. Par voie de conséquence, la part du PNB affectée aux dépenses de ce programme augmenta également. De 5.6% en 1960, elle passe à 7.4% en 1971. Heureusement, cette période d'augmentation rapide des coûts de la santé ne durera pas. Subissant même une légère diminution par la suite, elle va se stabiliser entre les années 1972 et 1976 à près de 7%.

Lors de l'instauration de ces programmes, le contrôle des coûts de la santé n'avait pas été une priorité. On visait surtout l'amélioration des soins de santé et une accessibilité plus grande à ces mêmes soins. Les efforts conjugués des gouvernements fédéral et provinciaux pour contrôler les coûts de la santé tout en assurant l'application intégrale des programmes universels d'assurance-santé, auront marqué les années 1972 à 1976.

Mentionnons quelques-unes des mesures prises alors, pour freiner l'augmentation trop rapide de coûts.

Au niveau provincial

- 1) Les gouvernements adoptent une attitude ferme et négocient avec les professionnels de la santé, particulièrement les médecins, les taux de rémunération.
- 2) Ils adoptent des mesures de restrictions en limitant à de minimes augmentations les budgets des hôpitaux, en fermant en partie ou même totalement des hôpitaux.

Au niveau fédéral

Le gouvernement central cherche, lui aussi, à freiner les coûts de la santé. Avant de nous y attarder, il est important de rappeler une action indirecte posée alors et qui a beaucoup influencé les événements récents.

En 1974, Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à l'époque, publie un document intitulé : *La nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* démontrant clairement que les grands problèmes de santé au Canada sont : les maladies cardio-vasculaires, les accidents, le suicide et les cancers respiratoires et qu'ils sont directement reliés à l'environnement et au mode de vie des Canadiens. Qui plus est, le document établit de manière évidente que la solution de ces problèmes ne réside pas dans un accroissement des ressources affectées aux soins médicaux et hospitaliers. *La nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* propose plutôt de mettre l'accent sur des moyens de prévention primaire, par des programmes axés sur le changement des modes de vie et l'assainissement de l'environnement.

Bien accepté partout au Canada, voire même dans d'autres pays, ce document a engendré, depuis sa parution, un grand nombre de programmes de santé préventive et des comportements humains positifs dans tous les milieux. Mais, *La nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* avait aussi un objectif secondaire : elle rendait plus acceptables, politiquement, les mesures subséquentes que le gouvernement central allait entreprendre pour contrôler les coûts des soins de santé. En voici un aperçu.

En 1976, le gouvernement fédéral limite à un maximum de 13% l'augmentation annuelle des paiements aux provinces, décrétée dans la Loi sur les soins médicaux de 1968.

Cette action est suivie, dès le 1^{er} avril 1977, de l'élaboration de la Loi sur le financement des programmes établis (F.P.E.). Etant donné qu'aujourd'hui, en 1980, le programme de financement des soins de santé est encore régi par cette loi, prenons un peu de temps pour le scruter.

Financement des programmes établis

Au départ, le F.P.E. a été proposé pour corriger des déficiences perçues comme majeures, dans les programmes d'assurance-santé établis. On en comptait quatre :

- 1) Les gouvernements provinciaux se plaignaient que le système de financement établi ne répondait pas aux priorités sanitaires de leur province. On objectait que les fonds fédéraux disponibles aux provinces ne couvraient que quelques programmes tels les soins hospitaliers et médicaux alors que les services de soins à domicile, par exemple, étaient moins couverts.
- 2) L'inflexibilité du système de financement ne permettait pas aux provinces, d'une part, de contrôler les coûts de leurs soins de santé et, d'autre part, elles avaient peu d'intérêt à le faire : la moitié des augmentations annuelles étant payées par le gouvernement central.

- 3) Obligé, selon la loi, de verser aux provinces 50% des coûts d'assurance-santé, le gouvernement fédéral ne pouvait, lui non plus, contrôler ces coûts.
- 4) L'absence de limite à l'augmentation des coûts des soins de santé, susceptibles d'être financés par les deux niveaux de gouvernement, ne permettait, ni au gouvernement fédéral, ni aux provinces de prévoir ces coûts d'une année à l'autre.

Tout en cherchant une solution à ces problèmes, on désirait également sauvegarder les quatre principes fondamentaux qui étayaient les lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-médicale. Ces principes étaient :

- 1) l'établissement d'une gamme complète de services médicaux et hospitaliers ;
- 2) l'assurance universelle disponible à toute la population ;
- 3) le droit de transférer l'assurance d'une province à une autre ;
- 4) l'administration à but non lucratif par un organisme public.

Tout en conservant ces principes de base, le F.P.E. est un système de financement qui a été complètement révisé, dans le but de pallier les problèmes soulignés plus haut.

Il se divise en deux parties : une contribution en argent liquide et un transfert de points d'impôts octroyés par le gouvernement fédéral aux provinces.

La contribution en argent liquide se répartit ainsi :

- 1) Une contribution de base égale à 50% de la contribution fédérale per capita versée pour l'année fiscale 1975-76, plus un montant de \$7.63 per capita, rajusté chaque année, selon l'augmentation du P.N.B.
- 2) Un paiement de rajustement provisoire ajouté au revenu des provinces, venant des points d'impôt transférés à celles-ci par le gouvernement fédéral, afin que la somme de ces revenus soit égale à la contribution de base versée à chaque province : ceci à cause des disparités entre les provinces en matière de revenus provenant des impôts.
- 3) Un paiement d'égalisation pour uniformiser les contributions de base per capita pour une période de cinq ans. Les contributions fédérales aux provinces pour l'année de base 1975-76 n'ayant pas été uniformes, cette mesure vient les corriger.
- 4) Un paiement de \$20. per capita, rajusté à la progression annuelle du PNB, dans le but de permettre aux provinces le financement des services de soins intermédiaires en maison de repos, des services de

soins en établissement pour adultes, des hôpitaux psychiatriques convertis, des services de soins à domicile et des soins ambulatoires.

La deuxième partie du F.P.E., soit le transfert de points d'impôt, comprend deux aspects :

- 1) Un transfert par le gouvernement fédéral aux provinces, de 13.5 points d'impôt sur le revenu personnel des contribuables.
- 2) Un transfert par le gouvernement fédéral aux provinces, d'un point d'impôt sur les corporations.

Ces transferts de points d'impôt représentaient \$3.3 milliards pour l'année 1977-78. Ces argents consentis devaient être attribués à l'éducation post-secondaire et à l'assurance-santé tel qu'indiqué dans le programme F.P.E.

Avantages

Le F.P.E. comporte de nombreux avantages. Citons les suivants :

- 1) Le contrôle des soins de santé étant en grande partie confié aux gouvernements provinciaux, ils jouissent d'une plus grande flexibilité dans l'établissement de leurs priorités en matière de soins de santé.
- 2) Si, d'une part, les augmentations de dépenses en soins de santé excédant le taux d'augmentation du P.N.B. sont l'entière responsabilité des provinces, d'autre part, en administrant les argents reçus, elles ont la possibilité de réaliser des économies, sans être tenues de retourner les excédents au fédéral, et sans voir diminuer les contributions de celui-ci par la suite.
- 3) Depuis 1977-1978, l'apport du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé est beaucoup plus important mais il lui est possible de faire des prévisions réalistes et de maintenir une certaine stabilité. Le tableau suivant le démontre :

**POURCENTAGE DES AUGMENTATIONS ANNUELLES DES CONTRIBUTIONS
FÉDÉRALES AUX SOINS DE SANTÉ**

Partage des coûts :	1975-76	21.5%
	1976-77	14.6%
Financement des programmes établis :	1977-78	32.7%
	1978-79	14.3%
	1979-80	13.4%

Référence : Santé et Bien-être social Canada, Ottawa 1979 (Données non publiées).

N.B. L'augmentation considérable de 33% la première année du F.P.E. est due aux nouveaux paiements fédéraux, soit le paiement de rajustement provisoire, le paiement d'égalisation et le financement des services complémentaires. Cependant, depuis 1977-78 les augmentations annuelles se sont stabilisées à un niveau inférieur de 13 à 14%.

4) Malgré cette révision complète du financement des programmes établis dans le secteur des soins de santé, les quatre principes de base sont maintenus. Ce sont :

- une gamme complète de services
- accessibilité à tous
- transférabilité d'une province à l'autre
- administration à but non lucratif par les institutions publiques.

Inconvénients

Bien que le F.P.E. offre des avantages, il comporte aussi un certain nombre d'inconvénients. En voici quelques-uns :

- 1) En accordant plus d'autonomie aux provinces, le contrôle du gouvernement fédéral sur les argents versés est d'autant amoindri. La chose n'est pas mauvaise en elle-même, dans la mesure où la gestion du système de soins de santé est satisfaisante et respecte les principes établis.
- 2) La garantie que les provinces dépenseront les contributions fédérales pour fins de santé n'existe plus. Le minimum de réalisations requises dans ce domaine, au plan provincial, pour satisfaire aux normes fédérales est dépassé depuis déjà plusieurs années. Il en découle que certaines provinces pourraient facilement diminuer leurs dépenses en soins de santé, satisfaire aux quatre conditions de base sans toutefois améliorer l'efficacité de leurs services.
- 3) Au départ, le gouvernement fédéral avait prévu un paiement de rajustement provisoire de \$137 millions pour la première année d'exercice du F.P.E. en 1977-78. Or ce paiement s'est élevé à \$545 millions cette même année. En 1979-80, ce paiement atteindrait les \$901 millions. Cette situation s'explique par le fait que, d'une part, les taxes provinciales ont rapporté aux provinces des revenus plus bas que prévus et que, d'autre part, le gouvernement fédéral s'est engagé à rembourser à celles-ci ces revenus d'impôt non perçus.

De plus, il appert que cette situation de manque à gagner des provinces tend à se continuer pour plusieurs années encore : situation d'autant plus difficile si l'on considère que le gouvernement central doit payer aux provinces des fonds imprévus, à partir d'un revenu fédéral réduit par le transfert de points d'impôt aux gouvernements provinciaux.

- 4) Pour certaines provinces le paiement de \$20. per capita pour les soins complémentaires s'avère insuffisant. Elles estiment que la mise en place de réseaux de maisons de repos, de soins à domicile, etc., va dépasser de beaucoup l'aide fédérale apportée.

- 5) Actuellement, avec le financement des programmes établis tel qu'il existe, l'augmentation des contributions fédérales est en fonction de la progression du PNB et de la population. Or, les besoins en soins de santé, eux, n'augmentent pas en fonction de l'augmentation du PNB et partiellement seulement en fonction de l'accroissement de la population. Les besoins d'une population en soins de santé s'accroissent plutôt, dépendant de son état de santé et de la répartition d'âge de ses habitants. Dans ces conditions, le F.P.E. pourrait poser de sérieuses difficultés. Ce serait plus vrai encore si on assistait à une diminution du PNB ou d'une population provinciale. Ces deux possibilités entraîneraient une diminution des contributions fédérales aux services de santé sans, pour autant, que les besoins de ces mêmes services diminuent.

A la lumière de ces énoncés, si l'on veut faire un bilan du système de financement des programmes établis, il nous semble que les avantages sont plus importants que les inconvénients. Le F.P.E. accorde une plus grande autonomie aux provinces en leur laissant le contrôle des coûts de la santé en leur permettant une très grande flexibilité d'action tout en maintenant la qualité des services offerts à la population. Par ailleurs, les points négatifs soulevés sont tous susceptibles de rectification au fur et à mesure que l'expérience progresse, sous la vigilance des deux échelons de gouvernement qui en assurent son bon fonctionnement.

3. CONCLUSION

L'histoire naturelle du financement public de la santé au Canada est très curieuse. Lancée à tous vents lors d'une tribune électorale, l'idée d'un plan d'assurance-santé continuera pendant 52 ans sa longue période de gestation. Le chemin fut long et difficile avant qu'une ébauche de réalisation voit le jour. Puis, brûlant soudain les étapes, au rythme de l'évolution moderne, le projet prend forme, s'implante et se développe en moins de 5 ans, soutenu globalement par la population canadienne. (Selon plusieurs sondages d'opinions publiques à partir des années 40, plus de 80% de la population canadienne est grandement favorable à l'assurance-santé publique.)

Subissant les remous inévitables d'une évolution rapide, il traverse des moments de crise, affronte des difficultés qui lui permettront de réajuster son orientation et d'entrevoir son but ultime : le mieux-être de la nation canadienne.

Aujourd'hui, la période expérimentale semble arrivée à maturité. Cependant, trop de facteurs imprévisibles, impondérables, notamment à caractère politique, nous empêchent de prévoir la fin de son expérimentation. Notre tour d'horizon s'arrête ici pour laisser place à votre réflexion.

Neil E. COLLISHAW.

RÉFÉRENCES

1. ANDREOPOULOS, S. (éd.), *National Health Insurance : Can We Learn from Canada ?*, Wiley, Toronto, 1975.
2. BADGLEY, R.F. et CHARLES, C.A., « Health and Inequality : Unresolved Policy Issues », *Canadian Social Policy*, 1979, pp. 71-86.
3. « Basic Outline of Established Programs Financing », document photocopié, Santé et Bien-être social Canada, 1978.
4. « Established Programs Financing », document photocopié, Santé et Bien-être social Canada, décembre 1978.
5. « Financement des programmes établis, partie VI ». *Gazette du Canada*, tome 2, numéro 3, 31 mars 1977, pp. 18-32.
6. « Revue des services de santé au Canada, 1976 », Santé et Bien-être social Canada, 1976.
7. TRUDEAU, P.E., « Established Program Financing », document présenté lors d'une réunion de premiers ministres, 15 juin 1976.
8. TAYLOR, M.G., *Health Insurance and Canadian Public Policy*. McGill-Queen's University Press, Montréal, 1978.