

L'État-providence québécois face au pouvoir fédéral de dépenser dans le domaine de la santé : évolution du système de santé québécois de 1999 à 2015

Gabriel Gosselin¹, École de santé publique de l'Université de Montréal¹



Contexte

- Répartition des compétences entre le gouvernement central et les provinces
 - Domaine de compétence exclusif réservé aux provinces selon l'Acte confédératif de 1867, la santé au Canada fut sujet de nombreux conflits entre le Québec et Ottawa.
- Financement partagé
 - Désengagement du fédéral en matière de transferts en santé à partir du milieu des années 1990.
 - La formule de financement partagée de la prestation de services des provinces canadiennes en santé, la contribution fédérale n'a cessé de diminuer à travers les décennies, s'éloignant du 50/50 originel pour se rapprocher du cinquième des dépenses budgétaires des provinces au milieu des années quatre-vingt-dix.
 - Coupures de 6 milliards de dollars dans le budget fédéral de 1995.
 - Redéfinition du rôle d'Ottawa dans le domaine des politiques sociales et c'est dans ce contexte qu'il va entreprendre le processus de l'entente-cadre sur l'union sociale canadienne, qui sera signée par tous les gouvernements (sauf le Québec) en 1999.

Objectif de la recherche

- Analyser le rôle des gouvernements fédéraux et québécois dans le développement des politiques de santé au Québec.
- Comment la solidarité territoriale influence-t-elle l'action des gouvernements québécois dans le domaine de la santé et de et comment s'exprime-t-elle dans les dynamiques institutionnelles fédérales et le partage des compétences?
- Observons-nous un effacement de l'État-Providence québécois dans la santé?

Tableau 1
Les provinces ressentent la pression
Taux de croissance des dépenses de santé des provinces et du transfert canadien pour la santé

Croissance selon la période	Dépenses de santé	Transfert fédéral	Écart annuel	Écart cumulatif pour la période
Toutes les provinces				
	Taux de croissance annuel moyen, %			
	Écart, points de pourcentage			
2005-06 à 2024-25	5,3 %	5,1 %	-0,2 %	-9,7 %
2015-16 à 2024-25	5,3 %	4,8 %	-0,5 %	-5,7 %
2019-20 à 2024-25	6,5 %	5,2 %	-1,3 %	-8,0 %
Québec				
2005-06 à 2024-25	5,3 %	4,4 %	-0,8 %	-37,5 %
2015-16 à 2024-25	5,7 %	4,3 %	-1,4 %	-18,3 %
2019-20 à 2024-25	6,8 %	4,6 %	-2,2 %	-13,7 %

Sources : Comptes publics des provinces (diverses années) et gouvernement du Canada, Tableaux de transferts historiques

Méthodologie

- Étude longitudinale et analyse qualitative de l'évolution du système de santé, à partir d'évènements marquants, comme des réformes, des ententes entre entités fédérées et commissions parlementaires.
- Institutionnalisme historique

L'Union sociale canadienne et les transferts en santé (1999)



Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000).



Accord sur le renouvellement des soins de santé (2003)



Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003).



Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec (2004)



Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015).

Discussion et réflexions

- Déséquilibre fiscal sur le dos des provinces
- Le gouvernement canadien est en position d'arbitrer les modalités d'application du pouvoir de dépenser dans le contexte plus large du fédéralisme fiscal.
- Conflit de légitimités entre deux perspectives : Perspective pluraliste du fédéralisme vs. Perspective unilatérale.
- Redéfinition du rôle du gouvernement fédéral en santé, à travers le Transfert canadien en matière de santé (TCS), impossible de faire appliquer ces conditions au Québec.
- Recul de l'engagement citoyen et étatique dans la gestion de la santé
- La viabilité du système de santé québécois est au centre des préoccupations des commissions parlementaires.
- Sur cette période, on observe une réorganisation des structures du réseau et une rationalisation de la gestion publique de la santé, avec une ouverture vers des partenariats public-privé.
- Mise à mal des principes structurants de la santé publique (universalité, accessibilité, équité, solidarité).

le CReSP est issu d'un partenariat entre

