

Le financement fédéral de la santé : faits saillants

1957 - La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, adoptée par le gouvernement fédéral (Paul Martin père). Le gouvernement fédéral proposait de partager les coûts des services hospitaliers et diagnostiques avec les provinces, de manière à peu près égale.

1966 - Le gouvernement fédéral de Lester B. Pearson met sur pied le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) sur partage des coûts des services d'assistance sociale, mais aussi sur les coûts de certains services de santé dont ont besoin les assistés sociaux (médicaments d'ordonnance, soins dentaires et ophtalmologiques).

La Loi sur les soins médicaux du gouvernement fédéral est adoptée; le gouvernement s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Quatre conditions : administration publique, transférabilité, universalité et intégralité.

1977 - Le gouvernement libéral de Pierre Elliott Trudeau se retire de l'entente 50/50 du partage des frais et la remplace par un financement global (FPE) qui combine les transferts fédéraux destinés aux services hospitaliers et aux soins médicaux et les transferts destinés à l'éducation postsecondaire.

1984 - Adoption de la Loi canadienne sur la santé, combinant les lois sur l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation, établissant les conditions et les critères de paiement des transferts fédéraux au respect des principes de transférabilité, d'accessibilité, d'universalité, d'intégralité et de gestion publique et interdisant les frais modérateurs et la surfacturation.

1983-1984 et 1984-1985 - Modification du facteur de progression du FPE en vue de réduire le déficit fédéral.

1986 - Baisse du taux de croissance des paiements de transfert fédéraux.

De 1986-1987 à 1989-1990 - Réduction de 2 % du facteur de progression utilisé pour calculer les droits totaux au titre du FPE.

De 1989 à 1994 - Baisse des paiements de transfert fédéraux.

1995-1996 - Diminution du facteur de progression de 3 %, entraînant un facteur de progression négatif (presque -1,0 %); ainsi, il y a réduction des transferts par habitant, puisque la croissance du PIB était inférieure à 3 %.

1996-1997 - Annoncé en 1995 par Paul Martin fils, fusion du FPE et du RAPC en un nouveau mécanisme de financement global, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) qui englobe les transferts destinés aux soins de santé, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Réductions importantes dans le paiement des transferts aux programmes de santé et aux programmes sociaux. Les dépenses en soins de santé passent de 10,2 % (en 1992) à 9,2 % du PIB.

2003 - La réunion des premiers ministres se termine par la ratification le 5 février d'un nouvel accord sur la santé. Cependant, l'accord ne contient pas de mécanismes pour garantir l'imputabilité, et personne n'est tenu de rendre des comptes (aucune restriction quant à l'injection de fonds publics dans les soins de santé à but lucratif, par exemple).

2004 - Le 1er avril, le TCSPS est divisé en deux transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).

Un Plan décennal pour consolider les soins de santé est signé par les premiers ministres le 16 septembre. C'est ce plan que veut revoir le gouvernement Harper.

1867 - L'Acte de l'Amérique du Nord britannique est adopté. En vertu de celui-ci, le gouvernement fédéral est responsable des hôpitaux de la marine et de la mise en quarantaine. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables des hôpitaux, des asiles et des établissements de bienfaisance.

De 1897 à 1919 - Le ministère fédéral de l'Agriculture se charge des responsabilités fédérales en santé jusqu'au 1er septembre 1919, date de la création du premier ministère fédéral de la Santé.

Années 1920 - Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta mettent sur pied des régimes d'hospitalisation municipaux.

1921 - Commission royale d'enquête sur l'assurance-maladie (Colombie-Britannique)

1936 - La Colombie-Britannique et l'Alberta adoptent des lois qui régissent l'assurance-maladie, mais ne mettent en œuvre aucun programme opérationnel.

1940 - Création du Conseil fédéral d'hygiène

1942 - Création du Comité consultatif interministériel sur l'assurance-maladie par le gouvernement fédéral

Avant la fin des années 40 - La médecine et l'assurance privées dominaient les soins de santé au Canada, et l'accès aux soins dépendait de la capacité de payer.

« Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale raison qui a mené à sa création. Comme vous le savez tous, autrefois, se faire soigner pouvait représenter un désastre financier même pour les biens nantis, et nombreux étaient les pauvres qui ne se faisaient pas soigner lorsqu'ils en avaient besoin. (...)

« La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à rectifier cette situation et à faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit.- Tom Kent,

1947 - En Saskatchewan, le 1^{er} janvier, le gouvernement de Tommy Douglas met en place le premier régime provincial d'assurance-hospitalisation public

1948 - Le programme fédéral de subventions de la santé nationale accorde des subventions aux provinces et aux territoires afin de soutenir les initiatives en santé, notamment la construction d'hôpitaux, la santé publique, la formation professionnelle, les études provinciales et la recherche en santé publique.

1949 - La Colombie-Britannique met sur pied un régime provincial limité d'assurance-hospitalisation.

Terre-Neuve se joint au Canada; elle dispose déjà d'un régime d'assurance couvrant les soins dans les pavillons hospitaliers.

1950 - L'Alberta met sur pied un régime provincial limité d'assurance-hospitalisation le 1er juillet.

1957 - La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, adoptée par le gouvernement fédéral (Paul Martin père), est votée le 1er mai (sanction royale). Dans le cadre de cette loi, le gouvernement fédéral proposait de partager les coûts des services hospitaliers et diagnostiques avec les provinces, de manière à peu près égale². Le versement des fonds fédéraux était lié à certaines conditions : les provinces convenaient d'offrir les services assurés à tous leurs résidents, suivant les mêmes modalités et conditions. Entrée en vigueur le 1er juillet 1958. Les

¹ «La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume un – Le chemin parcouru », Mars 2001
<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/pdf/interim-soci-f.pdf>

² Dans le cadre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, on calculait les versements aux provinces 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 du gouvernement fédéral équivalait à environ 50 % des coûts des services assurés au Canada, mais cette contribution était supérieure dans les provinces où les coûts par habitant étaient inférieurs à la moyenne nationale, et inférieure dans les autres provinces.

médecins, les compagnies d'assurances et les grandes entreprises luttent contre son implantation.

1958 - Le Manitoba, Terre-Neuve, l'Alberta et la Colombie-Britannique mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

Le régime d'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan s'assujettit à la formule fédérale du partage des coûts le 1er juillet.

1959 - L'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er janvier.

L'Île-du-Prince-Édouard met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er octobre.

1960 - Les Territoires du Nord-Ouest mettent sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er avril.

Le Yukon met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

L'Association médicale canadienne (AMC) s'oppose au financement public des soins de santé.

1961 - Le Québec met sur pied un régime d'assurance-hospitalisation selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er janvier.

Ainsi, toutes les provinces avaient conclu des ententes mettant sur pied des régimes d'assurance-santé qui prévoyaient une couverture universelle en ce qui a trait aux soins médicaux aux patients hospitalisés.

Le gouvernement fédéral de John Diefenbaker crée la Commission royale d'enquête sur les services de santé chargée de mener une étude sur les besoins concernant l'assurance-maladie et les services de santé; Emmet M. Hall est nommé président de la Commission.

1962 - Le 1er juillet, le gouvernement NPD de la Saskatchewan met sur pied le premier programme

public de soins de santé, un régime d'assurance-maladie. Les médecins de la province déclenchent une grève mais y mettent fin après 23 jours.

1964 - La Commission royale d'enquête sur les services de santé, créée par le gouvernement fédéral, présente son rapport³ et recommande la mise sur pied d'un programme national de soins de santé universel et complet semblable à celui offert aux résidents de la Saskatchewan, et « ... de conclure avec les provinces des ententes sur le partage des coûts de services de santé complets et universels pour les citoyens, affirmant que l'accès sans frais aux soins de santé pour tous les Canadiens était équitable, rentable et responsable sur le plan social. -Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques. »⁴

1965 - La Colombie-Britannique met sur pied un régime d'assurance-maladie.

1966 - Le gouvernement fédéral de Lester B. Pearson met sur pied le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Même si l'objectif principal de ce programme fédéral-provincial est le partage des coûts associés aux services d'assistance sociale, le RAPC couvre aussi les coûts de certains services de santé dont ont besoin les assistés sociaux mais que le régime public d'assurance-santé et les régimes provinciaux complémentaires ne financent pas, principalement ceux des médicaments d'ordonnance ainsi que ceux des soins dentaires et ophtalmologiques. Sanction royale en juillet et entrée en vigueur le 1er avril.

La Loi sur les soins médicaux du gouvernement fédéral est adoptée; sanction royale le 19 décembre; le gouvernement s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les régimes provinciaux d'assurance-santé doivent satisfaire à quatre conditions en matière d'administration publique, de transférabilité, d'universalité et d'intégralité. Entrée en vigueur le 1er juillet 1968.

³ Deux rapports finals furent publiés : *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, 1964, déposé à la Chambre des communes le 19 juin, 1964 et *Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. II, 1965, sorti le 7 décembre 1964.

⁴ «La santé des Canadiens...» op. cit.

Avant l'implantation de ce programme, les médecins étaient libres de fixer leurs tarifs et les faillites personnelles reliées aux soins de santé étaient fréquentes. Grâce à ce nouveau programme, les citoyens ont un accès complet et universel aux services médicaux et hospitaliers nécessaires, peu importe leur lieu de résidence et leur capacité de payer.

1968 - La Saskatchewan et la Colombie-Britannique mettent sur pied des régimes d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

1969 - Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba mettent sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er avril.

L'Alberta met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er juillet.

L'Ontario met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er octobre.

1970 - Le Québec met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er novembre.

L'Île-du-Prince-Édouard met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er décembre.

1971 - Le Nouveau-Brunswick met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er janvier.

Les Territoires du Nord-Ouest mettent sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er avril.

1972 - Le Yukon met sur pied un régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral le 1er avril.

Toutes les provinces avaient maintenant élargi leurs régimes d'assurance-santé de manière à inclure les services de médecin.

Le gouvernement fédéral payait 50 p. 100 de ce que les provinces voulaient dépenser dans les domaines couverts sans avoir quoi que ce soit à dire sur l'allocation de ces dépenses par les gouvernements provinciaux. Certains commencèrent à trouver «... un certain nombre de désavantages liés aux ententes de partage des coûts, à la fois dans le cadre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et de la Loi sur les soins médicaux :

- le manque de prévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral;
- l'extrême lourdeur administrative;
- l'inflexibilité du financement fédéral, qui nuisait à l'innovation;
- la perception par les provinces qu'il s'agissait d'une ingérence fédérale dans un domaine de compétence provinciale.

(...)

Jusqu'alors, les provinces devaient présenter des rapports détaillés sur leurs programmes, et les fonctionnaires fédéraux devaient décider si tel ou tel programme — par exemple un foyer pour personnes âgées — relevait ou non de l'enveloppe à frais partagés. Beaucoup de décisions de détail ont été prises à Ottawa, ce qui, en réalité, représentait une intervention beaucoup plus lourde et un contrôle administratif beaucoup plus accentué du champ de compétence provinciale.- Keith Banting, de l'Université Queen's »⁵

Et le financement se limitant aux services hospitaliers et médicaux, des alternatives moins coûteuses que l'hospitalisation n'étaient pas couvertes. Par exemple, « ...Québec voulait mettre sur pied des centres locaux de services communautaires pour dégorger les hôpitaux, favoriser des services moins spécialisés et plus accessibles à la population. Il faisait cependant face à une situation où il lui fallait absorber 100 p. 100 de ces coûts. » -Marc Lalonde, ancien ministre de la Santé et ministre des Finances du gouvernement fédéral .⁶

1977 - Le gouvernement libéral de Pierre Elliott Trudeau se retire de l'entente 50/50 du partage des frais et la remplace par un financement global. En vertu de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis (FPE), le gouvernement fédéral remplace les ententes de partage des coûts moitié-moitié par un mécanisme de

⁵ «La santé des Canadiens...» op. cit.

⁶ Ibid.

financement global (FPE) qui combine les transferts fédéraux destinés aux services hospitaliers et aux soins médicaux et les transferts destinés à l'éducation postsecondaire. La même année, le gouvernement fédéral met aussi sur pied le Programme des services complémentaires de santé (PSCS) afin d'offrir aux provinces une aide financière destinée aux soins ambulatoires, aux soins intermédiaires en maison de repos, aux soins en établissement pour adultes et aux soins à domicile. Les transferts dans le cadre du PSCS sont liés au mécanisme de financement global du FPE⁷.

1978 - Les médecins commencent à appliquer le « dépassement de tarifs » pour augmenter leurs revenus.

1979 - L'Examen des services de santé est établi par le gouvernement fédéral afin de réévaluer le système de soins de santé public. Emmet M. Hall est nommé commissaire spécial.

⁷ Dans le cadre du FPE, chaque province recevait un montant égal par habitant pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire. Théoriquement, environ 70 % des transferts au titre du FPE étaient affectés au volet « soins de santé » et 30 %, au volet « éducation ». Cette répartition était arbitraire, étant donné que le FPE était un mécanisme de financement « global ». Contrairement aux programmes à coûts partagés, les transferts au titre du FPE n'étaient pas fonction des dépenses de la province affectées aux soins de santé et à l'éducation postsecondaire. De plus, les pourcentages signalés ci-dessus ne reflétaient pas nécessairement la répartition mise en application au niveau provincial, puisque les provinces avaient la possibilité d'utiliser les transferts du FPE suivant de leurs propres priorités.

Les droits des provinces au titre du FPE comportaient deux volets : un transfert fiscal et un transfert monétaire. Dans le cadre du transfert fiscal, le gouvernement fédéral cédait une marge fiscale aux provinces en leur transférant des points d'impôt. Pour ce faire, il réduisait ses taux d'imposition et les provinces augmentaient les leurs d'un niveau équivalent. Ainsi, il y avait une réaffectation des recettes entre les deux ordres de gouvernement : les recettes fédérales étaient réduites d'un montant équivalent à l'augmentation des recettes des gouvernements provinciaux. Le fardeau fiscal des contribuables demeurait le même puisque, même s'ils déboursaient davantage en impôt provincial, ils versaient moins en impôt fédéral. Le transfert monétaire – un versement périodique par chèque – comblait la différence entre les droits totaux au titre du FPE de chaque province et la valeur du transfert fiscal.

Au départ, on calculait le versement de base au titre du FPE en se reportant à un montant par habitant initial, déterminé en 1975-1976, puis rajusté chaque année à l'aide d'un facteur de progression lié au taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) par habitant. Pour calculer la valeur totale des droits d'une province au titre du FPE, on multipliait le montant par habitant initial par le facteur de progression, puis par la population de la province.

1980 - Le rapport d'Examen des services de santé est rendu public le 29 août. Il recommande d'abolir les frais modérateurs et la surfacturation des services et d'établir des normes nationales.

1981 - L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les services fournis à l'extérieur de la province ou du territoire aux patients hospitalisés.

1982 - Modification du financement des programmes établis par le gouvernement fédéral; suppression des revenus garantis et modification de la formule de financement.

1983 - La Commission royale chargée d'étudier les frais en établissement hospitalier et les frais des maisons de soins infirmiers (Terre-Neuve) commence en avril et présente son rapport en février 1984.

Au Québec, le Comité d'étude sur la promotion de la santé du Conseil des affaires sociales et de la famille publie son rapport *Objectif santé* (1984).

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux - Commission Rochon - commence en janvier et présente son rapport en décembre 1987.

Le Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, mis sur pied par le gouvernement fédéral, commence en juin et présente son rapport en 1984.

1984 - La Loi canadienne sur la santé introduite par Monique Bégin, alors ministre de la Santé sous Pierre Elliott Trudeau, est adoptée à l'unanimité par le Parlement (reçoit la sanction royale le 17 avril). Elle combine les lois sur l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation, établit les conditions et les critères concernant la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique et interdit les frais modérateurs et la surfacturation. Elle assujettit le paiement en espèce des transferts fédéraux au respect de ces principes. Le dépassement de tarifs devient interdit. La Loi permet au gouvernement fédéral de déduire des transferts fédéraux d'une province, chaque dollar de frais qu'elle aura facturé directement au patient. La Loi met également fin aux tickets modérateurs pour les services médicaux et hospitaliers assurés.

L'entente de facturation réciproque provinciale et territoriale vise les services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province ou du territoire aux patients externes.

1985 - Le Comité d'examen des services de santé (Manitoba) commence et présente son rapport en novembre.

1983-1984 et 1984-1985 - Modification du facteur de progression du FPE en vue de réduire le déficit fédéral. On plafonne le facteur de progression associé au volet de l'éducation à 6 % et à 5 % respectivement (si on avait utilisé la formule tenant compte de la croissance du PIB, le volet du FPE consacré à l'éducation aurait augmenté de 9 % en 1983-1984 et de 8 % en 1984-1985). Quant aux autres années, le facteur de progression était le même que pour le volet des soins de santé.

1986 - Baisse du taux de croissance des paiements de transfert fédéraux.

Le Comité d'étude sur la santé (Ontario) commence en novembre et présente son rapport en juin 1987.

1987 - Le Conseil du premier ministre sur la santé (Ontario) commence et se termine en 1991.

La Commission royale chargée d'étudier les soins de santé (Nouvelle-Écosse) commence le 25 août et présente son rapport en décembre 1989.

Le Comité consultatif sur l'utilisation des services médicaux (Alberta) commence en septembre et présente son rapport en septembre 1989.

Toutes les provinces et tous les territoires se conforment à la Loi canadienne sur la santé le 1er avril.

1988 - Les gouvernements provinciaux et territoriaux (sauf celui du Québec) concluent une entente de facturation réciproque pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

La Commission chargée d'étudier les orientations en soins de santé (Saskatchewan) commence le 1er juillet et présente son rapport en mars 1990.

La Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé pour les Albertains (Alberta) commence

en décembre et présente son rapport en décembre 1989.

La Commission sur certains programmes de soins de santé (Nouveau-Brunswick) commence en novembre et présente son rapport en juin 1989.

De 1986-1987 à 1989-1990 - Réduction de 2 % du facteur de progression utilisé pour calculer les droits totaux au titre du FPE.

1990 - La Commission royale sur les soins de santé et les coûts (Colombie-Britannique) commence et présente son rapport en 1991.

Publication du rapport Future Directions for Health Care in Saskatchewan de la Commission chargée d'étudier les orientations en soins de santé (Commission Murray).

1991 - Rapports du Groupe de travail national sur l'information en santé mis sur pied par le gouvernement fédéral; à l'origine de la création de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Le Groupe d'enquête sur la santé (Île-du-Prince-Édouard) commence en juin et présente son rapport en mars 1992

1992 - Au Québec : réforme du système de SSS et de son financement, créant des Régies régionales (RRSSS), obligeant les établissements et les RRSSS à des C.A électifs à représentation du milieu. On prépare le terrain pour des compressions et des fermetures.

De 1989-1990 jusqu'en 1994-1995 - Gel des transferts par habitant à leurs niveaux de 1989-1990, si bien que les paiements de transfert ont augmenté en fonction de la croissance démographique de chaque province (environ 1 %).

De 1989 à 1994 - Baisses des paiements de transfert fédéraux.

« Au cours des années 80 et 90, dans sa volonté de réduire le déficit, le gouvernement fédéral a limité à plusieurs reprises la croissance des transferts versés dans le cadre de ces deux programmes. Cela a affecté les finances publiques des provinces et nuit à leur capacité de maintenir financièrement leur régime d'assurance-santé et leurs programmes sociaux. En outre, la limitation de la croissance des transferts

risquait à plus long terme de rendre difficile l'application de normes nationales dans le domaine de la santé »⁸

1994 - Le Forum national sur la santé, créé par le gouvernement fédéral, est établi afin de discuter des soins de santé avec les Canadiens et de recommander des réformes; commence en octobre et un rapport est présenté en 1997.

1995 - Au Québec : virage ambulatoire et compressions budgétaires importantes en santé. Désassurance de la convalescence. Fermeture de 9 hôpitaux dans la région montréalaise et premières réallocations budgétaires vers les groupes communautaires pour la livraison de «services publics».

1995-1996 - Diminution du facteur de progression de 3 %, entraînant un facteur de progression négatif (presque -1,0 %, selon la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances); ainsi, il y a eu une réduction des transferts par habitant, puisque la croissance du PIB était inférieure à 3 %.

À cause de son déficit et de sa volonté de réduire ses dépenses, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement fédéral a progressivement restreint sa contribution réelle aux soins de santé provinciaux.

Le **Tableau 1** présente une évaluation du manque à gagner des provinces imputable aux contraintes imposées à la croissance des transferts au titre du FPE pour les soins de la santé. Il utilise deux méthodes de calcul et a été réalisé à la demande du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Il est tiré du Rapport intérimaire sur l'état du système de soins de santé au Canada de ce même comité.

1996 - Au Québec :

- Création du comité Castonguay au Québec sur un éventuel régime d'assurance-médicaments. Ignorant les travaux du comité Gagnon, le ministre confie au comité le «mandat d'examiner les différentes options menant à une couverture équitable d'assurance-médicaments. En mars 1996, le comité

recommandera la mise en place d'un régime hybride d'assurance-médicaments. Les experts qui participent au comité sont issus du secteur pharmaceutique et de celui des assurances. La recommandation d' « hybride » sera retenue et appliquée dans la mise en place du régime.

Tableau 1

	Résultats (en \$)	
	1 ^{ère} méthode de calcul	2 ^e méthode de calcul
	[Différence entre ce que les provinces auraient dû recevoir - s'il n'y avait eu aucune modification au FPE- et ce qu'elles ont réellement reçu]	[Différence entre ce que les provinces auraient dû recevoir -si les mesures du FPE en vigueur avait été les mêmes que l'année précédente- et ce qu'elles ont réellement reçu]
1986-1987	226 309 946 \$	226 309 946 \$
1987-1988	486 176 584 \$	486 176 584 \$
1988-1989	779 908 361 \$	779 908 361 \$
1989-1990	1 119 885 311 \$	1 119 885 311 \$
1990-1991	2 235 404 086 \$	1 923 289 637 \$
1991-1992	3 091 649 580 \$	2 428 407 569 \$
1992-1993	3 516 854 362 \$	2 485 271 924 \$
1993-1994	3 688 879 572 \$	2 287 699 962 \$
1994-1995	3 935 164 742 \$	2 152 824 719 \$
1995-1996	4 533 434 766 \$	2 270 889 679 \$
TOTAL	23 613 667 310 \$	16 160 663 692 \$

- Adoption de la Loi instituant un régime d'assurance-médicaments public.⁹
- Adoption de la loi 116, modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, prévoyant notamment l'abolition des assemblées régionales des régies régionales (en quelque sorte l'assemblée générale annuelle), les fusions des CLSC avec les CHSLD.

1997 - Au Québec : Création du Groupe Morneau, qui mettra de l'avant la création de la caisse-veillesse i.e.

⁹ Le projet de loi est présenté le 15 mai, passe en commission parlementaire les 28, 29, 30 mai, 3, 4 et 5 juin, la commission dépose son rapport le 18 juin sans avoir complété l'étude du projet de loi qui est adopté le 19 juin. On dirait que ça urge!...

⁸ Claude Blanchette, Odette Madore « LE TCSPC : CALCUL DES CONTRIBUTIONS ET ÉVOLUTION DES TRANSFERTS », 1997

1996-1997 - Annoncé dans le discours du budget de Paul Martin fils en 1995, comme la fusion du FPE et du RAPC en un nouveau mécanisme de financement global, entrée en vigueur le 1er avril 1996 du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) qui englobe les transferts destinés aux soins de santé, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Cela se traduit par des réductions importantes dans le paiement des transferts aux programmes de santé et aux programmes sociaux. Les dépenses en soins de santé passent de 10,2 % (en 1992) à 9,2 % du PIB.

Puis, la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement et les provinces, qui régissait le TCSPS, a fait l'objet de modifications à cinq reprises, au moyen des mesures législatives suivantes : le projet de loi C-31 (1996), le projet de loi C-28 (1998), le projet de loi C-71 (1999), le projet de loi C-32 (2000) et le projet de loi C-45 (2000). Voir le **tableau 2**.

« Le TCSPS permet au gouvernement fédéral de poursuivre sa politique de restriction des dépenses. Il va même plus loin car il réduit systématiquement la valeur des transferts fédéraux aux provinces. Toutefois, certaines dispositions législatives préservent le pouvoir du gouvernement fédéral d'imposer des normes relativement à la santé et lui permettent d'établir, après consultation avec les provinces, d'autres conditions à l'égard des programmes sociaux. (...) Contrairement au FPÉ, il ne garantit pas une contribution égale par habitant. Le TCSPS n'est pas non plus un programme à frais partagés comme le RAPC, c'est-à-dire que les contributions ne sont pas fonction des dépenses provinciales. (...) [La] formule de calcul se traduit par une forte diminution, puis par une stabilisation, des paiements de transferts fédéraux aux provinces. »¹¹

Le tableau 2 rend compte des diverses mesures législatives ayant eu une incidence sur le TCSPS.

¹⁰ Ce rapport dira pour la première fois que les établissements publics devraient être responsables uniquement de la coordination des services et non pas de leur dispensation. Ce rapport ne sera jamais rendu public.

¹¹ Ibid.

1995 - Le budget annonce que, à compter de 1996, le FPE et le RAPC seront remplacés par un mécanisme de financement unique, le TCSPS. Pour 1995-1996 (projet de loi C-76) :

- la croissance du FPE est fixée au niveau de croissance du PIB moins 3 %;
- le RAPC est gelé aux niveaux de 1994-1995 pour toutes les provinces;
- les droits au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards pour 1997-1998;
- ces droits pour 1996-1997 seront répartis entre les provinces dans la même proportion que le total des droits au titre du FPE et du RAPC pour 1995-1996;
- la valeur des transferts en espèces est obtenue de façon résiduelle : elle est égale à la différence entre les transferts des points d'impôt et l'ensemble des droits au titre du TCSPS.

1996 - Le budget annonce un mécanisme quinquennal de financement du TCSPS de 1998-1999 à 2002-2003 (projet de loi C-31) :

- pour 1996-1997 et 1997-1998, les droits au titre du TCSPS sont maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars respectivement. Puis, pour 1998-1999 et 1999-2000, ils sont fixés à 25,1 milliards. Pour les trois exercices subséquents, ils augmenteront en fonction d'un facteur de progression, soit la croissance moyenne du PIB au cours des trois années précédentes moins un coefficient prédéterminé (2 % en 2000-2001, 1,5 % en 2001-2002 et 1 % en 2002-2003);
- un plancher des transferts en espèces d'au moins 11 milliards de dollars par année est établi;
- une nouvelle formule de répartition est mise en place pour tenir compte des différences dans la

croissance démographique des provinces et pour réduire de moitié d'ici 2002-2003 les disparités existantes dans le calcul des droits – un premier jalon dans la direction d'une répartition égale par habitant.

1998 - Un projet de loi est adopté (C-28), fixant le nouveau plancher des transferts en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars entre 1997-1998 et 2002-2003. Par conséquent, les droits totaux au titre du TCSPS varient directement selon la valeur des points d'impôt et le transfert en espèces n'est plus déterminé de façon résiduelle.

1999 - Le budget prévoit une bonification du TCSPS se chiffrant à 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, expressément pour les soins de santé (projet de loi C-71) :

- huit milliards de dollars sous forme d'une majoration du TCSPS et 3,5 milliards de dollars sous forme d'un supplément au TCSPS, pour permettre aux provinces et aux territoires de prélever des fonds sur trois ans en fonction de leurs besoins. Le supplément est versé aux provinces selon un montant égal par habitant;
- le plancher des transferts en espèces est aboli, la nouvelle législation prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars; de même, le facteur de progression servant à calculer la croissance des droits totaux au titre du TCSPS disparaît, puisque ces derniers ne sont plus fixés par la loi et varient directement selon le montant des transferts en espèces;
- la formule de répartition provinciale est modifiée pour que les droits au titre du TCSPS soient calculés sur la base d'un montant égal par habitant d'ici 2001-2002;
- la loi prolonge le TCSPS jusqu'en 2003-2004.

2000 - Le budget annonce 2,5 milliards de dollars de plus pour le TCSPS afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'enseignement postsecondaire et les soins de santé (projet de loi C-32). Ces crédits sont

versés dans un Fonds du supplément du TCSPS, et les provinces et les territoires reçoivent un montant identique par habitant. Les provinces peuvent utiliser leur part du supplément en tout temps, sur une période de quatre ans (de 2000-2001 à 2003-2004).

2000 - Le TCSPS est prolongé d'un an, soit jusqu'en 2005-2006, et le montant total des droits à ce titre est porté à 21,1 milliards de dollars sur une période de cinq ans (projet de loi C-45). Les transferts en espèces bonifiés doivent s'appliquer aux trois domaines visés par le TCSPS, dont le développement de la petite enfance, et sont attribués aux provinces de sorte que celles-ci reçoivent la même somme par habitant.

Source : Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.

1998 - L'Examen des services de santé (Nouveau-Brunswick) commence et présente son rapport en février 1999.

Au Québec :

- adoption de la loi 404 qui modifie le mandat des établissements publics : ils ne sont plus responsables de la dispensation des services mais de la coordination de ceux-ci.¹²
- création du groupe Arpin, «groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé». Le comité Arpin recommandera la mise en place de Clinique affiliées privées, pouvant réaliser les chirurgies mineures et les chirurgies d'un jour.¹³

1999 - L'Entente-cadre sur l'union sociale des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf le Québec) entre en vigueur; les gouvernements s'engagent à adopter une approche commune à l'égard

¹² Le ministre lui-même présente ce projet de loi comme un début de déréglementation dans le réseau québécois. Il faut « rafraîchir le système ». Abolition de l'obligation pour les établissements de tenir une assemblée publique pour notamment élire le conseil d'administration, et de l'obligation que les comités d'usagers soient formés majoritairement d'usagers. Ouvre un chapitre sur la question des actifs informationnels (la masse d'informations confidentielles accumulées dans les dossiers santé-services) sans plus de précisions.

¹³ On retrouvera les cliniques médicales chirurgicales affiliées privées dans le projet de loi 33 adopté en décembre 2006.

de l'élaboration de politiques et des programmes sociaux, y compris en santé.

Le Forum du ministre sur la santé et les services sociaux (Territoires du Nord-Ouest) commence en juillet et présente son rapport en janvier 2000.

2000 - Le Communiqué sur la santé est annoncé par les premiers ministres le 11 septembre.

Création des Instituts de recherche en santé du Canada.

Au Québec :

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) du Québec est créée le 15 juin et présente son rapport le 18 décembre¹⁴.

La Commission de la Saskatchewan sur l'assurance-maladie (Commission Fyke) de la Saskatchewan commence le 14 juin et présente son rapport le 11 avril 2001.

Le Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (Conseil Mazankowski), Alberta, est créé le 31 janvier et présente son rapport le 8 janvier 2002. Le premier ministre Ralph Klein dépose un projet de loi qui autorise l'implantation d'hôpitaux privés. Les Amis de l'assurance-maladie de l'Alberta organisent une importante campagne pour protéger l'assurance-maladie contre le projet de loi 11.

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé (Nouveau-Brunswick) commence en janvier et présente son rapport le 22 janvier 2002.

2001 - Au Québec :

- **Projet de carte à puce.** Dans son mémoire au conseil des ministres, le ministre Trudel écrit que «la carte à puce permettra la modernisation des services offerts

¹⁴ Les principales recommandations : révision de la Loi canadienne de la santé, reconnaissance du «droit fondamental» de se procurer ici ou ailleurs des services non couverts, création de la caisse-vieillesse, révision du panier de services assurés par le public (le système étant soi-disant trop généreux), création des GMF, la capitalisation, utilisation des groupes communautaires, des entreprises privées et des entreprises d'économie sociale pour la livraison de services sociaux ou de services à domicile (soins aux personnes) sur la base du principe de subsidiarité, appui aux cliniques privées affiliées, visibilité des coûts du système (un genre d'impôts-services), informatisation des dossiers médicaux et sociaux. Il met la table pour les lois 25/83, 33 et 86 du gouvernement libéral qui sera élu en 2003.

par l'État» et à «la complémentarité des services publics et privés».¹⁵

- Une révision après 3 ans du régime étant prévue dans la loi 33 de 1996 sur l'assurance-médicament, création du Groupe Montmarquette pour étudier la faisabilité d'un régime public et universel d'assurance médicaments¹⁶.
- Adoption de la loi 28 qui redéfinit la composition du C.A. des établissements publics et des régies régionales, réduit le nombre de séances publiques des C.A. et modifie certaines règles de regroupement de certains établissements sous un même C.A.¹⁷

2001-2002 - Le sénateur Michael Kirby, membre du conseil d'administration d'Extendicare inc. et impliqué personnellement dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée à but lucratif, tente de couper l'herbe sous le pied de la prochaine Commission Romanow en lançant sa propre commission. L'examen du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (comité Kirby) du gouvernement fédéral commence le 1er mars et publie ses recommandations en octobre 2002 dans un rapport intitulé « La santé des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral - Volume VI : Recommandations en vue d'une réforme ». Ce rapport ne s'appuie sur aucun fait et ne tient pas compte du témoignage d'expert du Dr Arnold Relman¹⁸.

La Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada du gouvernement fédéral commence

¹⁵ La « Trudellette » (en référence à la « Castonguette », la carte d'assurance-maladie) ne verra pas le jour. Mais on retrouvera ce concept dans la loi 83 en 2005, autour de la notion des actifs informationnels... et dans le DSQ.

¹⁶ L'option « régime public et universel » sera passée à la trappe avant même que ne débutent les travaux du comité : le groupe juge contre-performant de rétablir la gratuité des médicaments pour certaines catégories de citoyens.

¹⁷ Recul démocratique pour tous les citoyenNEs et usagerÈREs : met fin aux processus électifs pour les CA des régies régionales. Les personnes qui y siègent seront nommées par le ministre. C'est la première ouverture à la création des centres de santé.

¹⁸ **Arnold Seymour Relman** : professeur de médecine, de médecine sociale et professeur émérite à Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; il a été rédacteur du New England Journal of Medicine (1977-91); il a publié de nombreux écrits pour réformer le système de santé américain. En 1988, la New York University School of Medicine lui a décerné le titre de *Honorary Fellowship*.

le 4 avril. Elle tient des audiences publiques dans l'ensemble du pays. Le rapport final intitulé « Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada », est déposé à Ottawa le 28 novembre 2002. Il recommande : 1) la création du Conseil canadien de la santé pour encourager le leadership de collaboration en santé et de nouvelles approches pour offrir les soins primaires; 2) un financement stable et prévisible; 3) une gestion intégrée des soins, fondée sur l'esprit d'équipe; 4) un investissement dans les technologies de diagnostic et les programmes de formation pour réduire les listes d'attente; 5) la centralisation de la gestion des listes d'attente; 6) la mise au point d'une stratégie nationale pour améliorer les soins à domicile et le service dans les communautés rurales et les régions éloignées; et 7) la mise sur pied d'une agence nationale des médicaments et l'amélioration de la couverture pour les médicaments sur ordonnance. Le rapport est en grande partie ignoré.

Au Québec :

Adoption de la loi 98 modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et instituant le Conseil du médicament pour assister le ministre dans la mise à jour de la liste des médicaments et de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Le ministre pourra conclure des ententes avec des fabricants de médicaments pour le financement d'activités visant l'amélioration de l'utilisation des médicaments.¹⁹

Création d'Inforoute Santé du Canada.

Le British Columbia Select Standing Committee on Health (Comité Roddick) commence en août et présente son rapport le 10 décembre.

Publication du Plan d'action pour les soins de santé en Saskatchewan le 5 décembre.

Le Plan d'action des Territoires du Nord-Ouest est élaboré en novembre, et un rapport est présenté en janvier 2002.

Le processus de consultations [sur la santé], en Ontario, commence en juillet, et les résultats sont publiés le 21 janvier 2002.

¹⁹ Dorénavant, la révision des primes se fera pas voie réglementaire et non plus suite à un débat à l'Assemblée nationale. Application du principe : ce qui était dans la loi doit glisser vers les règlements, ce qui était dans les règlements doit glisser dans la « discrétion du Ministre », etc.

Choix en santé - Un débat public sur l'avenir des soins de santé publique au Manitoba (Manitoba) commence en janvier; un rapport est présenté en décembre.

2003 - La réunion des premiers ministres se termine par la ratification le 5 février d'un nouvel accord sur la santé. Le financement dans les secteurs ciblés (comme le recommandait le rapport Romanow) s'annonce prometteur. Cependant, l'accord ne contient pas de mécanismes pour garantir l'imputabilité, et personne n'est tenu de rendre des comptes (aucune restriction quant à l'injection de fonds publics dans les soins de santé à but lucratif, par exemple).

Le Conseil canadien de la santé est mis sur pied le 9 décembre pour surveiller et faire état des progrès des réformes de l'Accord.

Création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Au Québec : adoption des lois

- # 7 qui empêche la syndicalisation dans les ressources intermédiaires de SSS ;
- # 25, qui crée des « agences de développement de réseaux locaux », i.e. les mécanismes pour fusionner les établissements (CH-CHSLD-CLSC). » Abolition des régies régionales et fusion des établissements publics pour créer des nouveaux réseaux locaux de services intégrés, réseaux qui seront appuyés par des partenaires tels les entreprises privées, les organismes communautaires, etc ;
- # 30, qui regroupe les unités de négociation selon quatre catégories nouvellement définies de personnel : infirmier et cardio-respiratoire, entretien (para-technique/auxiliaire et de métier), administratif (de bureau, techniciens, administration), et technicien/professionnel de la santé ; simplifie la sous-traitance de services complets en regroupant le personnel par catégories de service.

2004 - Le 1er avril, le TCSPS est divisé en deux transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).

La Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé (Ontario) est adoptée le 7 juin. Création de l'Agence de la santé publique du Canada en septembre.

Un Plan décennal pour consolider les soins de santé est signé par les premiers ministres le 16 septembre.

2005 - Le 9 juin, Jacques Chaoulli (appuyé par l'Association médicale canadienne et l'Institut économique de Montréal) obtient un jugement favorable devant la Cour suprême du Canada. On n'a pas tenu compte des éléments de preuve obtenus devant les tribunaux de première instance. À la suite de ce jugement, plus de voix se s'élèvent pour réclamer un système de santé privé à deux vitesses soutenu par l'assurance privée.

L'enquête et les consultations sur les temps d'attente (rapport Postl) commencent en juillet 2005; publication du « Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente » en juin 2006.

Au Québec, adoption des lois :

- # 38, créant un Commissaire remplaçant le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec. Le Conseil de la santé et du bien-être était un important gain politique de 1992 pour faire reconnaître les services sociaux comme partie prenante du système public de santé. Son abolition par cette loi constitue par conséquent une perte importante.
- # 83, qui redéfinit le nouveau mode d'organisation des services, modifiant les définitions d'établissements (CSSS), leurs mandats, responsabilités, liens, le processus de plainte, la transmission des renseignements personnels, etc. Complément et la suite logique de la loi 25 de 2003.

2006 - Publication en mai du rapport « De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada » du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Kirby). Publication du rapport Getting on with better health care: Health Policy Framework(Alberta) le 15 août. L'Association médicale canadienne élit le Dr Brian Day à sa présidence et met en branle une importante croisade publique qui dura quatre ans pour briser le système de soins de santé et permettre le dépassement de tarifs et

la double rémunération pour les médecins. La dissension à l'intérieur de l'AMC mène vers la création d'une nouvelle organisation : « Médecins québécois pour le régime public ».

Projet Conversation on Health (Colombie-Britannique) mis sur pied le 28 septembre; publication du résumé du rapport sur les présentations en novembre 2007.

Au Québec : adoption des lois

- # 86, sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, qui propose diverses modifications en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels. Permet d'établir les bases de la circulation des informations personnelles des dossiers patients entre le système public et les partenaires privés. Suite logique de la loi #83 au niveau des informations confidentielles de dossier
- #33 permettant aux cliniques privées de réaliser des chirurgies et d'être payées par le public. Et on ouvre la porte aux assurances privées. C'est la « réponse » du gouvernement au jugement Chaoulli : aucun réinvestissements, aucune réorganisation des soins (sauf la gestion de la liste d'attente), la seule « garantie » : être opéré au privé après un certain temps d'attente au public, et le droit de s'assurer au privé pour ces chirurgies. D'autres chirurgies s'ajouteront mais seront décidées par voie réglementaire... « ce qui était dans la loi doit glisser vers les règlements,... »

2007 - Création de la Commission de la santé mentale du Canada en mars.

Création du Partenariat canadien contre le cancer le 1er avril.

Lancement de l'initiative des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux visant à établir des garanties sur les délais d'attente pour les patients, le 4 avril.

Au Québec : adoption de la politique du médicament, qui abolit l'entente avec les pharmaceutiques qui gelait les prix des médicaments. Elle permet dès maintenant l'augmentation des prix, et prévoit qu'il y aura révision tous les trois ans. Elle accorde la gratuité aux assistés sociaux et aux personnes âgées avec le maximum de supplément de revenu... pour faire accepter l'augmentation du prix des médicaments des pharmaceutiques.

2008 - Publication du Plan stratégique 2008-2011 du ministère de la Santé et des Services communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.

Publication le 17 janvier du rapport Changing Nova Scotia's Health Care System: Creating Sustainability Through Transformation. System Level Findings and Overall Directions For Change From the Provincial Health Services Operational Review(Nouvelle-Écosse).

Publication en février du Report of the Manitoba Regional Health Authority External Review Committee.

Au Québec : publication le 19 février du rapport « En avoir pour notre argent » du Groupe de travail sur le financement du système de santé – groupe Castonguay.

Publication le 1er avril du rapport « Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé, 2008-2012 »

Publication du Health Action Plan de l'Alberta le 16 avril.

Examen parlementaire en juin d' « Un plan décennal pour consolider les soins de santé » (Accord de 2004) par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Publication du rapport du Comité d'examen des soins de santé au Yukon le 13 novembre.

Publication le 18 novembre du rapport An Integrated Health System Review in PEI - A Call to Action: A Plan for Change (Île-du-Prince-Édouard).

Publication du rapport Vision 2020: The future of health care in Alberta le 1er décembre.

2009 - Publication le 15 octobre du rapport intitulé For Patients' Sake du commissaire chargé du Patient First Review (Saskatchewan).

Le Dr Jeffrey Turnbull, un défenseur du système public, prend la présidence de l'AMC pour 2010. L'éloquent porte-parole en faveur de l'adoption de soins de santé privés à but lucratif, le Dr Brian Day, l'ex-président de l'AMC, est quant à lui poursuivi par la justice de la Colombie-Britannique pour des délits graves incluant la facturation frauduleuse.

Bibliographie :

Coalition canadienne de la santé « *Un aperçu historique du système de soins de santé au Canada* », Mars 2009.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie « *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* », Michael J. L. Kirby, Marjory LeBreton, Mars 2001

Le système de soins de santé au Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>

Claude Blanchette, Odette Madore « LE TCSPC : CALCUL DES CONTRIBUTIONS ET ÉVOLUTION DES TRANSFERTS », Juillet 1997 1997 <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp381-f.htm>

J. Benoit, M. Pelchat, *Document synthèse et d'analyse des lois et actions gouvernementales sur les services publics, sociaux et de santé*, Février 2007.