

L'heure juste

concernant les transferts
fédéraux aux provinces



Jonathan Deslauriers
Robert Gagné
Fabienne Éléonore Gouba
Jonathan Paré

Auteurs

Jonathan Deslauriers
Robert Gagné
Fabienne Éléonore Gouba
Jonathan Paré

Professionnel de recherche

Jean Garry Junior Roc

Mise en page

Jérôme Boivin

**Centre sur la productivité et la prospérité –
Fondation Walter J. Somers
HEC Montréal**

3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) Canada H3T 2A7
Téléphone : 514 340-6449

Dépôt légal : deuxième trimestre 2021
ISBN : 978-2-924208-80-9

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

Image de page couverture : iStock @MarcBruxelle

Cette publication a bénéficié du soutien financier du ministère des Finances du Québec et de la Fondation Walter J. Somers.

Les textes, opinions, renseignements et informations exprimés dans le document n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et non celle du ministère des Finances. L'information présentée dans ce document ne reflète pas nécessairement les opinions du ministère des Finances.

© 2021 Centre sur la productivité et la prospérité –
Fondation Walter J. Somers, HEC Montréal

L'heure juste

concernant les transferts fédéraux aux provinces

À propos du Centre sur la productivité et la prospérité – Fondation Walter J. Somers

Le Centre sur la productivité et la prospérité – Fondation Walter J. Somers mène une double mission. Il se consacre d'abord à la recherche sur la productivité et la prospérité en ayant comme principal sujet d'étude le Québec. Ensuite, il veille à faire connaître les résultats de ses travaux par des activités de transfert et d'éducation.

À propos de la Fondation Walter J. Somers

En hommage au fondateur de l'entreprise Walter Technologies pour surfaces, la famille Somers a mis sur pied la Fondation Walter J. Somers. À travers différents dons, la Fondation perpétue l'héritage familial d'engagement envers la communauté et contribue à la prospérité de la société québécoise, d'abord en veillant à améliorer sa productivité, mais également en appuyant l'excellence dans l'éducation des jeunes.

Pour en apprendre davantage sur le Centre, visitez le www.hec.ca/cpp ou écrivez-nous, à info.cpp@hec.ca

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : UNE BRÈVE HISTOIRE DE L'INTERVENTION FÉDÉRALE POUR ASSURER UNE PRESTATION DE SERVICES MINIMALE DES COMPÉTENCES PROVINCIALES	7
Trois leviers, deux déséquilibres	7
La péréquation	7
Les transferts canadiens en santé et services sociaux	14
Transferts fédéraux : état des lieux	21
Analyse	23
PARTIE 2 : DES SOLUTIONS POUR ASSURER UN FINANCEMENT ADÉQUAT DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU CANADA	26
Le statu quo et les revendications provinciales	28
Condition #1 : améliorer significativement la reddition de comptes au bénéfice des contribuables et des usagers	32
Condition #2 : corriger le déséquilibre fiscal vertical	35
CONCLUSION	36
SOURCE DES DONNÉES	38

INTRODUCTION

Le bras de fer qui s'est engagé entre le gouvernement fédéral et les provinces canadiennes au sujet du Transfert canadien en matière de santé (TCS) cache des enjeux économiques et politiques qui vont bien au-delà de la simple détermination du montant à transférer pour supporter les systèmes de santé provinciaux.

Sous la surface, on retrouve des enjeux propres au fédéralisme fiscal. Fortement décentralisés, les pouvoirs en matière de santé, d'éducation et de services sociaux ont été attribués aux provinces au moment de la naissance de la Confédération en 1867, c'est-à-dire à une époque où ces missions étaient considérées comme secondaires. Lorsque l'État providence émerge au milieu du 20^e siècle et que le filet social canadien commence à se déployer, le contexte de la fédération canadienne n'est plus le même, et les mécanismes nécessaires au financement de ces missions ne sont clairement pas adaptés aux besoins des provinces.

En plus de faire face à une demande croissante en raison du baby-boom qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, les provinces ne disposent alors plus de l'autonomie fiscale requise pour financer des services publics d'envergure, le gouvernement fédéral ayant réquisitionné leurs pouvoirs fiscaux au début des années 40 pour financer l'effort de guerre. La plupart des provinces n'ont donc pas les ressources nécessaires pour financer le déploiement d'une couverture sociale équivalente aux ambitions du gouvernement fédéral.¹ Pour rééquilibrer le partage des pouvoirs fiscaux, le gouvernement fédéral choisit alors d'intervenir sur deux fronts.

¹ La première ébauche de cette couverture sociale s'est matérialisée en 1947, lorsque la province de la Saskatchewan a mis en place un régime public couvrant les soins prodigués dans les hôpitaux. Quatorze années plus tard, toutes les provinces canadiennes s'étaient dotées d'un régime public d'assurance-hospitalisation. Source : *The National Finances 1977-78*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1978, page 117.

Plutôt que de recéder les pouvoirs fiscaux aux provinces pour qu'elles financent elles-mêmes les programmes souhaités, le gouvernement fédéral met en place un système de financement à coûts partagés pour supporter celles-ci dans l'établissement de programmes précis dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux. Ainsi, c'est pour corriger un déséquilibre fiscal vertical que les premiers transferts d'envergure ont été initiés.² Proposés à mesure que le filet social canadien commence à se déployer, les règles et fondements encadrant ces transferts se sont obscurcis au fil du temps. Désormais transformée en un objet politique, la fonction même de ces transferts semble avoir été oubliée : corriger un déséquilibre fiscal vertical bien réel afin que les provinces soient en mesure de soutenir un système de santé universel et une couverture sociale minimale.

Par ailleurs conscient d'un déséquilibre naturel dans la capacité de chaque province à générer de la richesse – et conséquemment à prélever des revenus, un phénomène mieux connu comme le déséquilibre fiscal horizontal – le gouvernement fédéral met en place un système de péréquation en 1957 de manière à niveler les revenus des provinces pour que toutes soient en mesure de financer des services publics de qualité et quantité comparables.³ Enchâssé dans la constitution de 1982, le système de péréquation est normé et a un objectif clairement défini : favoriser l'égalité entre les Canadiens en corrigeant le déséquilibre fiscal horizontal qui existe entre les provinces.

Encore aujourd'hui en fonction, ces mécanismes de rééquilibrage poursuivent le même objectif : s'assurer que les citoyens canadiens puissent recevoir des services publics de qualité et quantité comparables. Cela dit, c'est pour régler des déséquilibres fiscaux de nature différente qu'ils sont en place.

Outil essentiel et particulièrement efficace dans un contexte fédératif où l'on souhaite éviter les débordements interrégionaux, la péréquation nivelle la capacité fiscale des provinces pour s'assurer que toutes soient en mesure d'offrir les mêmes services que leurs voisines. À terme, la péréquation permet donc une équité horizontale similaire à celle qu'un État unitaire est théoriquement en mesure d'assurer sur son territoire.

Au contraire, les transferts en santé et en services sociaux tentent de corriger un déséquilibre fiscal vertical créé par la présence du gouvernement fédéral dans des assiettes fiscales qu'il partage avec les provinces : l'impôt sur le revenu des particuliers, l'impôt sur les sociétés, les taxes de vente, etc. En somme, le gouvernement fédéral a la possibilité de prélever autant de revenus que les provinces à partir des mêmes assiettes fiscales – ce qu'il fait à toutes fins pratiques – alors que ses responsabilités sont très différentes et, de nos jours, moins importantes.

Dans un contexte budgétaire post-pandémique où des déficits budgétaires sont prévus de part et d'autre à court et moyen termes, un tel constat a de quoi préoccuper. Au cours des prochaines années, le choc démographique devrait culminer et la pression sur les systèmes de santé et de services sociaux devrait s'accroître en raison du vieillissement de la population. De fait, l'actuel bras de fer entre le gouvernement fédéral et les provinces dissimule un enjeu beaucoup plus concret, mais dont on fait malheureusement rarement état : quel palier de gouvernement devra porter l'odieux de hausser ses taxes et impôts, s'endetter ou diminuer ses autres dépenses pour financer la santé et les services sociaux?

2 Ces transferts ont été instaurés dès le début des années 1910, et prenaient la forme de subventions conditionnelles qui étaient octroyées pour financer des programmes précis en agriculture, santé, éducation ou dans le cadre des pensions de vieillesse. Source : Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), *Le déséquilibre fiscal au Canada – contexte historique*.

3 Plus précisément, les provinces ayant signé les accords de location de 1957 recevaient une compensation financière qui était composée des éléments suivants : 10 % de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers, 9 % de l'impôt sur le revenu des sociétés et 50 % des droits fédéraux de succession. Source : *The National Finances 1961-62*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1961, page 107.

Pour démystifier la question des transferts fédéraux et les enjeux afférents, le Centre sur la productivité et la prospérité – Fondation Walter J. Somers propose une analyse à l'intention des citoyens. En inscrivant les revendications des provinces dans leur contexte historique, les pages qui suivent permettront au lecteur de comprendre pourquoi le gouvernement fédéral intervient sur des compétences provinciales, mais également en quoi le système actuel de partage des coûts est devenu un outil politique qui sert mal les intérêts des usagers des systèmes de santé provinciaux et ceux des contribuables canadiens qui, ultimement, financent tous ces programmes peu importe l'endroit où ils habitent au Canada.

En prenant pour acquis que les revendications des provinces sont justifiées, l'analyse démontrera que les provinces font fausse route en cherchant à augmenter la contribution fédérale à la santé par le biais d'une hausse de ses transferts. En recherchant un équilibre de long terme quant à l'endettement relatif des deux paliers de gouvernements plutôt que de s'attaquer aux fondements structurels du problème, leur solution agira au mieux comme une correction de court terme. Sur le fond, le problème demeurera entier.

Pour éviter que la question du financement de la santé ne redevienne à court terme un enjeu politique où les Canadiens sont pris en étau par les deux paliers de gouvernements qu'ils financent, les provinces doivent chercher à corriger le déséquilibre fiscal à l'origine du problème. Et dans cette perspective, elles doivent impérativement récupérer l'espace fiscal qui n'a pas été cédé par le gouvernement fédéral lors de la réforme qui a donné naissance à l'actuel système de transferts à la fin des années 70.

En pratique, la solution de long terme passera donc par l'abandon pur et simple du système de transferts fédéraux. En étant libéré de ces transferts, le gouvernement fédéral pourra en contrepartie diminuer proportionnellement sa présence dans une ou plusieurs des assiettes fiscales qu'il partage avec les provinces. Et en ayant en main les ressources qu'elles ont estimées nécessaires pour assurer un financement adéquat de la santé, les provinces seront dès lors pleinement imputables de la performance de leurs systèmes.

En parallèle, les mécanismes nécessaires à une saine reddition de comptes devront être déployés. Dans l'état actuel des lieux, les usagers et contribuables qui financent les systèmes de santé au Canada sont non seulement incapables d'évaluer dans le détail la performance de leur système de santé, mais ils sont au demeurant incapables d'évaluer si les revendications de leurs administrations en matière de financement sont justifiées. Par souci d'efficacité, un système de reddition de comptes pourrait rapidement être mis en place en modifiant le mandat de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). En lui conférant des pouvoirs accrus, l'ICIS agira comme organe de régulation des données plutôt qu'à titre de partenaire des provinces dans la collecte et la diffusion de données sur la santé, comme c'est le cas actuellement. Ce faisant, l'ICIS deviendrait le « chien de garde » des citoyens en matière de reddition de comptes, ce qui évitera aux usagers des systèmes de santé et aux contribuables d'être de nouveau pris en étau par des gouvernements qui se disputent leur argent. Avec une reddition de comptes complète, les citoyens seront en mesure de juger si leurs gouvernements provinciaux respectifs sont en mesure d'offrir des systèmes de soins de santé en qualité et quantité comparables, compte tenu des revenus de péréquation versés à certaines provinces et l'espace fiscal dégagé pour l'ensemble de celles-ci.

PARTIE I :

UNE BRÈVE HISTOIRE DE L'INTERVENTION FÉDÉRALE POUR ASSURER UNE PRESTATION DE SERVICES MINIMALE DES COMPÉTENCES PROVINCIALES

Pour pleinement saisir la nature du bras de fer actuel qui oppose le gouvernement du Canada et les provinces, un bref survol historique paraît nécessaire afin de remettre en contexte l'intervention du gouvernement fédéral dans des compétences provinciales. À terme, ce survol permettra de comprendre en quoi le système de transferts en santé est essentiellement un outil politique qui sert mal les citoyens, que ce soit à titre d'utilisateurs du système de santé ou à titre de contribuables qui le financent.

TROIS LEVIERS, DEUX DÉSÉQUILIBRES

Actuellement, le gouvernement fédéral utilise trois principaux leviers pour appuyer le financement des services publics qui relèvent de compétences provinciales : la péréquation, le Transfert canadien en matière de santé (TCS), et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Dans des proportions différentes, ces trois leviers permettent de niveler les revenus des provinces de manière à s'assurer qu'elles soient en mesure d'offrir des services publics de qualité et quantité comparables.

LA PÉRÉQUATION

Instauré en 1957, le système de paiements de péréquation fait écho à l'une des recommandations de la Commission royale sur les relations entre le Dominion et les provinces, mieux connue sous l'appellation Commission Rowell-Sirois.⁴ Constituée en 1937, cette commission avait pour objectif « d'examiner de nouveau les bases sur lesquelles repose le pacte confédératif du point de vue financier et économique, ainsi que l'attribution des pouvoirs législatifs à la lumière des développements économiques et sociaux des derniers soixante-dix ans ».⁵

4 Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Volume I, Canada, 1867-1939. [Télécharger le rapport de la Commission.](#)

5 Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Volume I, Canada, 1867-1939, page 13.

À cette époque, la Grande Dépression avait mis en lumière d'importants déséquilibres dans le financement des services publics, les responsabilités imparties aux provinces en 1867 en matière de santé, d'éducation et de services sociaux ayant augmenté plus rapidement que leur capacité à prélever des revenus.⁶ Certaines provinces ayant été mises à mal par la crise – c'est notamment le cas du Manitoba, qui s'est retrouvé en défaut de paiement sur ses obligations⁷ – la Commission a proposé de mettre en place un système de subventions fédérales pour s'assurer que toutes les provinces soient en mesure de fournir un niveau comparable de services publics.^{8,9} Ces subventions devaient être inconditionnelles, c'est-à-dire que les provinces devaient pouvoir allouer les sommes en fonction de leurs priorités plutôt que d'être rattachées à l'établissement de programmes spécifiques.¹⁰ En contrepartie, la Commission recommande de centraliser les pouvoirs d'imposition à Ottawa, une proposition qui est globalement mal accueillie par les provinces.

Si la Seconde Guerre mondiale retarde la mise en place d'un système de péréquation, elle ouvre en contrepartie la voie à une centralisation des pouvoirs fiscaux. Pour financer l'effort de guerre, le gouvernement demande aux provinces de céder leurs champs fiscaux au début des années 40 en échange de quoi, elles recevront une compensation financière¹¹ équivalente au montant du service de la dette provinciale ou aux revenus tirés de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés l'année précédant l'entente. C'est ce qu'on appelait alors les accords de location fiscale.

Une fois la guerre terminée, le gouvernement fédéral demande aux provinces de prolonger les accords de location fiscale pour une durée de 5 ans moyennant une bonification de la compensation.¹² L'Ontario et le Québec s'y opposent et instaurent leur propre impôt sur le revenu des sociétés. Les accords de location fiscale sont reconduits une troisième fois en 1952 pour une durée de cinq ans.¹³ Le Québec signifie à nouveau son désaccord en réintroduisant un impôt sur le revenu des particuliers en 1954.¹⁴

6 Selon la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement fédéral détenait les compétences exclusives dans les domaines qui étaient considérés comme les plus importants à l'époque. Les provinces devaient administrer la santé (sauf la quarantaine qui était une compétence fédérale), l'éducation et les services sociaux. Les provinces ont alors reçu un pouvoir de taxation directe.
Source : [articles 91 et 92 de la Loi constitutionnelle de 1867 \(R-U\), 30 & 31 Victoria](#)

7 « Pendant plusieurs années, les obligations de la province arrivant à maturité durent être honorées au moyen d'avances du Dominion ». Source : Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Volume I, Canada, 1867-1939. Page 183.

8 Source : Chapitre 5 de la partie 2 du Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces.

9 La Commission a également proposé différentes mesures d'allègement pour les provinces, notamment le transfert de la responsabilité de l'assurance-chômage et de la sécurité de vieillesse, qui étaient sous la responsabilité d'au moins deux paliers de gouvernement. Pour faire suite à ces recommandations, la *Loi constitutionnelle de 1867* a été modifiée en 1940 pour établir l'assurance-chômage comme une nouvelle compétence exclusive du gouvernement fédéral. Source : Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Volume 2, Canada, 1867-1939, page 188.

10 Source : Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Volume 2, Canada, 1867-1939.

11 L'accord de 5 ans qui a été signé en 1941 offrait deux options de compensations aux provinces pour la location de leurs champs fiscaux. La Saskatchewan, l'Alberta et les provinces de l'Atlantique ont choisi de recevoir une compensation dépendant du service de leur dette, duquel a été retranché le montant des droits successoraux. La compensation de l'Ontario, du Québec, du Manitoba et de la Colombie-Britannique était calculée en fonction des revenus de ces provinces provenant de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés. Source : *The National Finances 1966-67*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1966, page 132.

12 Les provinces signataires de l'accord de 1947 renoncent à prélever l'impôt sur le revenu des particuliers ainsi que les droits de succession et donnent leur accord pour limiter à 5 % l'impôt sur le revenu des sociétés. Elles reçoivent alors une compensation financière identique par habitant. Source : *The National Finances 1960-61*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1960, page 111.

13 L'accord de 1952 prévoit une compensation établie en fonction des impôts directs fédéraux, qui est ajustée à la hausse chaque année selon une formule basée sur le produit national brut par habitant et la population de la province. Source : *The National Finances 1960-61*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1960, page 111.

14 C'est en juin 1940 que le gouvernement d'Adélard Godbout prélève pour la première fois un impôt provincial sur le revenu des particuliers. Mais aussitôt créé, l'impôt sur le revenu des particuliers québécois a été rapatrié au fédéral en 1941 pour financer l'effort de guerre. Source : Godbout, Luc (2017). Regard sur les 100 ans de l'impôt sur le revenu. Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques.

À la fin des années 50, l'État providence prend véritablement forme et sous l'impulsion du Keynésianisme, le gouvernement fédéral cherche à mettre en place des programmes publics d'envergure.¹⁵ Or, toutes les provinces n'ont pas les ressources nécessaires pour financer le déploiement de tels régimes, le système de location des champs fiscaux provinciaux limitant considérablement la capacité des provinces à financer de nouvelles dépenses. Le gouvernement fédéral propose alors aux provinces une nouvelle entente fiscale¹⁶ qui prévoit une compensation représentant 10 % de l'impôt fédéral des particuliers prélevé sur leur territoire, 9 % de l'impôt fédéral des sociétés prélevé sur leur territoire, et 50 % des droits de succession fédéraux. Les accords de perception fiscale remplaceront alors les accords de location fiscale jusqu'en 1972.

En outre, le gouvernement fédéral offre aux provinces la possibilité de prélever leurs propres impôts pour autant qu'ils n'excèdent pas la valeur de la compensation consentie pour chaque assiette fiscale. Le gouvernement fédéral libère ainsi une partie de l'espace fiscal, mais conserve le contrôle sur les régimes provinciaux. Seul le Québec optera pour l'« autonomie fiscale » – ce qui était de toute façon le cas, la province ayant levé un impôt sur les sociétés en 1947, et réintroduit un impôt sur le revenu des particuliers en 1954.

Comme la valeur de la compensation offerte n'est pas la même d'une province à l'autre, le gouvernement fédéral instaure un système de redistribution pour corriger le déséquilibre observé dans les assiettes fiscales provinciales et ainsi niveler leur capacité respective à financer leurs services. Le système de péréquation est ainsi créé avec pour objectif initial de ramener toutes les provinces à égalité avec l'Ontario et la Colombie-Britannique, qui étaient alors les provinces les mieux nanties.

En 1962, un nouvel accord remplace l'entente de 1957. Le gouvernement fédéral s'engage alors à libérer une partie de l'espace fiscal qu'il occupe au niveau de l'impôt sur le revenu des particuliers, et les provinces sont désormais libres de fixer leurs taux d'imposition. En conséquence, le système de péréquation est révisé et un système similaire à celui actuellement en vigueur est instauré pour calculer le droit des provinces aux paiements de péréquation.

¹⁵ Il s'agit de programmes similaires au régime public d'assurance-hospitalisation dont la province de la Saskatchewan s'était dotée depuis la fin des années 40.

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). [La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume un – Le chemin parcouru.](#)

¹⁶ Source : *The National Finances 1960-61*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1960, page 111.

Un équilibre efficace

Dans ses grandes lignes, le programme de péréquation établit annuellement la capacité fiscale des provinces en mesurant leur capacité à prélever des revenus sur leur territoire en utilisant les mêmes règles fiscales.¹⁷ Sur la base de cette capacité, le gouvernement fédéral redistribue une partie de ses revenus vers les provinces qui se situent sous la moyenne nationale, l'objectif étant de s'assurer que toutes les provinces puissent offrir à leurs citoyens des niveaux de services publics comparables.

Enchâssé dans la Constitution de 1982, le système de péréquation engage légalement le gouvernement fédéral à « faire des paiements de péréquation propres à donner aux gouvernements provinciaux des revenus suffisants pour les mettre en mesure d'assurer les services publics à un niveau de qualité et de fiscalité sensiblement comparables ».¹⁸ Sous réserve de leurs compétences respectives, les gouvernements du Canada et des provinces s'engagent conséquemment à « promouvoir l'égalité des chances de tous les Canadiens dans la recherche de leur bien-être, favoriser le développement économique pour réduire l'inégalité des chances, fournir à tous les Canadiens, à un niveau de qualité acceptable, les services publics essentiels ».¹⁹ Aucune reddition de comptes n'est exigée en retour des paiements de péréquation reçus de manière à préserver l'autonomie des provinces bénéficiaires. Elles peuvent donc allouer les sommes reçues aux missions de leur choix.

Historiquement, toutes les provinces ont bénéficié du système de péréquation. Certaines très brièvement – c'est le cas de l'Alberta et de la Colombie-Britannique – d'autres systématiquement. C'est le cas des provinces Maritimes, du Manitoba et du Québec.²⁰

17 Actuellement, 33 assiettes fiscales sont incluses dans le calcul et sont regroupées en 5 grandes catégories : impôt sur le revenu des particuliers, impôt sur le revenu des sociétés, taxe à la consommation, impôt foncier et revenus des ressources naturelles. Le calcul s'effectue sur la base du taux moyen par assiette fiscale des 10 provinces canadiennes, à l'exception des taux d'imposition appliqués sur le revenu provenant des ressources naturelles. Source : *Finances of the Nation 2012*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 2013, page 7:5.

18 Article 36(2) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada \(1982, R-U., c. 11\)](#).

19 Article 36(1) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada \(1982, R-U., c. 11\)](#).

20 Selon les données historiques du ministère des Finances du Canada, les provinces Maritimes, le Manitoba et le Québec ont systématiquement reçu des paiements de péréquation depuis 1957. Mais les provinces suivantes ont reçu des paiements de péréquation durant les périodes mentionnées entre parenthèses : l'Alberta (1957 à 1964), la Colombie-Britannique (1957 à 1961, 1999, 2001 à 2006), l'Ontario (2009 à 2018), Terre-Neuve-et-Labrador (1957 à 2007) et la Saskatchewan (1957 à 1974, 1976 à 1980, 1986 à 2002, 2004 à 2007). Source : [Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent](#).

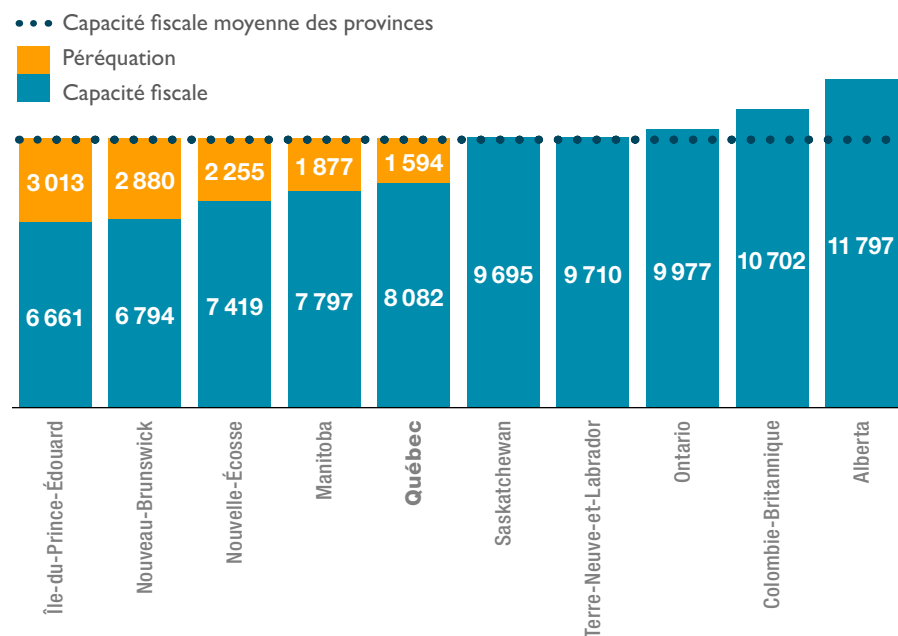
Tel qu'illustré au graphique 1, ces cinq provinces se situaient sous la capacité fiscale moyenne en 2020-2021, le Québec étant la province présentant l'écart le plus faible, l'Île-du-Prince-Édouard la province avec l'écart le plus élevé. Conséquemment, le Québec a reçu 1 594 \$ par habitant au titre de la péréquation, soit moins que le Manitoba (1 877 \$ par habitant), la Nouvelle-Écosse (2 255 \$ par habitant), le Nouveau-Brunswick (2 880 \$ par habitant) et l'Île-du-Prince-Édouard (3 013 \$ par habitant).

En vertu de la répartition de la population parmi les provinces bénéficiaires, le Québec a reçu les deux tiers des 20 milliards de dollars versés en péréquation en 2020-2021, soit 13,2 milliards de dollars (Graphique 2). Viennent ensuite dans l'ordre le Manitoba (2,5 milliards de dollars), le Nouveau-Brunswick (2,2 milliards de dollars), la Nouvelle-Écosse (2,1 milliards de dollars) et l'Île-du-Prince-Édouard (454 millions de dollars).

GRAPHIQUE 1

CAPACITÉ FISCALE PAR HABITANT ET PÉRÉQUATION EN 2020-2021

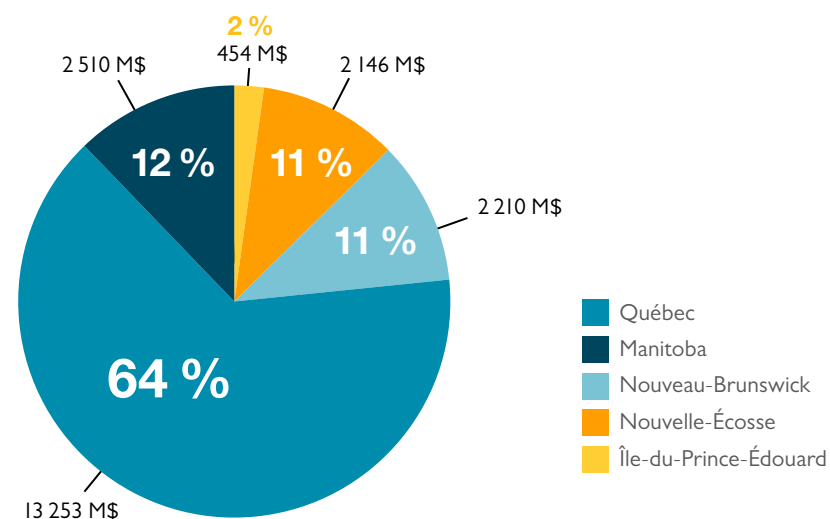
DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



GRAPHIQUE 2

RÉPARTITION DE L'ENVELOPPE DE PÉRÉQUATION EN 2020-2021

EN MILLIONS DE DOLLARS CANADIENS ET EN POURCENTAGE



En apparence marginale, la valeur fiscale par habitant des transferts de péréquation est considérable pour la plupart des provinces qui en reçoivent. Pour générer des revenus fiscaux par habitant équivalents en conservant le même régime fiscal, le Québec devrait en théorie miser sur une assiette fiscale 14 % plus grande qu'elle ne l'est actuellement. En d'autres termes, le niveau de vie au Québec en 2018 aurait dû s'élever à 59 666 \$ par habitant (Graphique 3), un niveau comparable à celui de l'Ontario, et conséquemment supérieur aux 52 535 \$ par habitant observés en réalité. La valeur fiscale globale des paiements de péréquation est encore plus grande dans les provinces qui reçoivent des paiements par habitant plus importants, l'augmentation requise en termes de niveau de vie allant de 16 % au Manitoba, à près de 32 % dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard.

Un système efficace qui respecte l'autonomie des provinces

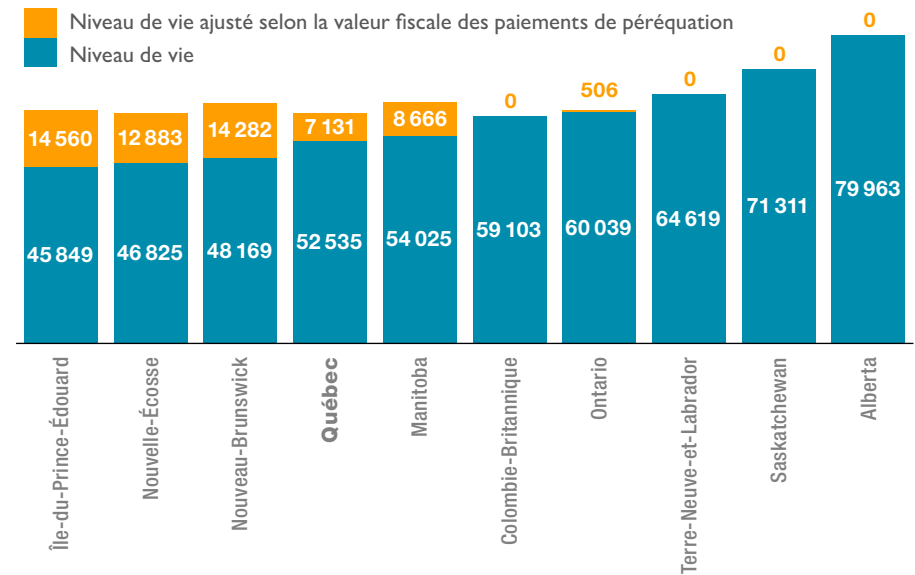
Fort révélateur quant à la valeur fiscale des paiements de péréquation pour les provinces prestataires, cet exemple témoigne de l'efficacité du système pour niveler le déséquilibre fiscal horizontal qui sépare les provinces canadiennes. Dans la mesure où la valeur fiscale des paiements de péréquation ramène théoriquement les provinces prestataires à égalité avec l'Ontario en matière de niveau de vie, toutes devraient être en mesure de financer les mêmes services. En pratique, les provinces n'ont toutefois pas la même volonté de prélever des revenus auprès de leurs contribuables ni les mêmes priorités budgétaires, de sorte que les services offerts à la population ne sont pas nécessairement équivalents.

Certaines provinces misent par exemple sur un régime fiscal plus lourd de manière à percevoir davantage de revenus autonomes, et ainsi offrir un panier de services plus substantiel à leurs citoyens. C'est le cas du Québec, qui se positionnait au troisième rang des dix provinces canadiennes – pratiquement à parité avec la Saskatchewan – avec des revenus autonomes de 10 144 \$ par habitant (Graphique 4). D'autres préfèrent maintenir des régimes fiscaux moins lourds et tirent conséquemment moins de revenus d'une assiette fiscale nettement plus avantageuse. C'est le cas de l'Ontario, qui se situait sous la moyenne nationale en 2018 avec des revenus autonomes évalués à 8 938 \$ par habitant.

GRAPHIQUE 3

NIVEAU DE VIE RÉEL ET CORRIGÉ EN FONCTION DE LA VALEUR FISCALE DES PAIEMENTS DE PÉRÉQUATION EN 2018

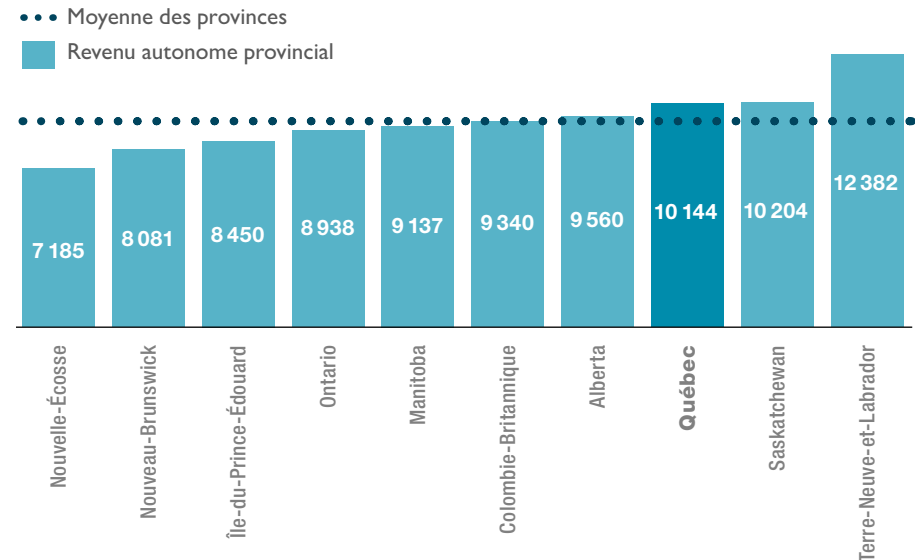
DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



GRAPHIQUE 4

REVENUS AUTONOMES PAR HABITANT DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX EN 2018

DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT

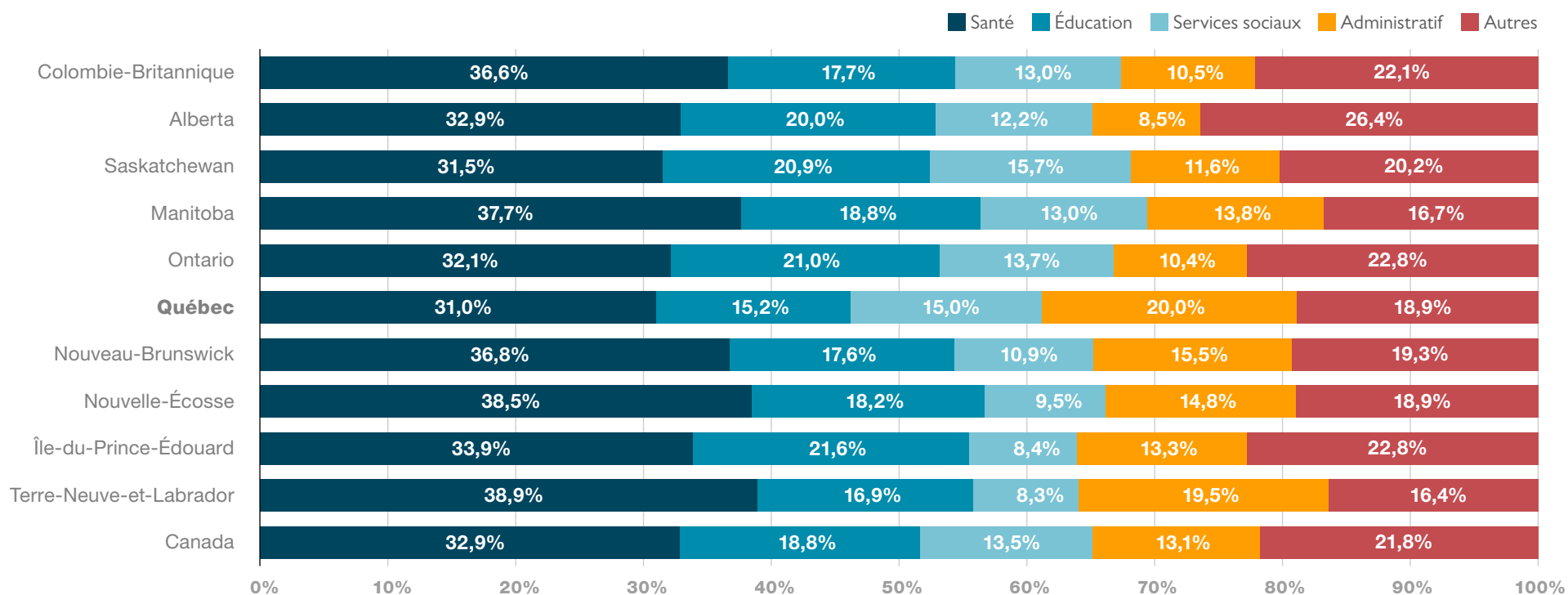


Comme les provinces n'ont pas toutes les mêmes priorités, des écarts subsistent par ailleurs dans le financement des missions provinciales une fois la capacité fiscale des provinces nivelée. Par exemple, certaines provinces attribuent moins de ressources financières à la santé et à l'éducation pour prioriser davantage les services sociaux. C'est le cas du Québec qui, toutes proportions gardées, consacre moins de ressources en santé (31,0 %) et en éducation (15,2 %) que les autres provinces (Graphique 5). À l'inverse, certaines provinces privilégient la santé au détriment des services sociaux – c'est notamment le cas de la Nouvelle-Écosse.

En dépit de ces différences, le constat final quant à la péréquation est sans équivoque : la péréquation élimine efficacement le déséquilibre fiscal horizontal entre les provinces. Une fois les transferts de péréquation effectués, toutes les provinces sont financièrement en mesure d'offrir des services comparables à leur population. Néanmoins, un second déséquilibre fiscal – vertical cette fois – entrave la prestation de service des provinces. Et pour comprendre l'ampleur de l'enjeu, un nouveau retour en arrière est nécessaire.

GRAPHIQUE 5

RÉPARTITION DES DÉPENSES DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES SELON LA MISSION EN 2018



Note : le poste service administratif inclut les frais associés au service de la dette. Étant donné que les municipalités assurent une certaine prestation de services sociaux dans certaines provinces, leurs dépenses ont été incluses dans le calcul.

LES TRANSFERTS CANADIENS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Les premiers transferts fédéraux d'envergure en santé et en services sociaux ont été proposés dans les années 50.²¹ Théoriquement mis en place pour favoriser le déploiement d'un filet social pancanadien, ces transferts devaient en pratique compenser le déséquilibre fiscal entre le gouvernement fédéral et les provinces, un déséquilibre créé par la répartition des pouvoirs en 1867, mais surtout alimenté par la centralisation des champs d'imposition à Ottawa à partir de 1941.

On doit rappeler qu'au moment de la Confédération, le gouvernement fédéral s'est octroyé les missions les plus importantes de l'époque – notamment la construction des routes, des ponts, des ports et des chemins de fer, des éléments vitaux au développement du Canada – et a laissé les provinces administrer la santé, l'éducation et les services sociaux, des missions qui étaient vues comme secondaires à l'époque. Ce partage, alors en équilibre avec la capacité de payer des deux paliers de gouvernement, s'est rapidement révélé inadéquat.

La grande dépression souligne d'abord la présence d'un déséquilibre fiscal vertical associé à l'attribution constitutionnelle des compétences. La crise a augmenté la demande en programmes sociaux au-delà de la capacité de la plupart des provinces à les financer, et certaines d'entre elles se sont retrouvées dans une position précaire. Mise en place pour étudier l'état du pacte fédératif et éviter de nouveaux débordements, la Commission Rowell-Sirois recommande notamment de retirer certaines charges sociales des mains des provinces – en l'occurrence, l'aide aux chômeurs et la sécurité de vieillesse – pour ensuite centraliser les pouvoirs fiscaux à Ottawa afin d'assurer une redistribution équitable et inconditionnelle vers les provinces.

Une fois la Seconde Guerre mondiale terminée, le baby-boom fait exploser la demande pour des services publics en santé et en services sociaux. Or, les champs d'imposition provinciaux ont été cédés au gouvernement fédéral durant la Seconde Guerre mondiale pour financer l'effort de guerre²² et les provinces n'ont pas les pouvoirs fiscaux nécessaires au financement de programmes d'envergure. Faute de vouloir rétrocéder l'autonomie fiscale aux provinces, le gouvernement fédéral s'imisce dans le financement des compétences provinciales pour assurer le déploiement de ces services. De ce fait, il alimentera de façon marquée et durable le déséquilibre fiscal vertical avec les provinces.

21 Auparavant, des transferts similaires de plus petite envergure étaient proposés sous la forme de subventions conditionnelles. Consultez le Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Volume I, pour plus de détails.

22 Pour rappel, le gouvernement fédéral a conclu avec les provinces, 3 accords de location des champs fiscaux au cours de la période entre 1941 et 1957. Le premier accord a été signé en 1941 pour une durée de 5 ans. Il a été renouvelé en 1947, pour une autre durée de 5 ans, dans le but d'appuyer la relance après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le troisième accord a couvert la période entre 1952 et 1957. Le Québec qui avait signé le premier accord a fait dissension pour les accords suivants en prélevant un impôt sur les sociétés dès 1947. Source : *The National Finances 1960-61*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1960, page 111.

Décennies 50 et 60 : établissement des principaux transferts

Au tournant des années 50, le gouvernement fédéral s'immisce dans des compétences provinciales à travers différents programmes de faible envergure où il supporte l'entièreté des charges : contrôle des maladies vénériennes, aide aux enfants handicapés, soins pour la santé mentale, formation professionnelle et technique, aide à la recherche en santé, soutien à la construction d'hôpitaux, contrôle des cancers, soutien de la santé publique.²³

Le premier transfert d'envergure se rapprochant de ceux actuellement en vigueur apparaît en 1951 sous la forme d'une subvention directe aux universités canadiennes.²⁴ À contre-courant de la répartition des pouvoirs constitutionnels, cette subvention s'appuie sur la recommandation d'une Commission royale mise en place pour évaluer l'état de la culture au Canada.²⁵ Dans un rapport déposé en 1951, la Commission concluait :²⁶

« Nos observations nous ont amenés à une autre conclusion importante, et c'est qu'une université ne sert pas seulement la région où elle est située, mais encore le pays tout entier, dans les domaines professionnel et scientifique. » « Le gouvernement fédéral admet tacitement ce fait. [...] En 1948-1949, le gouvernement fédéral a dépensé 27 millions de dollars pour l'encouragement de l'enseignement supérieur au Canada. Il nous semble donc légitime de prétendre que le gouvernement canadien se reconnaît un certain degré de responsabilité dans quelques-uns des problèmes que pose l'enseignement supérieur au Canada » « En conséquence nous recommandons : Que, en plus de l'aide qu'il donne actuellement à la recherche et à d'autre [sic] fins, le gouvernement fédéral apporte annuellement des contributions financières à l'œuvre des universités au prorata de la population de chacune des provinces du Canada. »

23 Source : Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), *Le déséquilibre fiscal au Canada – contexte historique*. Page 40.

24 Le Québec s'oppose à l'ingérence du fédéral et se voit transférer en contrepartie un point de pourcentage de l'impôt fédéral sur les sociétés en 1960, soit une décennie après les premières subventions. Source : *The National Finances 1960-61*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1960, page 149.

25 Le mandat de la Commission Massey consistait à évaluer l'état d'avancement de la culture et des arts au Canada. La commission a fait plusieurs recommandations – notamment le financement par le gouvernement fédéral des universités – et mis en garde contre le risque d'une influence américaine sur la culture canadienne. Pour donner suite à ces recommandations, les premières subventions fédérales aux universités sont octroyées en 1951, l'actuelle Bibliothèque et Archives Canada est créée en 1953 et le Conseil des arts du Canada est fondé en 1957. Source : [Allocution de Robert Sirman, ancien directeur et chef de la direction du Conseil des arts du Canada, lors du Colloque Walter-Gordon à l'Université de Toronto, le 27 mars 2014](#). Cliquez ici pour télécharger [le rapport de la commission](#).

26 Source : Commission Royale d'enquête sur l'avancement des arts, des lettres et des sciences au Canada, pages 407-408 et 411.

En 1954, le fédéral met en place un programme pour soutenir les personnes handicapées où il assume la moitié des coûts. L'année suivante, il propose aux provinces de supporter la moitié des coûts pour l'établissement de programmes de soutien aux assistés sociaux et aux personnes employables.

À la fin des années 50, le gouvernement fédéral cherche à favoriser le déploiement de régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation sur l'ensemble de son territoire. Des régimes similaires étaient offerts en Saskatchewan depuis 1947, et depuis 1950 en Alberta et en Colombie-Britannique.²⁷ Ailleurs au Canada, les citoyens qui n'étaient pas couverts par des régimes privés ou des organisations sans but lucratif s'exposaient à des factures onéreuses en cas d'hospitalisation. En 1957, le gouvernement fédéral adopte donc la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et propose un partage relativement égal des coûts associés aux provinces²⁸ de manière à protéger l'ensemble des Canadiens. Ce faisant, il pose les bases des transferts en santé tels qu'on les connaît aujourd'hui. La même année, le système de péréquation est mis en place et une nouvelle entente de perception fiscale entre en vigueur de manière à s'assurer que les provinces disposent des ressources nécessaires pour financer leur part du programme. En 1961, toutes les provinces ont établi un régime d'assurance-hospitalisation.

En 1962, un nouvel accord de perception fiscale ouvre la voie à l'autonomie fiscale des provinces. Contrairement à l'accord de 1957, où les revenus des provinces étaient plafonnés par le gouvernement fédéral, les provinces sont désormais encouragées à fixer des taux plus élevés.²⁹ La plupart des provinces préféreront toutefois maintenir des taux relativement bas afin d'éviter de surcharger leurs contribuables. Conséquemment, la croissance de leurs revenus demeure limitée.

En 1964, le gouvernement fédéral propose un droit de retrait de certains programmes, droit qui s'accompagne d'une contrepartie financière le cas échéant. Le Québec s'en prévaut en 1966, ce qui donnera naissance à l'abattement spécial du Québec.³⁰

Au milieu des années 60, le gouvernement fédéral souhaite étendre la protection en santé au-delà des hôpitaux en offrant une couverture universelle des services de santé.³¹ Ce type de protection est offert depuis 1962 en Saskatchewan, et depuis 1964 en Colombie-Britannique. En 1966, le gouvernement fédéral adopte donc la *Loi sur les soins médicaux* et s'engage ainsi à défrayer environ la moitié des dépenses engagées par les provinces pour les soins médicaux prodigués à l'extérieur des hôpitaux³² dans le cadre d'un système universel.³³ En 1972, toutes les provinces ont déployé une couverture universelle en santé. Les transferts en santé tels qu'on les connaît aujourd'hui sont alors implantés.

27 Gouvernement du Canada (2011). [Le système des soins de santé du Canada](#)

28 Les versements auxquels avait droit une province, dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, étaient calculés de la manière suivante : le montant à verser à une province au cours d'une année était de 25 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, plus 25 % du coût des services assurés par résident de cette province, multiplié par la population de cette province pour l'année en question. Dans l'ensemble la contribution fédérale équivalait à 50 % des coûts engagés pour les services assurés admissibles mais pour les provinces ayant des coûts par habitant inférieurs à la moyenne nationale, cette contribution était supérieure à 50 % et inférieure dans les autres provinces.

Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). [La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume un – Le chemin parcouru.](#)

29 Le gouvernement fédéral propose par le fait même un abattement additionnel de son impôt sur le revenu des particuliers, qui passe alors de 13 à 16 %. Autrement dit, le gouvernement renonce à 3 % de la valeur de l'impôt de base sur le revenu des particuliers, revenus qui sont récupérés par les provinces pour financer leurs dépenses croissantes. Le gouvernement fédéral s'engage par ailleurs à augmenter progressivement cet abattement jusqu'en 1966. Source : *The National Finances 1962-63*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1962, page 22.

30 En 1966, l'abattement spécial du Québec se compose de tous les programmes prévus à l'annexe I de la *Loi sur les programmes préétablis* auxquels le Québec se retire soit : 14 points d'impôt sur le revenu des particuliers (IRP) pour non-participation au programme d'assurance hospitalisation, 2 points d'IRP pour non-participation au programme d'Assistance vieillesse, allocations aux personnes aveugles et handicapées, 2 points d'IRP pour non-participation à la portion bien-être du programme d'assurance chômage, 1 point d'IRP pour non-participation aux programmes d'éducation technique et professionnelle, 1 point d'IRP pour non-participation aux dons en santé. À cet abattement totalisant 20 points de l'IRP s'ajoutent les 3 points d'IRP pour le programme d'Allocation des jeunes. En 1967, le gouvernement fédéral annule le programme de formation professionnelle. Source : *The National Finances 1966-67*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1966, page 139.

31 Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). [La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume un – Le chemin parcouru.](#)

32 Selon la *Loi sur les soins médicaux*, pour une année donnée, la contribution fédérale à laquelle une province avait droit était égale à 50 % de la moyenne nationale des frais par habitant des services assurés, multiplié par la population de la province. La contribution fédérale que les provinces recevaient était la même lorsqu'on l'exprimait en termes par habitant, mais elle variait d'une province à l'autre lorsqu'elle était exprimée en pourcentage des dépenses provinciales totales. Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). [La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume un – Le chemin parcouru.](#)

33 Gouvernement du Canada (2011). [Le système des soins de santé du Canada](#)

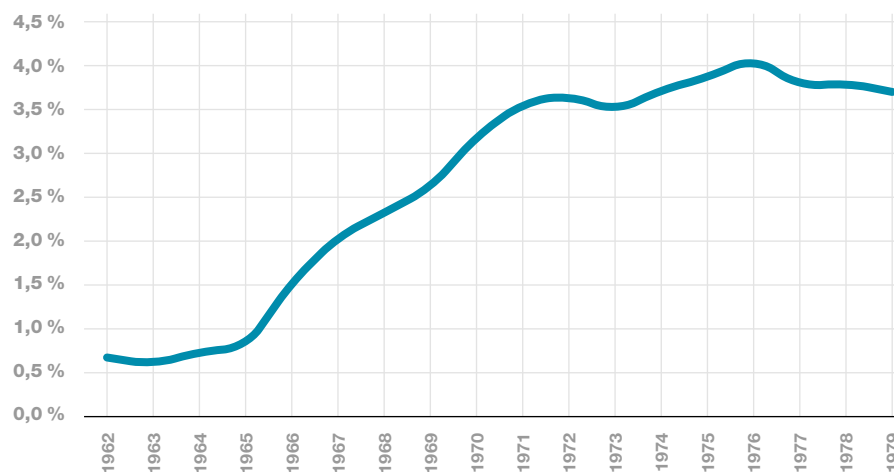
En parallèle, le gouvernement fédéral met en place le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) en 1966, un programme par lequel il cherche à inciter les provinces à offrir une couverture complète d'assistance sociale. Le RAPC offrait l'option aux provinces de remplacer deux programmes d'assistance publique existants par un unique programme d'assistance qui serait général et coordonné.³⁴ Le gouvernement fédéral propose de financer la moitié des dépenses admissibles, et concède la même année un abattement additionnel sur l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers.³⁵ Ce programme demeurera en vigueur sous cette forme jusqu'en 1996, et constituera l'un des deux piliers des transferts en services sociaux.

Le second pilier est institué l'année suivante, en 1967. Le gouvernement fédéral revoit alors la formule de financement des études postsecondaires et propose un partage égal des frais de financement des établissements et un abattement additionnel de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers.

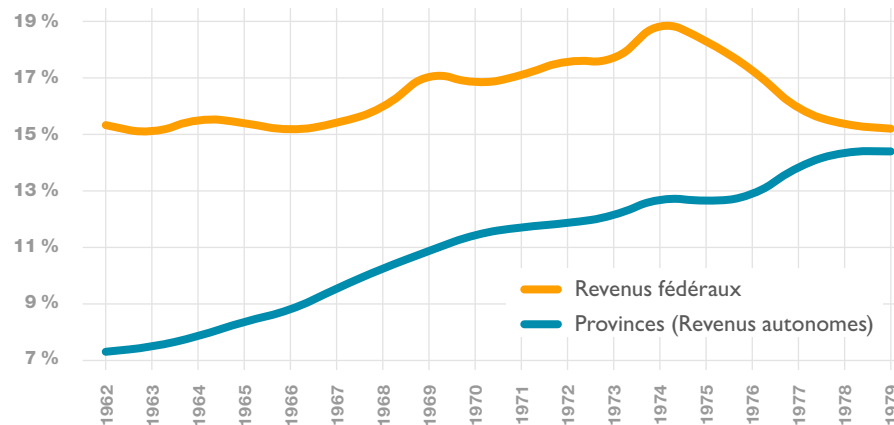
À partir de ce point, le cadre des transferts en santé et en services sociaux est défini et les programmes qui leur sont associés sont établis. Au début des années 70, toutes les provinces ont déployé un filet social et, conséquemment, la valeur relative des transferts fédéraux se stabilise. Tel qu'illustré au graphique 6, le poids des transferts dans le PIB se maintient alors dans une fourchette relativement étroite, signe que la valeur des transferts augmente désormais au même rythme que l'assiette fiscale du gouvernement.

En 1972, une réforme fiscale majeure met fin au système d'abattement et de partage de l'espace fiscal. Le gouvernement fédéral cède alors concrètement et de manière permanente une partie de l'espace fiscal qu'il occupe en diminuant ses taux d'imposition, espace qui est récupéré par les provinces par l'entremise d'une hausse de leurs taux d'imposition.³⁶ À la fin des années 70, les provinces occupent sensiblement le même espace fiscal que le gouvernement fédéral (Graphique 7), le poids de leurs revenus autonomes dans le PIB étant similaire au poids des revenus fédéraux. Une réforme des transferts entre alors en vigueur.

GRAPHIQUE 6
ÉVOLUTION DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX
EN POURCENTAGE DU PIB DU CANADA



GRAPHIQUE 7
ÉVOLUTION DU POIDS DES REVENUS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
ET DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX DANS LE PIB DU CANADA



34 Le premier programme porte sur l'assistance vieillesse ainsi que les allocations aux personnes aveugles et handicapées. Les bénéficiaires de ce programme doivent satisfaire à des critères de résidence – notamment résider un certain temps au Canada – et de revenus. Le gouvernement fédéral finance : 50 % du coût global de l'assistance vieillesse, qui cible les personnes âgées de 65 ans et plus, non-éligibles aux paiements de sécurité vieillesse, 75 % des allocations octroyées aux personnes aveugles âgées d'au moins 18 ans et 50 % des allocations versées aux personnes complètement handicapées, âgées d'au moins 18 ans. Le second programme couvre la portion bien-être social de l'assurance chômage qui cible les personnes au chômage et dans le besoin. Les contributions fédérales aux provinces dans le cadre de ce programme étaient allouées selon un montant mensuel identique par habitant. Source : *The National Finances 1966-67*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1966, pages 110-114.

35 Source : *The National Finances 1966-67*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1966, page 140.

36 Comme la réforme fiscale réduit en pratique l'assiette fiscale des provinces qui perçoivent leurs impôts sur la base de l'impôt fédéral de base, le gouvernement fédéral s'engage à les compenser jusqu'en 1977 de manière à stabiliser leurs revenus. Source : *The National Finances 1977-78*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1978, page 129.

1977-1996 : la fin des systèmes à coûts partagés et désengagement fédéral

À la fin des années 70, le financement à coûts partagés en santé et en éducation est remis en question. D'abord, les provinces ne sont pas supportées financièrement lorsqu'elles cherchent à déployer des services en dehors du cadre des dépenses admissibles, ce qui freine le développement des systèmes de santé au Canada. Par ailleurs, le système à coûts partagés alimente des déséquilibres.³⁷ En dépit de la présence du système de péréquation, la capacité de financer les services de santé n'est pas la même d'une province à une autre, ce qui crée des inégalités dans la valeur des transferts entre les provinces riches et les provinces pauvres. En outre, les provinces qui administrent plus efficacement leur système sont désavantagées par rapport aux provinces moins efficaces. De son côté, le fédéral accumule les déficits et voit dans cette réforme un moyen de freiner la valeur de ses transferts.

En 1977, le programme de Financement des programmes établis (FPE) remplace les ententes de partage de coûts en santé et en éducation.³⁸ Le programme de FPE comprend deux volets. D'un côté, le gouvernement fédéral cède des points d'imposition aux provinces³⁹ pour financer leurs dépenses. Comme la valeur de ces points d'imposition n'est pas la même d'une province à une autre, le gouvernement fédéral nivelle dans un deuxième temps ces différences avec des transferts en espèces via la péréquation associée.⁴⁰ Une fois les provinces à égalité, le gouvernement fédéral envoie un transfert monétaire par habitant à chaque province, transferts qui sont cette fois établis sur la base d'une enveloppe discrétionnaire.^{41 42 43}

37 Selon le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de mars 2001 intitulé *La santé des Canadiens – le rôle du gouvernement fédéral*, Volume I – le chemin parcouru, en plus de la lourdeur administrative des programmes à coûts partagés pour les provinces, leurs principales plaintes portaient sur le manque de latitude pour investir dans les domaines prioritaires en santé alors que les programmes à frais partagés couvraient seulement les dépenses admissibles en soins hospitaliers et médicaux. La réforme menant à la création du FPE et son mode de financement (points d'impôts cédés plus transferts en espèces) visaient notamment à résorber cette critique des provinces.

38 Le mode de financement du RAPC demeure le même, le gouvernement fédéral continue d'assumer la moitié des dépenses admissibles des provinces dans le cadre de ce programme.
Source : *The National Finances 1978-79*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1979, page 125.

39 En 1977, le transfert fiscal dans le cadre du FPE représente 13,5 % d'IRP et 1 % de RIS pour les provinces mais la marge fiscale qui a été cédée par le gouvernement fédéral est de 9,143 points d'IRP vu que les 4,357 points d'IRP et le 1 % de RIS avaient déjà été octroyés en 1967 pour le financement de l'éducation postsecondaire. Source : *The National Finances 1977-78*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1978, pages 127 et 131.

40 La péréquation associée nivelle la valeur de ces points dans les provinces où les revenus afférents à ces points sont inférieurs à la norme des cinq provinces.
Source : Conseil de la fédération (2006). [Réconcilier l'irréconciliable s'attaquer au déséquilibre fiscal au Canada](#), page 72.

41 À partir de 1977, la contribution du gouvernement fédéral était décidée de manière discrétionnaire et ne dépendait plus des dépenses en santé des provinces. Pour la période entre 1977 et 1981, la composante en espèces de l'enveloppe globale du financement fédéral était allouée selon un montant identique par habitant. Elle augmentait en fonction de la croissance du Produit National Brut.
Source : *The National Finances 1994*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1994, pages 9:20-21.

42 De 1977 à 1981, la formule retenue pour déterminer le transfert en espèces de chacune des provinces considérait 50% du transfert national moyen par habitant de 1975-1976 plus un montant en guise de dédommagement pour l'abolition des compensations offertes aux provinces pour maintenir les transferts reçus sous l'ancien régime, la croissance moyenne sur trois ans du PNB par habitant et la population de la province. Des ajustements en espèces étaient également offerts afin de niveler progressivement la valeur du transfert par habitant dans les provinces, étant donné les écarts de richesse entre les provinces et les écarts d'investissements dans les programmes concernés. À partir de 1982, suite aux modifications apportées à la Loi de 1982 modifiant la *Loi sur les programmes établis* de 1977, c'est plutôt l'enveloppe globale du FPE qui est déterminée en fonction de la valeur du transfert national moyen par habitant de 1975-1976, de la croissance moyenne sur trois ans du PNB par habitant et de la population de la province. Comme les ajustements en espèces et le dédommagement ont été abolis, la portion en espèce du FPE s'obtenait désormais en soustrayant de l'enveloppe globale la valeur égalisée du transfert fiscal.
Source : Morrissette (1984). Le droit de retrait (« *opting out* ») avec compensation au Canada et l'article 40 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

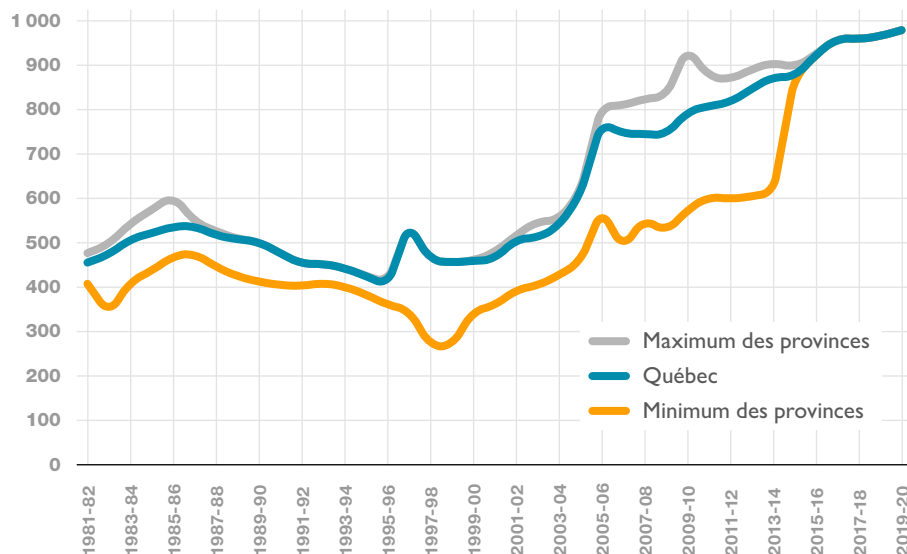
43 Selon les arrangements de 1977 entre le gouvernement fédéral et les provinces, il a été convenu de mettre en place un nouveau programme pour financer des services complémentaires de santé qui n'étaient pas couverts par les accords d'assurance-hospitalisation. Il s'agit notamment, des soins intermédiaires dans les maisons de retraite, des soins en établissement pour adultes, des services de soins à domicile et des services de santé ambulatoires. Le financement dudit programme devait prendre la forme de transferts en espèces équivalant à 20\$ par habitant, lequel augmenterait proportionnellement à la croissance du PNB.
Source : *The National Finances, 1978-79*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1979, page 148.

En théorie, le passage au programme de FPE favorise l'équité puisque les provinces qui cumulent des assiettes fiscales de plus petite taille reçoivent des transferts en espèces plus importants pour financer la santé et l'éducation post-secondaire.⁴⁴ En contrepartie, rien n'assure que le système de financement demeure en adéquation avec la croissance des dépenses en santé, comme c'était le cas avec le système à coûts partagés. La valeur des points d'imposition cédés continue certes d'augmenter à travers le temps, ce qui permet en théorie au gouvernement fédéral d'affirmer que son appui s'accroît, mais en pratique, cet espace fiscal aurait appartenu aux provinces si elles avaient retrouvé leurs pouvoirs fiscaux comme prévu une fois la Seconde Guerre mondiale terminée. De fait, l'apport réel du gouvernement fédéral se limite désormais à ses transferts en espèces, ce qui se traduira rapidement par un désengagement fédéral en santé et en éducation.

Au milieu des années 80,⁴⁵ la valeur réelle des transferts monétaires par habitant commence à décroître⁴⁶ (Graphique 8). Autrement dit, la progression nominale des transferts ne suffira tout simplement pas à couvrir l'inflation et la croissance de la population. Cette tendance se maintiendra jusqu'à la seconde moitié de la décennie 90, moment où une nouvelle réforme est initiée.

Notons que dans l'intervalle, deux décisions majeures marqueront la suite des événements en matière de financement de la santé. D'un côté, la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en 1984⁴⁷ afin, notamment, d'empêcher les provinces de tarifier certains de leurs services publics pour se financer. La même année, une décision de la Cour suprême déclare que la santé n'est pas une compétence purement provinciale au sens de la constitution. Selon cette décision : « la santé n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas ».⁴⁸

GRAPHIQUE 8
ÉVOLUTION DE LA VALEUR RÉELLE PAR HABITANT DES TRANSFERTS CANADIENS EN SANTÉ (PORTION EN ESPÈCES SEULEMENT)
EN \$ CANADIENS DE 2012 PAR HABITANT



44 À la seule différence du Québec, qui reçoit un abattement spécial de 13,5 % en vertu de son retrait en 1966 du programme d'assurance-hospitalisation et du RAPC, ainsi qu'un abattement de 3 % pour son retrait en 1964 du programme d'allocations aux jeunes. Notez que ce programme a été aboli en 1974 ce qui fait en sorte qu'en pratique, le Québec retourne au fédéral les montants prélevés au titre de l'abattement pour les allocations aux jeunes. Source : *The National Finances 1977-78*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1978, page 133.

45 Moment où des données comparables à travers le temps sont rendues disponibles.

46 Dans les années 80, le gouvernement fédéral modifie à quelques reprises la formule du FPE afin de limiter la valeur de ses transferts aux provinces. En 1982, la progression de l'enveloppe globale du FPE est plafonnée à la croissance du PNB par habitant alors qu'auparavant, le plafond s'appliquait seulement à la portion en espèces. En 1986, la progression du FPE est limitée à la croissance du PNB moins deux pour cent, et à partir de l'exercice 1990-1991, à la croissance du PNB moins trois pour cent. Dans les années 90, le gouvernement fédéral applique un gel du FPE. Source : Gauthier (2012). *Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux : genèse, évolution et avenir*. Bibliothèque du Parlement.

47 Source : Gouvernement du Canada (1984). *Loi canadienne sur la santé*. L.R.C (1985), ch. C-6

48 Source : Extrait provenant d'un [jugement de la Cour Suprême du Canada datant de 1982](#). Schneider c. La Reine, [1982] 2 RCS 112.

1996 à aujourd'hui – réengagement fédéral

En 1996, les transferts en santé et en éducation sont jumelés aux transferts en services sociaux au sein d'un transfert unique – le Transfert canadien en matière de santé et de programme sociaux – ce qui met fin à la fois au RAPC et au FPE.⁴⁹ Sur le fond, le système d'équilibrage proche de la péréquation demeure le même, les transferts en espèces aux provinces étant nivelés en fonction de la valeur des points d'impôt cédés en 1977.

Suite à cette réforme, la valeur réelle des transferts par habitant en santé s'accroît^{50 51} et, au début des années 2000, la valeur réelle des transferts fédéraux en santé atteint un niveau équivalent à celui obtenu 15 ans plus tôt.

En 2004, les transferts en santé sont de nouveau séparés de ceux en services sociaux, mais le système d'équilibrage proche de la péréquation demeure le même. En 2007, l'enveloppe afférente aux transferts en santé est normée, et le gouvernement fédéral s'engage à indexer ses transferts de 6 % par année. En 2014, le système d'équilibrage avec la péréquation associée est aboli. Désormais, toutes les provinces reçoivent le même montant par habitant.⁵² Les points d'impôts servant historiquement au calcul des transferts en espèces restent dans la cour des provinces et les transferts en espèces découlant du programme de péréquation associée sont réintégrés au programme de péréquation – ce qui était de toute façon le cas auparavant. En 2017, le gouvernement fixe l'indexation des TCS en fonction de la croissance nominale du PIB, sous réserve d'une indexation minimale de 3 %.⁵³

Au bout du compte, les 25 dernières années auront été marquées par un réengagement fédéral en santé. De l'avis des provinces, l'effort aura toutefois été insuffisant.

49 *The National Finances 1996*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 1997, pages 11:2-3.

50 Le programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), en vigueur entre 1996 et 2003 était issu de la fusion entre le RAPC et le FPE. Pour les fins de l'analyse, les auteurs ont dû répartir les contributions fédérales entre chacune des deux composantes de ce programme unique à savoir, la portion santé et celle des programmes sociaux. Les auteurs ont alloué 62 % de l'enveloppe globale du TCSPS à la santé et les 38 % restants aux programmes sociaux. Cette répartition est inscrite dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* de 1985. Il s'agit de la répartition qui a été utilisée en 2004 pour scinder le TCSPS en deux programmes distincts, le TCS et le TCPS. Source : [Transfert canadien en matière de santé](#)

51 Entre 1996 et 1999, l'enveloppe globale du TCSPS est d'abord fixée et le gouvernement prévoit une augmentation entre 1999 et 2002 en fonction de la croissance moyenne sur trois ans du PIB diminuée de 2%, de 1,5% ou de 1%. Les transferts en espèces ne peuvent toutefois pas s'établir à moins de 12,5 milliards de dollars (11 milliards de dollars en 1996). En 1999, le gouvernement bonifie le TCSPS de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, et abolit par le fait même le mécanisme d'augmentation basé sur le PIB et la valeur « plancher » des transferts en espèce. En 2000, le gouvernement hausse le TCSPS de 2,5 milliards de dollars. D'autres modifications sont prévues pour le prolongement du programme jusqu'en 2005, mais finalement le TCSPS sera scindé en deux programmes distincts à partir de 2003. Source : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2001). Rapport intérimaire sur l'état du système de soins de santé au Canada. La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume un – Le chemin parcouru.

52 C'est le cas depuis 2007 pour les transferts en services sociaux. Source : Plan budgétaire fédéral de 2007.

53 Une décision unilatérale du gouvernement fédéral qui a été annoncée en décembre 2011. Source : Communiqué de presse, [Le gouvernement fédéral coupe de nouveau unilatéralement en santé](#)

TRANSFERTS FÉDÉRAUX : ÉTAT DES LIEUX

En 2019-2020, le gouvernement fédéral a versé 1 465 \$ par habitant en transferts aux provinces, soit 1 076 \$ par habitant au titre de la santé, et 389 \$ par habitant pour les services sociaux (Graphique 9). Le gouvernement fédéral a ainsi redistribué 54,8 milliards de dollars pour financer la santé et les services sociaux, ce qui représente 16,4 % des revenus qu'il a collectés auprès des contribuables canadiens.

Quoiqu'ils ne soient plus nivelés pour tenir compte des écarts dans la valeur des assiettes fiscales de chaque province, les transferts en santé et en services sociaux continuent néanmoins d'assurer une redistribution des revenus fédéraux.

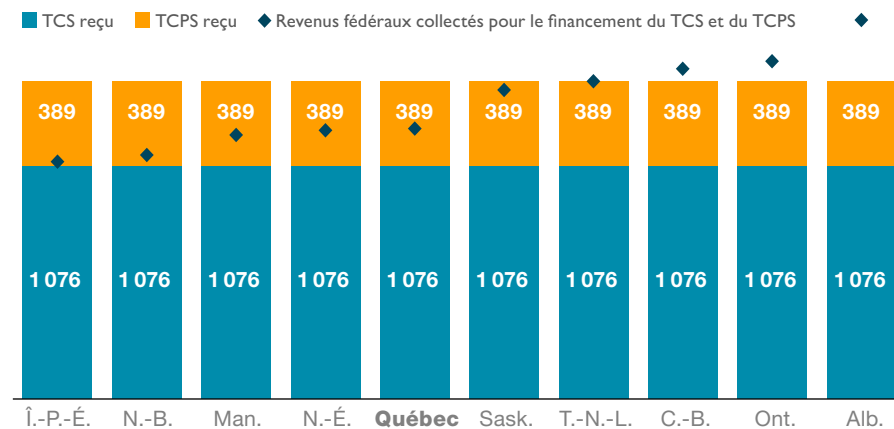
En répartissant l'enveloppe dédiée aux transferts en santé et en services sociaux selon la part de chaque province dans les revenus du gouvernement, on constate que certaines provinces tirent un bénéfice net de ces transferts, alors que d'autres contribuent au-delà de la valeur des transferts qu'ils reçoivent. Les contribuables de l'Île-du-Prince-Édouard paient par exemple 74 % de l'enveloppe dédiée aux transferts en santé et en services sociaux, soit 1 092 \$ par habitant. Comme ils reçoivent des transferts totalisant 1 465 \$ par habitant, cette province retire un gain net de 372 \$ par habitant des transferts fédéraux. À l'inverse, les contribuables de l'Alberta paient 119 % de l'enveloppe fédérale dédiée aux transferts en santé et en services sociaux, soit 1 743 \$ par habitant et supportent de fait un coût net de 279 \$ par habitant pour ces transferts.

Évidemment, la redistribution des revenus collectés par le gouvernement fédéral est plus importante du côté de la péréquation. En répartissant l'enveloppe dédiée à la péréquation selon la part de chaque province dans les revenus du gouvernement (Graphique 10), on peut voir que les contribuables de l'Île-du-Prince-Édouard contribuent à hauteur de 395 \$ par habitant au programme de péréquation, et leur gouvernement reçoit en retour 2 667 \$ par habitant. La province retire donc un gain net de 2 272 \$ par habitant de la péréquation. Dans le cas du Québec, qui reçoit les transferts par habitant les moins élevés, il est question d'un gain net de 1 095 \$ par habitant. Les cinq provinces qui ne bénéficient pas du programme supportent un coût net oscillant entre 515 \$ par habitant et 631 \$ par habitant.

GRAPHIQUE 9

REVENU COLLECTÉ PAR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL POUR FINANCER SES TRANSFERTS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (TCS/TCPS) ET TRANSFERTS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX REÇUS PAR PROVINCE AU COURS DE L'EXERCICE 2019-2020

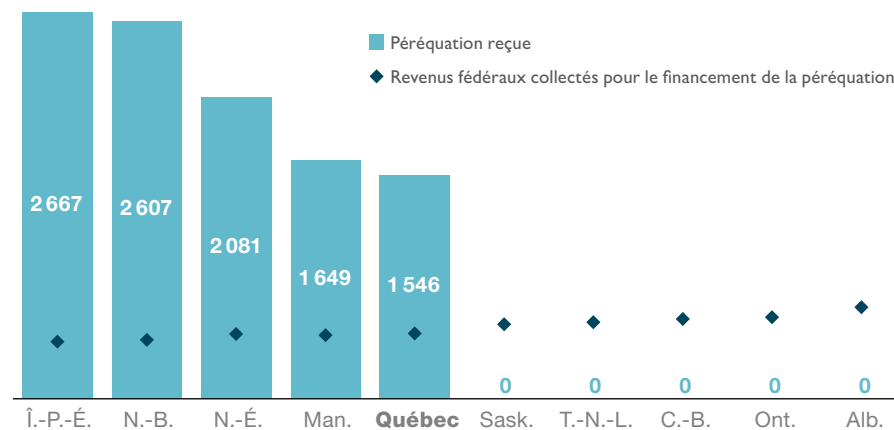
EN DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



GRAPHIQUE 10

REVENU COLLECTÉ PAR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL POUR FINANCER SES TRANSFERTS EN PÉRÉQUATION ET PÉRÉQUATION REÇUE PAR PROVINCE AU COURS DE L'EXERCICE 2019-2020

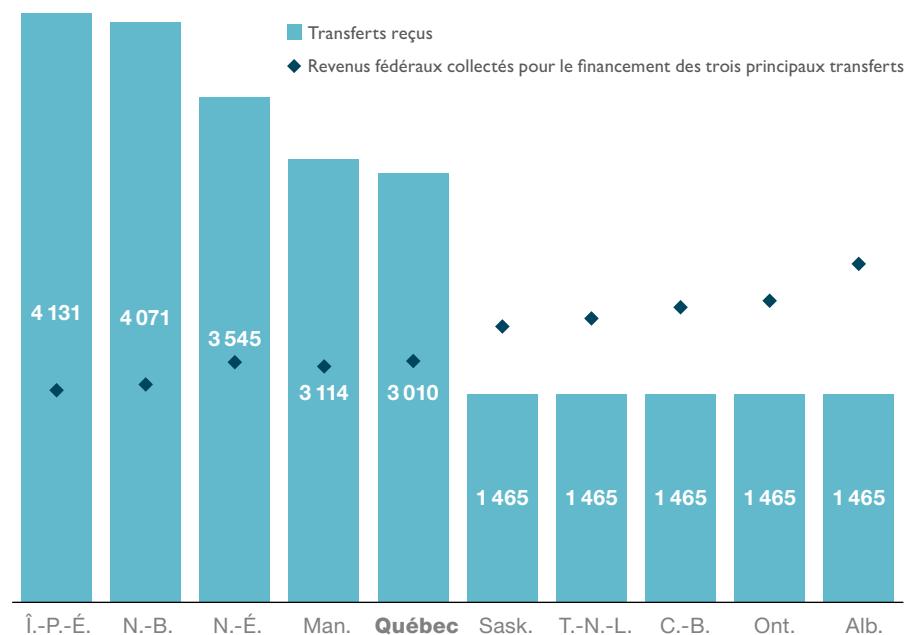
EN DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



En combinant les enveloppes de la péréquation et des transferts en santé et en services sociaux (Graphique II), on peut voir que l'intervention du gouvernement fédéral pour uniformiser la prestation de services publics atteint vraisemblablement ses objectifs. Les provinces fiscalement désavantagées tirent un bénéfice net des transferts fédéraux, alors que les provinces mieux nanties supportent un coût net. L'Île-du-Prince-Édouard a reçu 4 131 \$ par habitant en transferts fédéraux au cours de l'exercice 2019-2020 alors que le gouvernement fédéral y a prélevé 1 487 \$ par habitant en revenus fiscaux. À l'opposé, l'Alberta a reçu 1 465 \$ par habitant en transferts au cours de ce même exercice alors que le gouvernement fédéral y a prélevé 2 374 \$ par habitant en revenus fiscaux.

GRAPHIQUE II
REVENU COLLECTÉ PAR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL POUR FINANCER SES TROIS PRINCIPAUX TRANSFERTS ET SOMME DU TCS, DU TCPS ET DE LA PÉREQUATION REÇUS PAR PROVINCE AU COURS DE L'EXERCICE 2019-2020

EN DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



Tel que résumé par le tableau I, le gouvernement du Québec reçoit ainsi 34,2 % de l'ensemble des transferts fédéraux aux provinces (soit 25,6 milliards de dollars) alors que les contribuables québécois paient 19,3 % des revenus fédéraux, une part similaire au poids du Québec dans le PIB canadien (19,9 %), mais inférieure à son poids démographique (22,7 %). Inversement, le gouvernement fédéral prélève 13,9 % de ses revenus auprès des contribuables de l'Alberta – une part supérieure au poids démographique de la province (11,6 %) – alors que la province ne reçoit que 8,5 % des transferts fédéraux.

TABLEAU I
RÉPARTITION PAR PROVINCE DES REVENUS ET TRANSFERTS FÉDÉRAUX, EXERCICE 2019-2020

	Population	PIB	Part dans les revenus fédéraux	Part dans les transferts aux provinces	Valeur globale des transferts reçus (en millions de dollars)
Terre-Neuve-et-Labrador	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,0 %	767
Île-du-Prince-Édouard	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,9 %	649
Nouvelle-Écosse	2,6 %	2,0 %	2,2 %	4,6 %	3 433
Nouveau-Brunswick	2,1 %	1,7 %	1,6 %	4,2 %	3 160
Québec	22,7 %	19,9 %	19,3 %	34,2 %	25 554
Ontario	38,7 %	38,7 %	41,2 %	28,5 %	21 260
Manitoba	3,7 %	3,3 %	3,0 %	5,7 %	4 257
Saskatchewan	3,1 %	3,7 %	3,0 %	2,3 %	1 714
Alberta	11,6 %	15,5 %	13,9 %	8,5 %	6 377
Colombie-Britannique	13,6 %	13,3 %	14,1 %	10,0 %	7 442

ANALYSE

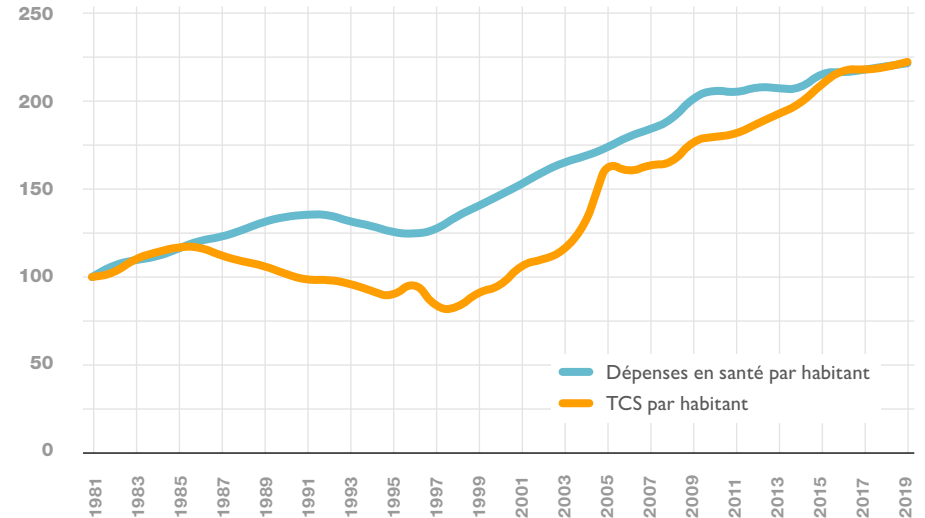
Quoique condensé, ce survol permet de cerner les enjeux qui sous-tendent aujourd'hui le financement de la santé au Canada.

Au cœur du problème, on constate que les provinces doivent offrir des services publics de qualité et quantité comparables alors qu'elles ne disposent pas des mêmes ressources financières. Pour contrer ce déséquilibre naturel, le gouvernement fédéral a mis en place un système de redistribution de ses revenus au moment où les bases du système de santé ont été lancées. Particulièrement efficace, ce système ramène les provinces fiscalement désavantagées à égalité avec leurs homologues de manière à ce qu'elles soient théoriquement en mesure de financer des services comparables.

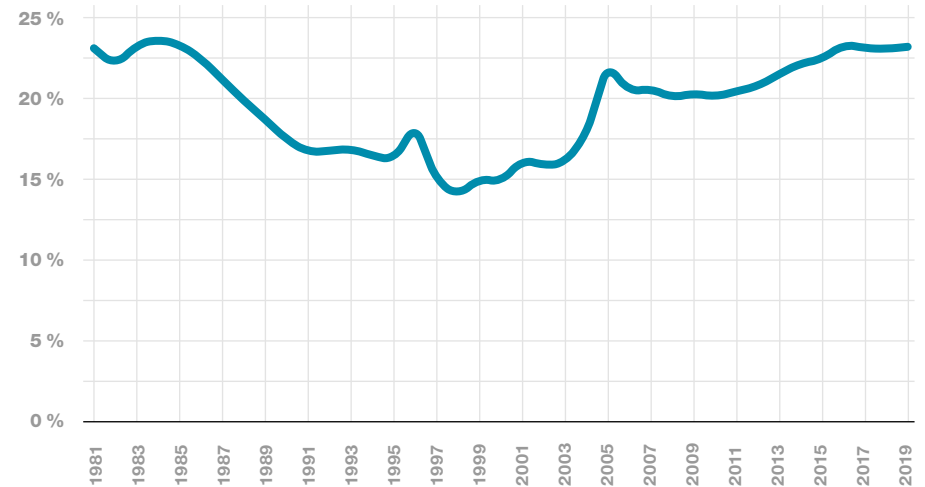
Le problème, c'est qu'au moment où il cherchait à favoriser le déploiement de services publics constitutionnellement attribués aux provinces, le gouvernement fédéral occupait l'espace fiscal des provinces. En refusant alors de céder les pouvoirs fiscaux aux provinces, le gouvernement fédéral a alors alimenté le déséquilibre fiscal avec les provinces. Et à mesure que les programmes se sont multipliés, le problème s'est amplifié.

Le gouvernement fédéral a théoriquement cherché à corriger le tir en 1977 en rétrocédant une partie de l'espace fiscal aux provinces, mais sur le fond, cette réforme aura plutôt ouvert la voie à son désengagement. Tel qu'illustré au graphique 12, la valeur réelle par habitant des transferts fédéraux en santé a diminué sur la majeure partie des décennies 80 et 90, et il aura fallu attendre la réforme de 1996 pour qu'elle augmente de nouveau. Résultat : la part du fédéral dans le financement de la santé a diminué (Graphique 13). À la fin des années 2010, l'essentiel du retard avait été comblé, mais sur le fond, un constat demeure préoccupant : les provinces ont dû composer avec un financement fédéral carencé sur la majeure partie des décennies 80, 90, 2000 et 2010. Et comme le fédéral a abaissé l'indexation de ses transferts en 2017, rien n'assure que sa contribution soit maintenue dans un avenir rapproché.

GRAPHIQUE 12
ÉVOLUTION RÉELLE PAR HABITANT DES DÉPENSES PUBLIQUES
EN SANTÉ AU CANADA ET DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX EN SANTÉ
1981 = 100



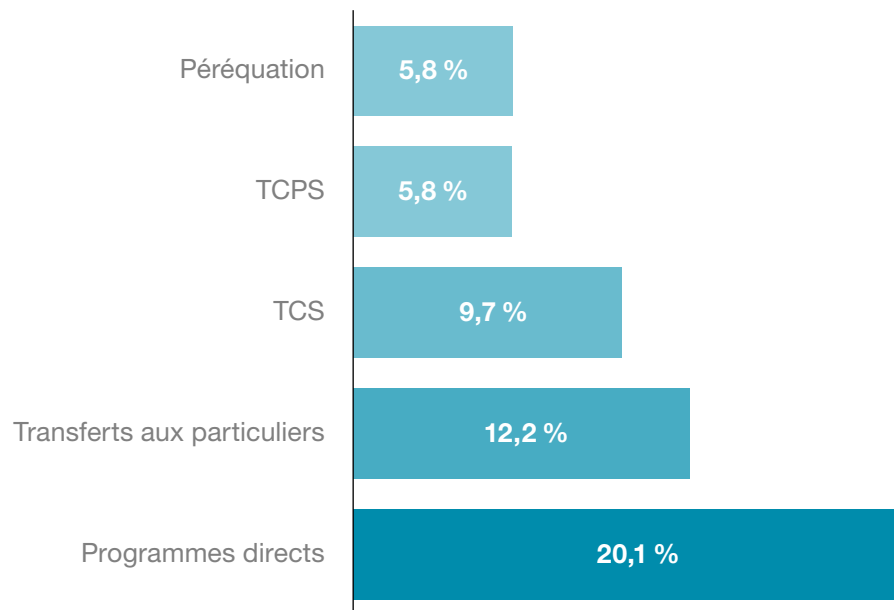
GRAPHIQUE 13
ÉVOLUTION DU TRANSFERT CANADIEN EN SANTÉ
EN POURCENTAGE DES DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ AU CANADA



Le constat est donc sans équivoque : un problème de fond empêche un financement pérenne des systèmes de santé provinciaux, problème créé de toutes pièces par la cohabitation fiscale. Si les champs fiscaux des provinces avaient été rétrocédés tel que prévu au terme du premier accord de location fiscale, le problème serait aujourd'hui plus simple à régler et pourrait aisément être atténué par la péréquation. Faute d'une réforme au moment opportun, la situation s'est toutefois dégradée, et les contribuables et usagers des systèmes de santé provinciaux se retrouvent aujourd'hui coincés dans un débat qui oppose les deux paliers de gouvernements. Et quoiqu'en disent les deux parties, les usagers des systèmes de santé et les contribuables qui les financent ne semblent pas être au cœur de leurs préoccupations.

Les provinces revendiquent un appui financier accru du gouvernement fédéral pour assurer la pérennité de leurs systèmes de santé, revendication justifiée lorsqu'on la situe dans une perspective historique. De surcroît, le contexte budgétaire fédéral des dernières années a de quoi les préoccuper. Après avoir abaissé l'indexation des transferts en santé en 2017, le gouvernement fédéral a augmenté ses dépenses au-delà de sa capacité à les financer, générant ainsi quatre déficits budgétaires avant même que la pandémie ne survienne. Or, la santé n'a vraisemblablement pas alimenté ces déficits. Entre les exercices 2015-2016 et 2018-2019, les dépenses de programmes du gouvernement ont augmenté 2,1 fois plus rapidement que la valeur des transferts en santé (Graphique 14).

GRAPHIQUE 14
CROISSANCE DES PRINCIPALES DÉPENSES BUDGÉTAIRES
PAR HABITANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ENTRE LES
EXERCICES 2015-2016 ET 2018-2019



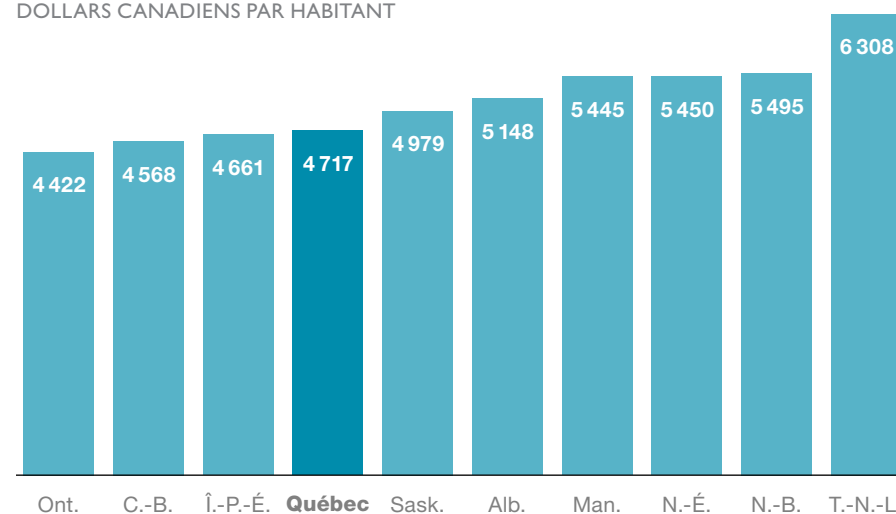
Là où le bât blesse pour les usagers et les contribuables, c'est que la santé ne semble pas davantage être une priorité pour certaines provinces. Tel qu'illustré au tableau 2, la croissance des dépenses provinciales en santé entre 2015 et 2018 a souvent été inférieure à celle des autres missions. Dans bien des cas, la croissance des dépenses administratives⁵⁴ a été nettement plus rapide que la croissance des dépenses en santé. Ce fut le cas en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, et en Alberta.

TABLEAU 2
CROISSANCE DES DÉPENSES PAR HABITANT DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES SELON LA MISSION ENTRE 2015 ET 2018

	Santé	Éducation	Services sociaux	Administratif	Autres dépenses
Terre-Neuve-et-Labrador	8,2 %	-4,0 %	-0,6 %	7,3 %	-4,8 %
Île-du-Prince-Édouard	3,3 %	7,1 %	6,2 %	-3,7 %	17,4 %
Nouvelle-Écosse	5,2 %	2,0 %	-1,1 %	19,3 %	6,7 %
Nouveau-Brunswick	2,6 %	4,9 %	38,5 %	10,3 %	16,1 %
Québec	8,0 %	11,7 %	3,2 %	17,3 %	6,8 %
Ontario	4,7 %	12,9 %	10,6 %	11,9 %	15,7 %
Manitoba	4,1 %	7,5 %	5,7 %	8,1 %	-2,0 %
Saskatchewan	2,1 %	-1,1 %	3,7 %	22,4 %	-0,8 %
Alberta	5,9 %	3,6 %	26,0 %	43,2 %	11,1 %
Colombie-Britannique	6,6 %	9,9 %	26,3 %	0,0 %	12,6 %

En outre, l'effort budgétaire dédié à la santé est loin d'être uniforme sur l'ensemble du territoire canadien. En 2018, Terre-Neuve-et-Labrador a par exemple dépensé 1,43 fois plus que l'Ontario en santé, ce qui représente une différence de près de 2 000 \$ par habitant (Graphique 15). Des écarts similaires sont observés du côté de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Colombie-Britannique et du Québec, qui se situent toutes sous la moyenne canadienne. Bref, tout porte à croire que les provinces n'offrent pas la même prestation de services en santé, à tout le moins lorsque mesurée par l'effort financier.

GRAPHIQUE 15
DÉPENSES PAR HABITANT DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES EN SANTÉ EN 2018
DOLLARS CANADIENS PAR HABITANT



En vue d'éviter que les prochaines générations de contribuables et d'usagers ne soient à nouveau prises en étau par leurs gouvernements, une réforme majeure s'impose. Et *a priori*, cette réforme devra aller beaucoup plus loin que la hausse de la contribution fédérale telle qu'exigée par les provinces sur la base de la capacité d'endettement du fédéral.

⁵⁴ Selon la Classification canadienne des fonctions des administrations publiques de Statistique Canada, les services généraux des administrations publiques (ici nommé administratif) concernent « les dépenses publiques destinées à l'administration, au développement et à la gestion des services publics généraux. Les services publics généraux comprennent les dépenses destinées aux organes exécutifs et législatifs; aux affaires financières et fiscales et aux affaires externes; à l'aide économique internationale; aux services généraux; à la recherche fondamentale; les services publics généraux en recherche et développement; les services publics généraux non classés ailleurs; les opérations relatives à la dette publique; et les transferts d'un caractère général entre des ordres de gouvernement ». Au Québec, les principales dépenses entrant dans cette catégorie concernent la gestion de la dette publique (57 % des dépenses administratives), les services associés à une fonction particulière notamment la gestion du personnel, les activités de planification économique et sociale, l'approvisionnement, la gestion d'immeubles, etc. (27 %) et la gestion de l'appareil gouvernemental – exécutif, législatif, affaires étrangères – (12 %).

Source : Statistique Canada. [Classification canadienne des fonctions des administrations publiques \(CCFAP\) 2014](#)

PARTIE 2 :

DES SOLUTIONS POUR ASSURER UN FINANCEMENT ADÉQUAT DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU CANADA

En l'absence de mécanismes de reddition de comptes adéquats, on peut difficilement juger de la pertinence et du bien-fondé des revendications des provinces. De fait, la suite de l'analyse prendra pour acquis que ces besoins sont avérés. Et en tout état de cause, l'objectif ici poursuivi n'est pas de quantifier précisément les besoins de financement des provinces, mais plutôt de trouver une solution à un problème bien cadré : la contribution fédérale au chapitre de la santé est insuffisante en regard de l'espace fiscal qu'il occupe et des responsabilités constitutionnelles qu'il assume.

En 2018-2019, c'est-à-dire avant que la pandémie n'ébranle les finances publiques du pays, le gouvernement fédéral a récolté 337 milliards en revenus, soit à peine 13 milliards de moins que l'ensemble des provinces. Or, sa contribution aux systèmes de santé provinciaux la même année n'a représenté que 23,2 % de l'ensemble des dépenses encourues par les provinces. Et avec une indexation minimale des transferts en santé abaissée de 6 % à 3 % en 2017, les provinces n'auront vraisemblablement pas le support financier nécessaire pour faire face à la pandémie à court terme, ni pour affronter le phénomène de vieillissement démographique à plus long terme.

Pour éviter de supporter entièrement les charges additionnelles anticipées, les provinces requièrent donc une hausse des transferts fédéraux jusqu'à un montant équivalant à 35 % de leurs dépenses en santé.⁵⁵ Le cas échéant, les transferts en santé passeraient de 43,1 milliards de dollars à 69,5 milliards de dollars, soit une augmentation de 61 %. Pour justifier leurs demandes, les provinces s'appuient sur la capacité d'endettement du gouvernement fédéral. Or, même dans l'éventualité où les besoins de financement des systèmes de santé coïncideraient avec la capacité d'endettement du fédéral, la solution proposée par les provinces agira au mieux comme une correction de court terme permettant d'acheter du temps, mais ne réglerait rien sur le fond à moyen ou long termes.

.....
⁵⁵ Conseil de la fédération (2021). [Rapport des ministres des Finances des provinces et territoires au Conseil de la fédération : Augmenter le Transfert canadien en matière de santé contribuera à rendre la situation financière des provinces et territoire plus viable à long terme](#), page 3.

D'abord, leur proposition ne s'attaque pas à la source du problème : le déséquilibre fiscal vertical – c'est-à-dire le déséquilibre qui existe entre les provinces et le gouvernement fédéral en ce qui a trait à leurs responsabilités respectives et les revenus qu'ils prélèvent pour les financer. Même si les provinces parviennent à une entente, une grande partie du financement de la santé demeure entre les mains du gouvernement fédéral, et donc tributaire de la volonté des administrations présentes et futures à financer la santé. Bref, rien ne garantit un soutien à long terme. Qui plus est, la capacité d'endettement relative des deux paliers de gouvernement ne représente pas une base objective pour établir leurs contributions financières respectives à la santé.

Par ailleurs, la solution proposée par les provinces ne place toujours pas les contribuables et usagers des systèmes de santé au centre des préoccupations des gouvernements. Comme les provinces n'admettent aucune reddition de comptes en contrepartie de transferts additionnels, rien n'assure que ces nouveaux transferts seront effectivement dédiés au financement de la santé et se traduiront par une amélioration notable des soins de santé. De plus, rien dans le système actuel de transferts ne permet aux citoyens, qu'ils soient des contribuables ou des usagers, d'évaluer la performance relative des systèmes de soins de santé gérés par les provinces et ainsi d'être à même de juger s'ils s'avèrent de « quantité et qualité comparables ».

Au même titre, cette solution tend à éluder une réalité sans équivoque : ce seront toujours les mêmes contribuables qui paieront la facture, que ce soit le fédéral ou les provinces qui financent les dépenses additionnelles. De fait, la véritable question sous-jacente à l'actuel débat est avant tout de déterminer qui portera l'odieux de hausser ses taxes et impôts, de diminuer ses dépenses, ou de refiler la facture aux prochaines générations pour assumer la facture courante des services de santé.

Pour ces raisons, une véritable réforme doit être initiée pour éviter que la question du financement de la santé ne se transforme à moyen terme en un énième bras de fer politique où les contribuables et usagers seront de nouveau pris en étau entre les deux paliers de gouvernement qu'ils financent. Pour atteindre cet objectif, la réforme devra chercher à simplifier le processus de financement en corrigeant le déséquilibre fiscal entre le fédéral et les provinces grâce à un meilleur partage des assiettes fiscales entre les deux ordres de gouvernement. Il s'agit là de la seule façon de corriger de manière structurelle et durable le déséquilibre fiscal vertical existant au Canada.

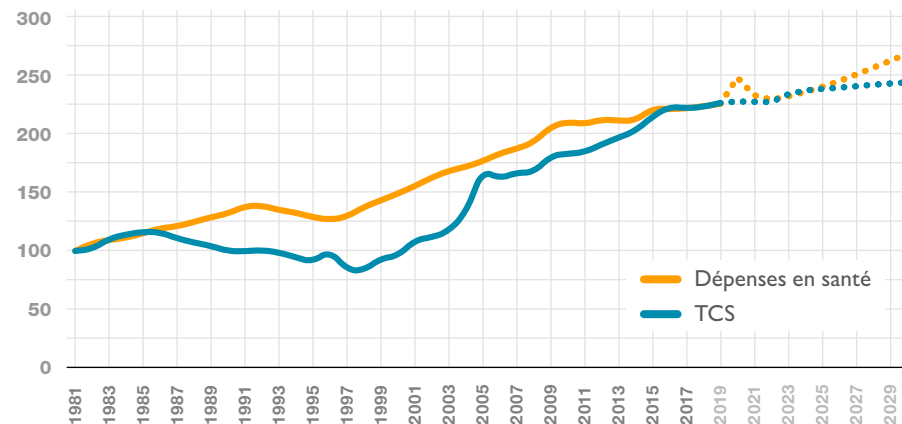
LE STATU QUO ET LES REVENDEICATIONS PROVINCIALES

Avant d'exposer les changements nécessaires pour assurer un financement pérenne des systèmes de santé au Canada, il apparaît nécessaire de mettre en contexte les revendications des provinces énoncées au terme des rencontres du Conseil de la fédération⁵⁶ de février 2021.

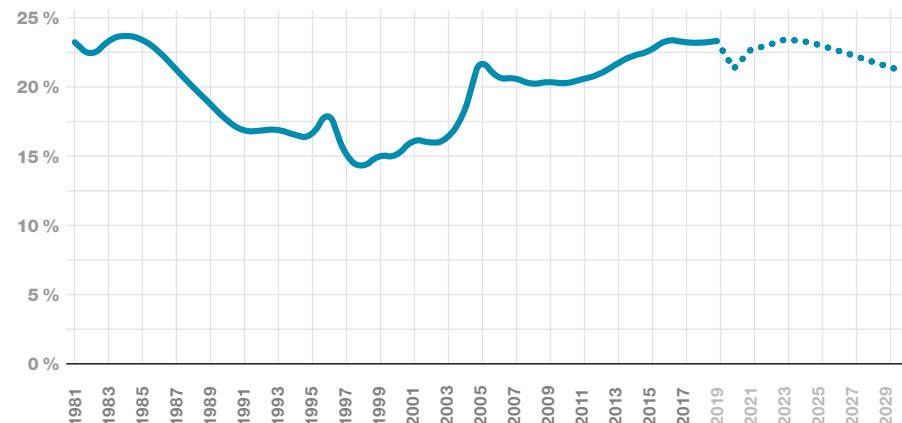
À la base, les revendications des provinces reposent sur un constat difficilement attaquant : à défaut d'une bonification du Transfert canadien en santé (TCS), la contribution du fédéral aux systèmes de santé provinciaux diminuera au cours des prochaines années. En se basant sur les projections du *Conference Board*,⁵⁷ les provinces estiment que leurs dépenses réelles par habitant en santé augmenteront au rythme annuel moyen de 1,6 %⁵⁸ au cours des dix prochaines années (Graphique 16), une croissance supérieure à celle des dix dernières années (0,8 %), et expliquée en majeure partie par l'accélération du vieillissement de la population. L'indexation annuelle des TCS ayant été abaissée en 2017,⁵⁹ la contribution réelle du gouvernement devrait progresser de 0,7 % dans l'intervalle. Résultat : la part fédérale dans le financement de la santé devrait diminuer. Établie à 23,3 % en 2019 (Graphique 17), cette part diminuera à partir de 2023 si aucun changement n'est apporté au financement fédéral de la santé.⁶⁰

GRAPHIQUE 16
ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN SANTÉ DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX ET DU TRANSFERT CANADIEN EN SANTÉ ET ÉVOLUTION PROJETÉE SELON LE STATU QUO

EN DOLLARS RÉELS DE 2012 PAR HABITANT, 1981=100



GRAPHIQUE 17
PART DES TRANSFERTS CANADIENS EN SANTÉ DANS LES DÉPENSES EN SANTÉ DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX SELON LE STATU QUO



56 Conseil de la fédération (2021). [Rapport des ministres des Finances des provinces et territoires au Conseil de la fédération : Augmenter le Transfert canadien en matière de santé contribuera à rendre la situation financière des provinces et territoire plus viable à long terme](#)

57 Conference Board du Canada (2020). [Les facteurs de croissance des coûts des soins de santé au Canada](#)

58 Calcul des auteurs basé sur une croissance moyenne de 2 % de l'indice implicite des prix du PIB. L'année 2020-21 a été exclue des calculs en raison de l'impact de la COVID sur les dépenses en santé.

59 Les transferts dans le cadre du TCS sont indexés en fonction de la croissance du PIB nominal du Canada, avec un seuil minimal fixé à 3 % si la croissance du PIB nominal calculée en moyenne mobile de 3 ans est inférieure. Source : [Transfert canadien en matière de santé](#)

60 La hausse observée entre 2020 et 2023 découle d'une estimation de croissance rapide du PIB, croissance excédant temporairement celle des dépenses en santé. Source : [Rapport du Conseil de la fédération \(2021\)](#), pages 11 – 13.

Pour éviter d'assister à un nouveau désengagement fédéral, les provinces réclament une majoration immédiate de 26,3 milliards de dollars des TCS – soit une hausse de 61 % – de manière à ce que le gouvernement fédéral finance 35 % des dépenses des provinces en santé. Par la suite, cette part serait maintenue en majorant les TCS en fonction de la croissance des dépenses en santé des gouvernements provinciaux⁶¹ plutôt qu'en fonction de la croissance du PIB. À partir de ce point, le financement de la santé se rapprocherait du système à coûts partagés qui prévalait avant la réforme de 1977.

Sur le fond, les revendications des provinces s'appuient essentiellement sur une répartition inégale de l'endettement au Canada. Selon le Conseil de la fédération, les finances du gouvernement fédéral, plus durement frappées par la pandémie, devraient se rétablir au cours des prochaines années. En revanche, les finances des provinces – relativement moins affectées par la pandémie – se détérioreront sous le poids de leurs responsabilités en santé.

Selon leurs prévisions, le statu quo en santé ferait passer la somme des déficits budgétaires annuels des provinces de 47 milliards de dollars en 2021-2022 à 103 milliards de dollars en 2030-2031, alors que dans le même intervalle, le déficit fédéral passerait de 131 milliards de dollars à 14 milliards de dollars.⁶² Dans sa forme actuelle, le financement de la santé créerait donc un important déséquilibre entre l'endettement des provinces et l'endettement fédéral.

De l'avis des provinces, la hausse des TCS devrait compenser ce déséquilibre. Selon leurs projections, le poids de la dette nette fédérale dans le PIB grimperait momentanément à 60 % en raison de la pression associée à l'augmentation drastique des TCS, mais ce poids redescendrait après quelques années pour s'établir à 57 % en 2039-2040. Du côté des provinces, la hausse des TCS retarderait la progression de leur endettement relatif. Selon leurs prévisions, le poids de leurs dettes s'établirait à 44 % du PIB du Canada en 2039-2040 au lieu des 71 % prévus.

61 Selon le rapport du conseil de la fédération, qui base ses prévisions sur celles du *Conference Board*, les dépenses en santé des provinces et territoires devraient augmenter en moyenne de 5 % par an dès 2023-2024. Une croissance annuelle moyenne qui tient compte des effets de certains facteurs – notamment le vieillissement de la population, la croissance démographique, l'amélioration historique des services de santé et l'inflation – sur les dépenses en santé.

Source : [Rapport de la Conférence sur la fédération](#), pages 10 et 11.

62 D'après les projections financières du *Conference Board*, en 2039-2040, le gouvernement fédéral enregistrera un surplus de 51 milliards de dollars au fédéral environ, tandis que le déficit cumulé des provinces se creusera encore plus pour s'établir à 208 milliards de dollars.

Source : [Rapport du Conseil de la fédération \(2021\)](#), page 5.

Une solution qui n'en est pas vraiment une

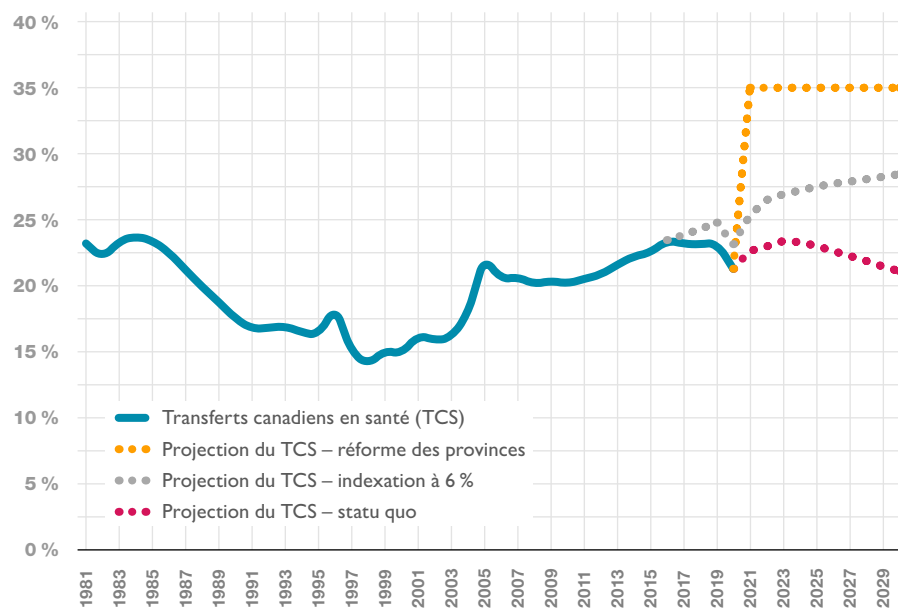
En plus de répondre aux besoins de financement estimés par les provinces, la réforme qu'elles proposent s'accompagne de deux avantages. D'un côté, elle fait consensus au sein des provinces, ce qui tend à soustraire du débat une dimension purement politique. De l'autre, elle se rapproche du système à coûts partagés qui prévalait avant la réforme de 1977, ce qui favorise théoriquement la stabilité de la contribution fédérale.

En apparence, la proposition des provinces semble donc déboucher sur un système de financement équilibré qui assure une contribution fédérale suffisante pour ne pas créer de déséquilibre à long terme au niveau de leur endettement respectif. Autrement dit, leur solution est viable du point de vue des finances publiques provinciales et fédérales. À défaut de s'attaquer à la source du problème – le déséquilibre fiscal vertical – la réforme proposée risque toutefois d'agir comme un simple palliatif au problème de financement des systèmes de santé provinciaux.

Comme l'espace fiscal nécessaire au financement de la santé continue d'être en partie occupé par le gouvernement fédéral, les provinces s'exposent à une nouvelle volte-face de l'administration fédérale. Rappelons à titre d'exemple que le gouvernement fédéral a abaissé unilatéralement le système d'indexation des TCS en 2017.⁶³ Alors que les TCS étaient indexés de 6 % par année depuis 2006-2007, le gouvernement fédéral a imposé un mode d'indexation modulé en fonction de la croissance nominale du PIB jusqu'en 2024, sous réserve d'une indexation minimale de 3 %. Comme la croissance nominale du PIB s'est établie en moyenne à 4,5 % par année depuis, les provinces ont perdu au change. N'eût été ce changement de cap, la part du fédéral dans le financement de la santé aurait continué de s'accroître au lieu de décroître comme ce sera le cas à court terme si aucun changement n'est apporté (Graphique 18).

GRAPHIQUE 18

PART DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX DANS LES DÉPENSES EN SANTÉ DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX ET SELON LE SCÉNARIO



Bref, la solution proposée par les provinces ne corrige pas le problème structurel associé à la cohabitation provinciale/fédérale dans des assiettes fiscales telles que l'impôt des particuliers, l'impôt des sociétés et les taxes de ventes au détail. En cherchant plutôt à corriger le déséquilibre appréhendé de l'endettement, les provinces continuent de s'exposer à une administration fédérale qui voudra équilibrer ses budgets en diminuant ses transferts en santé, ou qui choisira simplement de dépenser ailleurs.

63 Le plan décennal pour consolider les soins de santé qui a été signé en 2004 entre le gouvernement fédéral et les provinces prévoyait un taux de croissance annuel de 6 % du TCS à compter de l'année fiscale 2006-2007. En 2011, le gouvernement fédéral décide unilatéralement que le facteur d'indexation du TCS serait aligné avec la croissance du PIB nominal assorti d'une croissance minimale de 3 % à partir de l'année fiscale 2017-2018 et cela jusqu'en 2024.

Source : *Finances of the Nation 2004*, Toronto, Canadian Tax Foundation, 2006, pages 11:6 et [Transfert canadien en matière de santé](#).

Par ailleurs, la solution proposée par les provinces ne place certainement pas les usagers des systèmes de santé et les contribuables qui les financent au centre de leurs préoccupations. De l'avis des provinces, « une hausse du TCS à un montant correspondant à 35 % des dépenses de santé de l'ensemble des provinces et territoires contribuera à donner aux provinces et territoires les moyens financiers nécessaires leur permettant de continuer à fournir le niveau de soins de santé recherché par leurs citoyens, sans priver de ressources d'autres domaines clés de compétence provinciale ».64 Cela dit, rien ne garantit qu'en pratique les sommes octroyées seront utilisées à bon escient, et qu'elles garantiront aux usagers et contribuables une prestation de services en adéquation avec l'effort fiscal qu'ils fournissent. Plus important encore, rien n'assure que les systèmes de soins de santé du Canada seront offerts en quantité et qualité comparables.

En refusant de se soumettre à l'ingérence fédérale en matière de reddition de comptes, certaines provinces négligent les contribuables et les usagers de leur système de santé. En l'absence d'un système standardisé et obligatoire de reddition de comptes, ceux-ci ne disposent actuellement que de très peu de moyens pour juger de la qualité et de la quantité des services qu'ils reçoivent, et encore moins de les comparer avec les services reçus par les usagers d'autres provinces.

Face à ces constats, deux conditions devront vraisemblablement être respectées pour que la réforme du financement de la santé atteigne rapidement et durablement ses objectifs :

- 1) Favoriser une reddition de comptes complète envers les contribuables et les usagers du système de soins de santé;
- 2) Réduire, sinon éliminer, le déséquilibre fiscal vertical de manière permanente.

Dans un cas comme dans l'autre, l'enjeu sera de taille. D'un côté, le gouvernement fédéral devra céder une partie de l'espace fiscal qu'il occupe de manière à augmenter le financement autonome des provinces. De l'autre, les provinces devront accepter de mettre en place un système de reddition de comptes destiné d'abord et avant tout aux citoyens, ce à quoi certaines d'entre elles se sont historiquement opposées. Cela dit, des solutions demeurent à portée de main.

64 Conseil de la fédération (2021). [Rapport des ministres des Finances des provinces et territoires au Conseil de la fédération : Augmenter le Transfert canadien en matière de santé contribuera à rendre la situation financière des provinces et territoire plus viable à long terme](#), page 2.

CONDITION #1 : AMÉLIORER SIGNIFICATIVEMENT LA REDDITION DE COMPTES AU BÉNÉFICE DES CONTRIBUABLES ET DES USAGERS

Adoptée en 1984 pour freiner des pratiques de facturation allant à l'encontre du principe d'universalité des services en santé, la *Loi canadienne sur la santé* a établi les bases d'un système de reddition de comptes.

En principe, la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de réduire son financement si une province ne respecte pas certains standards, notamment si elle impose un ticket modérateur, c'est-à-dire si elle fait assumer une partie des frais aux usagers pour éviter de surcharger le système de santé. Comme elle s'applique au financement de la santé et non à la prestation de service, la Loi est généralement jugée constitutionnelle puisqu'elle se rattache au pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, qui peut ainsi attacher des conditions au financement qu'il accorde. La même voie pourra vraisemblablement être empruntée pour pousser les provinces à offrir une reddition de comptes à leurs populations.

Plutôt que d'imposer des standards aux provinces à travers des normes d'efficacité – ce qui serait probablement un échec en regard de leur opposition historique à la reddition de comptes au niveau fédéral – les provinces devraient être contraintes de partager un éventail détaillé d'indicateurs de performance afin de permettre l'étalonnage (*benchmarking*) des systèmes de santé provinciaux. En garantissant un accès étendu à la performance des systèmes de santé provinciaux à travers des données exhaustives, une telle réforme permettrait aux usagers et aux contribuables d'évaluer les services rendus, ce qui augmenterait considérablement l'imputabilité des provinces quant à l'efficacité de leur réseau.

En pratique, un tel système de reddition de comptes pourrait assez facilement être mis sur pied en consolidant l'actuel mandat de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et en lui cédant les pouvoirs nécessaires pour lui conférer un rôle similaire à celui du Directeur parlementaire du budget (DPB) à Ottawa, par exemple.

Financé à la fois par le gouvernement fédéral et les provinces, l'ICIS a pour mandat de « fournir une information comparable et exploitable qui favorise une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans l'ensemble du continuum de soin. »⁶⁵ Grâce à des ententes avec les dix provinces canadiennes, l'ICIS met à la disposition du public plusieurs produits de données, et différentes analyses sur le secteur hospitalier au Canada. Des données plus précises sont par ailleurs offertes aux chercheurs, alors que d'autres sont disponibles sur demande et moyennant certains frais. *A priori*, on recense 59 bases de données distinctes au niveau provincial, données qui permettent à ce stade-ci d'effectuer des analyses précises sur des sujets spécifiques. C'est par exemple le cas de l'outil Estimateur des coûts par patient, qui permet de comparer le coût moyen par province de différentes interventions en soins de santé.⁶⁶ Quoique fort diversifiée, l'information actuellement offerte par l'ICIS ne répond toutefois pas aux exigences d'une saine reddition de comptes.

65 [Institut canadien d'information sur la santé – vision et mandat](#)

66 La plupart des données présentées dans ce rapport sont d'ailleurs issues de bases de données de l'ICIS.

Comme le mandat de l'ICIS est apolitique, ses opérations sont essentiellement dédiées à la collecte, la compilation et la diffusion de données. Grâce à un budget annuel dépassant les 100 millions de dollars,⁶⁷ l'organisme compile, amalgame et diffuse un nombre impressionnant de données et d'indicateurs sur la santé, mais sur le fond, ses activités ne sont clairement pas orientées vers les usagers et les contribuables. Les bases de données sont nombreuses mais décentralisées, souvent partielles et désynchronisées, et l'accès aux données par établissement et unité est limité. Résultat : un citoyen qui n'est pas familier avec la gestion de données ne peut s'y retrouver. Et comme l'ICIS ne peut s'immiscer dans le débat politique, les documents d'analyse qu'il propose ne permettent pas au citoyen d'obtenir un diagnostic clair de la performance des systèmes de santé au Canada. Lorsque des rapports sont disponibles, ils couvrent la plupart du temps un sujet précis, et proposent des données agrégées, de sorte que la plupart des citoyens ne peuvent concrètement évaluer la qualité et la quantité des services qu'ils reçoivent et les comparer à ceux reçus dans les autres provinces. Pourtant, il s'agit là d'une condition nécessaire pour assurer l'égalité des services au sein d'une fédération où les pouvoirs sont décentralisés.

On doit par ailleurs savoir qu'en dépit d'un nombre important de produits de données disponibles, le principe de partenariat avec les provinces freine considérablement les comparaisons interprovinciales à des niveaux désagrégés. Comme elles ne sont pas obligées de produire de l'information, la participation des provinces aux différentes bases de données n'est pas systématique. Par exemple, le Québec ne produit pas de données ou ne fournit que des données partielles sur 23 des 59 bases de données⁶⁸ disponibles, alors que dans le cas de l'Alberta, cette statistique est pratiquement deux fois moins élevée. En théorie, beaucoup de produits de données sont ainsi mis à la disposition des chercheurs, mais dans plusieurs cas, les données ne sont plus mises à jour, ne permettent pas de suivi à travers le temps, ne sont pas suffisamment désagrégées pour permettre d'identifier les fondements de la performance d'une province dans un domaine précis. Bref, les conditions d'accès aux données sont loin d'être optimales dans un contexte où les technologies existantes le permettent. Résultat : certains délais de diffusion sont particulièrement longs. À lui seul, cet extrait du rapport annuel 2019-2020 de l'ICIS résume assez bien l'état des lieux :

« De concert avec nos partenaires à l'échelle du pays, nous élaborons de nouveaux indicateurs pour mieux mesurer l'accès aux services de santé. Comme indiqué précédemment dans le présent rapport, nous collaborons avec les divers ordres de gouvernement, les intervenants, les experts de la mesure et la population pour sélectionner et élaborer un ensemble de 12 indicateurs pancanadiens de la performance des systèmes de santé. Ces indicateurs rendront compte des améliorations dans l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires, ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie. Nous avons diffusé les résultats des 3 premiers indicateurs l'an dernier et prévoyons diffuser ceux des 3 prochains indicateurs plus tard au cours de l'année. Les indicateurs ci-dessous sont en cours d'élaboration, et leur diffusion est prévue d'ici 2022. »⁶⁹

En bonifiant le mandat de l'ICIS, en lui conférant des pouvoirs accrus au niveau de la collecte d'information auprès des provinces, l'ICIS agira comme organe de régulation des données plutôt qu'à titre de partenaire des provinces dans la collecte et la diffusion de données sur la santé, comme c'est le cas actuellement. Ce faisant, l'ICIS deviendrait le « chien de garde » des citoyens en matière de reddition de comptes. Grâce à ce rôle bonifié, l'ICIS sera en mesure de fournir aux citoyens les outils nécessaires à une évaluation objective de la performance de leurs systèmes de santé.

67 Institut canadien d'information sur la santé (2019). [Budget et plan d'exploitation de l'ICIS 2019-2020](#). Ottawa, ON : ICIS; 2019.

68 Institut canadien d'information sur la santé. [Disponibilité des données des banques de données de l'ICIS \(au 31 mars 2021\)](#). Ottawa, ON : ICIS; 2021.

69 Institut canadien d'information sur la santé (2020). [Rapport annuel de l'ICIS 2019-2020](#), page 24. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

En publiant des analyses sur une base régulière, l'ICIS permettrait par ailleurs aux usagers et contribuables d'une province en particulier de comparer les services qu'ils reçoivent à ceux des autres provinces, et de suivre leur évolution à travers le temps. Autrement dit, l'ICIS assurera la reddition de comptes des gouvernements auprès de la population. En présentant en parallèle des analyses *ad hoc* sur des sujets précis, l'ICIS permettrait en outre d'évaluer concrètement les réformes initiées par leurs gouvernements. Sans nécessairement comprendre les tenants et aboutissants de ces réformes, les citoyens seront à tout le moins en mesure d'en évaluer les retombées sur leur système de santé. À ce même titre, ils seront en mesure d'évaluer le bien-fondé des revendications de leurs provinces en matière de financement, ce qui n'est clairement pas le cas actuellement.

En somme, la réforme de l'ICIS devra être effectuée en ayant pour prémisse un élément constitutionnel : permettre à tous les Canadiens d'évaluer s'ils reçoivent, « à un niveau de qualité acceptable, les services publics essentiels ». ⁷⁰ Des pouvoirs accrus devront donc être octroyés à l'ICIS pour lui permettre de collecter toute donnée jugée nécessaire pour parvenir à cette fin. De leur côté, les provinces devront être tenues de fournir ces données, peu importe qu'elles jugent le processus nécessaire ou non.

70 Comme il est stipulé dans l'article 36(1) de la [Loi constitutionnelle de 1982, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada](#) (1982, R.-U., c. 11)

CONDITION #2 : CORRIGER LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL VERTICAL

La deuxième condition pour assurer une réforme durable du financement de la santé est simple. Plutôt que de chercher à corriger un éventuel déséquilibre dans la valeur relative de l'endettement des gouvernements au Canada, les provinces devront s'attaquer aux fondements structurels du problème en corrigeant la portion du déséquilibre fiscal vertical à l'origine dudit problème. Et pour ce faire, les provinces devront récupérer l'espace fiscal qui n'a pas été cédé par le gouvernement fédéral lors de la réforme de 1977 pour clore le débat.

En pratique, cette seconde condition se traduira donc par l'abandon pur et simple du système de transferts en santé. Libéré de ces transferts, le gouvernement fédéral devra diminuer proportionnellement sa présence dans une ou plusieurs des assiettes fiscales qu'il partage avec les provinces, et ce, afin de leur permettre de prélever de manière autonome les revenus nécessaires au financement de leurs systèmes de santé.

Pour arriver à combler les besoins de financement énoncés par les provinces au terme des rencontres du Conseil de la fédération, le gouvernement fédéral devrait libérer tout près de 70 milliards de dollars en revenus issus des assiettes fiscales qu'il occupe conjointement avec les provinces, soit 43,1 milliards pour compenser l'enveloppe actuelle des TCS, et 26,3 milliards pour atteindre le financement additionnel exigé par les provinces.

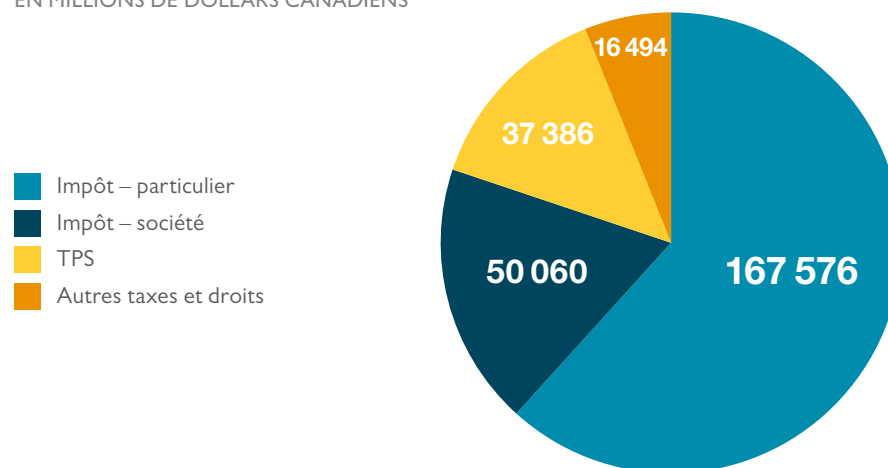
Compte tenu de la présence fédérale sur les principales assiettes fiscales, différents scénarios peuvent être envisagés pour rendre aux provinces l'espace fiscal nécessaire au financement de la santé.

Le gouvernement fédéral pourrait par exemple cesser de prélever un impôt sur le revenu des sociétés, ce qui permettrait aux provinces de prélever approximativement 50 milliards de dollars en revenus additionnels (Graphique 19). En cédant en plus la moitié des points de la taxe fédérale sur les produits et services (TPS), le fédéral libérerait alors l'espace fiscal nécessaire au financement de la santé à la hauteur des demandes des provinces. Inversement, le gouvernement fédéral pourrait céder complètement la TPS aux provinces et céder la balance de l'espace fiscal nécessaire au financement de la santé en cédant aux provinces des points de l'impôt des sociétés.

GRAPHIQUE 19

RÉPARTITION DES REVENUS FÉDÉRAUX SELON L'ASSIETTE FISCALE, 2019-2020

EN MILLIONS DE DOLLARS CANADIENS



Même si elle peut paraître radicale, cette solution favorisera un meilleur fonctionnement de la fédération canadienne. Au premier chef, elle corrigera efficacement et durablement une partie non négligeable du déséquilibre fiscal vertical en assurant que la ponction des deux paliers de gouvernement dans les différentes assiettes fiscales qu'ils partagent soit davantage en adéquation avec leurs responsabilités respectives. En ayant le contrôle exclusif des ressources fiscales nécessaires au financement de la santé, les provinces ne pourront plus se réfugier derrière une contribution fédérale carencée pour expliquer l'état de leurs services, et elles deviendront de fait pleinement imputables de la performance de leur système de santé. En implantant en parallèle la mécanique nécessaire à une saine reddition de comptes, les citoyens seront à même de juger de la performance de leurs gouvernements. Et de son côté, le gouvernement fédéral pourra difficilement revenir sur sa décision étant donné qu'un important coût politique serait rattaché à une éventuelle présence dans les assiettes fiscales libérées.

CONCLUSION

Cette analyse a démontré que la question du financement de la santé au Canada va beaucoup plus loin que la seule détermination des sommes à y consacrer. En fait, elle ramène la fédération canadienne à ses fondements en soulignant les deux déséquilibres fiscaux qui empêchent les Canadiens de recevoir des services publics en qualité et quantité comparables s'ils ne sont pas corrigés adéquatement.

D'abord, on retrouve l'enjeu du déséquilibre fiscal horizontal, un déséquilibre fiscal « naturel » qui résulte en partie de différences dans la dotation des provinces en ressources naturelles, mais également de différences dans leurs capacités respectives à générer de la richesse. En raison de ces différences, la valeur des assiettes fiscales n'est pas la même d'une région à une autre, ce qui fait en sorte que certaines provinces ne sont pas en mesure de financer les mêmes services publics que leurs voisines sans imposer un fardeau fiscal déraisonnable à leurs citoyens. S'il n'était pas corrigé, ce déséquilibre fiscal entre les provinces finirait par créer des débordements, les citoyens d'une province fiscalement désavantagée ayant avantage à migrer vers les autres provinces afin d'obtenir des services publics de qualité et en quantité requises sans avoir à fournir un effort fiscal démesuré.

Pour cette raison, le système de péréquation a été mis en place à la fin des années 50 afin de niveler la capacité fiscale des provinces, et ainsi s'assurer que toutes aient les ressources financières requises pour offrir et maintenir un certain niveau de service jugé adéquat. À terme, les provinces bénéficiaires sont ainsi en mesure de financer des services publics de qualité et quantité comparables à ce que l'Ontario peut offrir compte tenu de sa richesse relative. Bref, la péréquation assure une équité horizontale similaire à celle qu'un État unitaire peut théoriquement offrir sur son territoire.

Un second déséquilibre fiscal compromet toutefois cette équité. Ce déséquilibre – vertical cette fois – résulte de la cohabitation des provinces et du fédéral dans les mêmes assiettes fiscales.

En 1867, le gouvernement fédéral s'est octroyé les missions les plus importantes de l'époque – et au demeurant vitales au développement du Canada – et a cédé la santé, l'éducation et les services sociaux aux provinces, ces missions étant alors considérées comme secondaires. Ce partage, alors en équilibre avec la capacité de payer des deux paliers de gouvernement, s'est rapidement avéré inadéquat. Résultat : le gouvernement fédéral prélève sensiblement les mêmes revenus que les provinces alors que dans le contexte actuel, le partage des responsabilités constitutionnelles nécessiterait une répartition différente des ressources fiscales.

Conscientes de ce déséquilibre, les provinces font actuellement front commun pour que le gouvernement fédéral majore les TCS de manière à injecter les 26 milliards de dollars jugés nécessaires à un financement pérenne des systèmes de santé au Canada. De l'avis des provinces, leur solution garantira à plus long terme un partage équilibré de l'endettement des gouvernements au Canada.

Même si c'était le cas, cette solution ne réglerait toutefois pas le problème des provinces. Au mieux, elle ne fera que retarder de quelques années un nouveau débat sur le financement de la santé.

Sur le fond, la solution des provinces n'est pas viable parce qu'elle ne s'attaque pas au problème structurel qui entrave le financement de la santé. Sans un contrôle complet de l'espace fiscal nécessaire au financement de la santé, les provinces demeurent exposées à une volte-face fédérale, ou à une administration qui préférera financer d'autres dépenses ou tout simplement les réduire. Si elles souhaitent régler définitivement le débat sur le financement de la santé, les provinces devront donc emprunter une autre voie.

Plutôt que de chercher à accroître la contribution fédérale, les provinces devront intervenir à la source du problème en s'attaquant au déséquilibre fiscal vertical qui entrave actuellement le financement de cette mission. En somme, elles devront récupérer la balance de l'espace fiscal qui n'a pas été cédé lors de la réforme de 1977. En corrigeant une part importante du déséquilibre fiscal vertical plutôt que de chercher à trouver un équilibre de long terme basé sur leur endettement respectif, les provinces auraient dans les faits accès aux revenus leur permettant de financer adéquatement leurs systèmes de soins de santé respectifs, du moins à leurs yeux. À partir de ce point, les deux déséquilibres qui empêchent les Canadiens de recevoir des services publics en qualité et quantité comparables seront corrigés et, en théorie, toutes les provinces seront en mesure d'offrir les mêmes services à leur population.

Pour permettre aux Canadiens de juger par eux-mêmes s'ils reçoivent des services en qualité et quantité comparables, un mécanisme de reddition de comptes doit par ailleurs être implanté. Par souci d'efficacité, l'expertise de l'ICIS pourrait être ici mise à profit. Grâce à un mandat plus fort et des pouvoirs accrus, l'ICIS pourrait agir à titre de « chien de garde » des citoyens en matière de reddition de comptes en santé, plutôt qu'à titre de partenaire des provinces dans la collecte et la diffusion de données sur la santé, comme c'est le cas actuellement. Et ici, la contribution fédérale sera vraisemblablement essentielle pour assurer aux citoyens canadiens que le gouvernement de leur province participe entièrement à l'effort, peu importe qu'elles jugent le processus important ou non. Grâce à cet effort de reddition de comptes, les contribuables et usagers des systèmes de santé seront en mesure d'évaluer concrètement la performance de leur système de santé, mais également d'évaluer si les revendications de leur administration sont justifiées, ce qui n'est clairement pas le cas en ce moment.

Une fois ces deux conditions réunies, les systèmes de santé du Canada demeureront dans une position précaire. En raison de la COVID-19 et du vieillissement généralisé de la population, les dépenses en santé risquent d'augmenter plus rapidement que la capacité des contribuables à les financer au cours des prochaines années. Une fois le litige réglé, d'importants efforts d'optimisation et d'amélioration des processus devront donc être déployés, sans quoi, la réforme ne débouchera pas sur une amélioration des services offerts aux citoyens malgré les sommes allouées. Voilà une raison additionnelle pour implanter dès maintenant un véritable mécanisme de reddition de comptes pour permettre aux citoyens d'évaluer la performance de leurs gouvernements.

SOURCE DES DONNÉES

GRAPHIQUE 1

Capacité fiscale des provinces : Ministère des Finances du Québec – Plan budgétaire 2020-2021

Paiements de péréquation des provinces : Ministère des Finances du Québec – Plan budgétaire 2020-2021

GRAPHIQUE 2

Paiements de péréquation : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 3

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

Paiements de péréquation : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 4

Revenus autonomes : Ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, novembre 2020

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

GRAPHIQUE 5

Dépenses des administrations provinciales et locales par composante : Statistique Canada, CANSIM 385-0041

GRAPHIQUE 6

Transferts fédéraux : Di Matteo, Livio (2017).

A federal fiscal history Canada, 1867-2017. Fraser Institute.

PIB nominal: Statistique Canada, CANSIM 384-5000

GRAPHIQUE 7

Revenus autonomes des provinces : Ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, octobre 1996 et novembre 2020

Revenus fédéraux : Ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, octobre 1996 et novembre 2020

PIB nominal: Statistique Canada, CANSIM 384-5000

GRAPHIQUE 8

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

PIB en dollars enchainés de 2012 : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Transferts fédéraux en santé : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 9

Revenus fédéraux : Statistique Canada, CANSIM 384-0047; ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, novembre 2020

Transfert canadien en matière de santé (TCS) : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Population totale : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 10

Revenus fédéraux : Statistique Canada, CANSIM 384-0047; ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, novembre 2020

Paiements de péréquation : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Population totale : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 11

Revenus fédéraux : Statistique Canada, CANSIM 384-0047; ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, novembre 2020

Principaux transferts fédéraux (TCS, TCPS et péréquation) : ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Population totale : Ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

TABLEAU 1

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale: Statistique Canada, CANSIM 051-0001

Revenus fédéraux : Statistique Canada, CANSIM 384-0047; ministère des Finances du Canada. Tableaux de références financiers, novembre 2020

Principaux transferts fédéraux (TCS, TCPS et péréquation) : ministère des Finances du Canada – Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

GRAPHIQUE 12

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

PIB en dollars enchainés de 2012 :
Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Transferts fédéraux en santé :
Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Population totale : Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Dépenses en santé : Institut canadien d'information sur la
santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé,
2020 : tableaux de données – série F

GRAPHIQUE 13

Transferts fédéraux en santé :
Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Dépenses en santé : Institut canadien d'information sur la
santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé,
2020 : tableaux de données – série F

GRAPHIQUE 14

Principales dépenses budgétaires du gouvernement fédéral :
ministère des Finances du Canada.
Tableaux de références financiers, novembre 2020

Principaux transferts fédéraux (TCS, TCPS et péréquation) :
ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Population totale : Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

TABLEAU 2

Dépenses des administrations provinciales et locales par
composante : Statistique Canada, CANSIM 385-0041

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

GRAPHIQUE 15

Dépenses des administrations provinciales et locales en santé :
Statistique Canada, CANSIM 385-0041

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

GRAPHIQUE 16

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

PIB en dollars enchainés de 2012 :
Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

Population projetée (Scénario de projection M4) :
Statistique Canada, CANSIM 052-0005

Transferts en santé : Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Dépenses en santé : Institut canadien d'information sur la
santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé,
2020 : tableaux de données – série F

Projections des dépenses en santé et du TCS (selon le statu
quo) : Rapport du Conseil de la fédération, février 2021

Projections de croissance de l'inflation du PIB (entre 2020 et
2025) : Gouvernement du Canada, Budget de 2021,
Tableau A1.1 Moyenne des prévisions du secteur privé

GRAPHIQUE 17

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

PIB en dollars enchainés de 2012 :
Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

Population projetée (Scénario de projection M4) :
Statistique Canada, CANSIM 052-0005

Transferts en santé : Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Dépenses en santé : Institut canadien d'information sur la
santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé,
2020 : tableaux de données – série F

Projections des dépenses en santé et du TCS (selon le statu
quo) : Rapport du Conseil de la fédération, février 2021

Projections de croissance de l'inflation du PIB (entre 2020 et
2025) : Gouvernement du Canada, Budget de 2021,
Tableau A1.1 Moyenne des prévisions du secteur privé

GRAPHIQUE 18

PIB nominal : Statistique Canada, CANSIM 384-0038

PIB en dollars enchainés de 2012 :
Statistique Canada, CANSIM 384-0038

Population totale : Statistique Canada, CANSIM 051-0001

Population projetée (Scénario de projection M4) :
Statistique Canada, CANSIM 052-0005

Transferts en santé : Ministère des Finances du Canada –
Tableaux de transferts historiques : 1980 au présent

Dépenses en santé : Institut canadien d'information sur la
santé (ICIS), Tendances des dépenses nationales de santé,
2020 : tableaux de données – série F

Projections des dépenses en santé et du TCS (selon le
statu quo) : Rapport du Conseil de la fédération, février 2021

Projections de croissance de l'inflation du PIB (entre 2020 et
2025) : Gouvernement du Canada, Budget de 2021,
Tableau A1.1 Moyenne des prévisions du secteur privé

GRAPHIQUE 19

Revenus fédéraux selon l'assiette fiscale : Ministère des
Finances du Canada. Tableaux de références financiers,
novembre 2020