



FÉVRIER 2017

POURQUOI OTTAWA DOIT RESPECTER LA COMPÉTENCE DES PROVINCES EN SANTÉ

Par Germain Belzile, avec la collaboration de Jasmin Guénette

Depuis l'automne, le système de santé canadien est une fois de plus source de bisbille. Le gouvernement fédéral, qui est un important bailleur de fonds des programmes de santé provinciaux, veut limiter l'augmentation de ses transferts et imposer des dépenses aux provinces dans des domaines précis, dont la santé mentale et les soins à domicile.

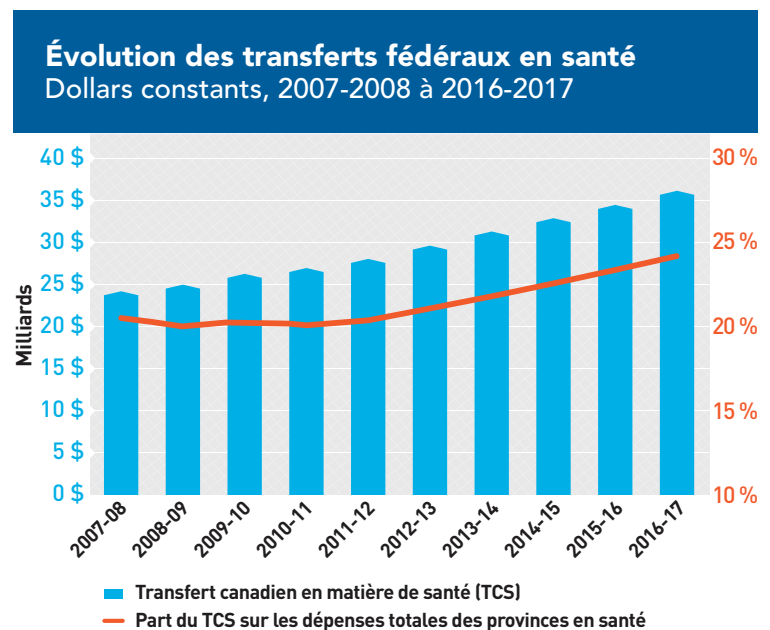
Les territoires et certaines provinces ont cédé aux pressions d'Ottawa, mais quatre des cinq plus peuplées, dont le Québec, refusent toujours la proposition fédérale¹. Bien que le conflit soit de nature politique, l'analyse économique permet d'apporter un éclairage utile.

L'ASSURANCE MALADIE, D'UN OCÉAN À L'AUTRE

À la suite de l'expérience de la Saskatchewan, qui fut la première province à mettre en place un régime public d'assurance maladie, le gouvernement fédéral a commencé à pousser les autres provinces dans la même direction au tournant des années 1960. La santé étant une compétence provinciale, Ottawa a décidé de leur offrir des transferts financiers conditionnels pour les appâter². Avec le temps, la taille des transferts a considérablement augmenté, de sorte qu'ils dépasseront les 35 milliards cette année. Les transferts, et donc la part du fédéral, ont aussi augmenté plus vite que l'ensemble des dépenses des provinces et territoires en santé (voir Figure 1).

À la fin de leur dernier mandat, les conservateurs ont limité à 3 % l'augmentation annuelle des transferts à partir de 2017, au lieu de 6 % comme c'était le cas depuis 2004. La volonté du gouvernement libéral actuel de limiter la hausse à un peu plus de 3 % et d'imposer en plus aux pro-

Figure 1



Notes : Les montants sont exprimés en dollars constants de 2016-2017. Les données annuelles sur l'inflation ont été modifiées pour obtenir l'inflation selon l'année fiscale. L'inflation pour l'année 2017 a été estimée à partir d'une moyenne arithmétique des 36 derniers mois débutant en janvier 2014. La part du TCS sur les dépenses des provinces pour les années 2015-2016 et 2016-2017 est basée sur des estimations.
Sources : Statistique Canada, Tableau CANSIM 326-0020 : Indice des prix à la consommation, Soins de santé, 2007 à 2016; Institut Canadien d'information en santé, Tendances des dépenses nationales de santé, Tableaux de données, Tableau F.1.1.1 : Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, par province et territoire et au Canada, Dollars courants, 2007-2008 à 2016-2017; Ministère des Finances du Canada, Soutien fédéral aux provinces et aux territoires, 24 octobre 2016.

vinces de dépenser certaines sommes dans des secteurs déterminés est à la source du présent conflit³.

Ce sont les provinces qui ont créé leur propre système d'assurance maladie, qui l'administrent et qui adoptent les lois qui l'encadrent. Malgré les interventions d'Ottawa, rien ne les empêche de faire évoluer leur système comme elles l'entendent. Sur le plan politique, ce sont les gouvernements des provinces qui font face à l'électorat et qui doivent justifier leurs actions. Ici encore, rien n'empêche les provinces de prendre des décisions

contraires à la volonté fédérale et qui plairaient à leurs électeurs.

Le seul levier du gouvernement fédéral pour influencer sur les systèmes provinciaux d'assurance maladie demeure la menace qu'il agite de réduire les transferts aux provinces récalcitrantes. Cette menace est suffisamment forte pour que les provinces rentrent dans le rang chaque fois qu'Ottawa les rappelle à l'ordre. D'un point de vue économique, cette ingérence fédérale pose problème.

LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Un des principes de base du fédéralisme fiscal est celui de la subsidiarité⁴. Ce principe, ancien et bien ancré dans plusieurs institutions⁵, dit essentiellement que la responsabilité d'une action publique revient à l'autorité la plus proche de ceux qui sont concernés. Appliqué dans un cadre fédéral, il signifie qu'une autorité centrale ne devrait s'occuper que des problèmes politiques, sociaux et économiques qui ne peuvent être réglés par des autorités plus locales.

Au Canada, la compétence fédérale sur la monnaie et la défense et celle des provinces sur l'éducation et la santé peuvent certainement s'expliquer par ce principe de subsidiarité : la défense et la monnaie sont par définition des responsabilités nationales, alors que les compétences en éducation et en santé sont exercées localement.

Un corollaire du principe de subsidiarité est le financement des services par l'autorité qui les dispense. La subsidiarité peut donc être comprise comme une décentralisation des décisions accompagnée de l'autonomie de prélever l'impôt pour fournir les services publics afférents, ce qui a du sens pour plusieurs raisons.

Premièrement, tout comme le consommateur voit son bien-être augmenter dans des marchés concurrentiels par rapport à une situation de monopole, le citoyen profite de la concurrence produite par la décentralisation des décisions. Telle qu'exprimée dans la fédération canadienne, la décentralisation « introduit dans l'ordre politique une forme de concurrence »⁶ entre les gouvernements, qui favorise l'innovation. À l'inverse, une politique nationale uniforme en santé réduit les

possibilités d'expériences et de découvertes des meilleures pratiques et façons de livrer les services.

Deuxièmement, la décentralisation produit une responsabilisation accrue des décideurs politiques. Si ces derniers décident de dépenser plus dans un domaine sous leur compétence, ils doivent aussi taxer davantage les citoyens. Ce lien direct entre la taxation et les services amène en principe les décideurs à une certaine modération et à s'assurer que les citoyens en ont pour leur argent.

Troisièmement, le principe de subsidiarité rend les politiciens plus attentifs aux désirs des électeurs de leur région. Si des différences importantes existent entre les préférences ou les besoins des citoyens des différentes provinces, des politiques provinciales pourront être ajustées à ces différences plus facilement qu'une politique nationale unique.

CONCLUSION

La Constitution canadienne tient compte du principe de subsidiarité. Des circonstances historiques, dont l'émergence de la notion controversée de « pouvoir de dépenser » d'Ottawa, ont favorisé l'ingérence du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé, un domaine de compétence provinciale. Les transferts en santé, conditionnels au respect d'exigences fédérales, contreviennent au principe de subsidiarité et nuisent à l'efficacité du système de santé public au Canada.

Maintenant que l'assurance maladie est offerte d'un océan à l'autre, il est temps que le gouvernement fédéral se retire de ce secteur et libère l'espace fiscal qu'il occupe en cette matière au profit des provinces. Celles-ci pourront décider elles-mêmes des meilleures façons de fournir les services de santé à leurs citoyens.

RÉFÉRENCES

1. Au moment d'écrire ces lignes, l'Ontario, le Québec, l'Alberta et le Manitoba refusaient toujours la proposition du gouvernement fédéral. « B.C. signing health-care deal with federal government, including money for opioid crisis », CBC News, 17 février 2017.
2. Dont la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, articles 7 à 12, 18 et 19, dernière modification 29 juin 2012.
3. Emmanuelle Latraverse, « La santé et le jour de la marmotte », Radio-Canada, 19 octobre 2016.
4. Chantal Millon-Delsol, *Le principe de subsidiarité*, Presses Universitaires de France, 1993.
5. Voir Gouvernement de l'Union européenne, *Traité Établissant une Constitution pour l'Europe*, protocole 2, octobre 2004. Plusieurs penseurs politiques ont aussi écrit sur le sujet. Voir entre autres Pierre-Joseph Proudhon, *Du principe fédératif*, Première partie, Chapitre VII, 1863 et Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique I*, Première partie, Chapitre V, 1835.
6. James Buchanan, *The Collected Works of James Buchanan—Volume 18: Federalism, Liberty and the Law*, Liberty Fund, 2001, p. 93.



Ce Point a été préparé par Germain Belzile, chercheur associé senior, département des interventions liées à l'actualité, à l'IEDM, avec la collaboration de Jasmin Guénette, vice-président de l'IEDM. La *Collection Santé* de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'initiative privée permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.

L'Institut économique de Montréal est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses publications, ses interventions et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.