



**Rapport du comité d'experts
sur les interventions fédérales dans
le secteur de la santé et des services
sociaux de 2002 à 2013**

remis au gouvernement du Québec

Février 2014

Le présent rapport ne lie pas le gouvernement du Québec et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du groupe d'experts sur les interventions fédérales dans le secteur de la santé et des services sociaux de 2002 à 2013. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70071-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à nos travaux, plus spécialement celles et ceux auprès de qui nous avons sollicité des informations ou qui ont accepté de nous rencontrer pour échanger de vive voix afin que nous puissions mieux comprendre certains aspects des interventions fédérales.

Nous voulons remercier de manière très particulière MM. Jean Maurice Paradis et Jean-François Bélanger, tous deux rattachés à la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'expérience de M. Paradis a permis de repérer rapidement les interventions fédérales marquantes de la dernière décennie et d'en comprendre les mécanismes complexes. Le soutien de M. Bélanger s'est avéré essentiel pour mener à bien la recherche documentaire, l'analyse des données recueillies, la préparation des documents et l'organisation générale de nos travaux. Au-delà de leurs compétences, nous avons apprécié leur engagement, leur professionnalisme et leur rigueur tout au long de notre démarche. Encore une fois, un grand merci.

Denis Lalumière

Pierre Malouin

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES INTERVENTIONS FÉDÉRALES ÉTUDIÉES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
SOMMAIRE.....	vii
1. LE MANDAT	1
2. LA DÉMARCHE	2
3. LE CONTEXTE	3
3.1. Le système québécois de santé et de services sociaux	3
3.2. Les premières interventions du gouvernement fédéral.....	4
3.3. Les réactions du Québec après les premières interventions fédérales.....	4
3.4. L'évolution des programmes à frais partagés.....	6
3.5. L'appareil fédéral en santé et en services sociaux.....	7
3.6. La position historique du Québec au regard des interventions fédérales	8
4. LES INTERVENTIONS FÉDÉRALES, DE 2002 À 2013	11
4.1. Une vue d'ensemble sur la démarche et sur les résultats	11
4.2. L'inventaire détaillé des interventions	17
4.3. Une analyse sommaire.....	86
4.3.1. Les interventions financières directes (DQ et DA).....	88
4.3.2. Les interventions financières indirectes (I)	92
4.3.3. Les interventions normatives (N).....	94
4.4. Quatre études de cas	95
4.4.1. La Commission de la santé mentale du Canada	95
4.4.2. L'Institut canadien d'information sur la santé.....	98
4.4.3. Inforoute Santé du Canada.....	101

4.4.4. <i>La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance</i>	104
5. LES PRINCIPAUX CONSTATS	106
5.1. Les conséquences sur les orientations, les priorités et les approches propres au Québec	106
5.2. Les conséquences sur le niveau des ressources disponibles.....	107
5.2.1. <i>Un financement important mais dont l'effet global demeure relatif</i>	107
5.2.2. <i>Un financement inéquitable pour le Québec</i>	108
5.2.3. <i>Un double emploi coûteux</i>	108
5.3. Les conséquences sur la gestion et l'administration du système québécois.....	109
5.3.1. <i>La continuité et la qualité des services fragilisées</i>	109
5.3.2. <i>Des enjeux éthiques</i>	109
5.3.3. <i>Des coûts de gestion accrus</i>	110
5.3.4. <i>Des relations fédérales-provinciales ardues et coûteuses</i>	111
5.4. Les conséquences sur la gouvernance	111
5.4.1. <i>Des interventions qui empiètent sur les compétences du Québec</i>	111
5.4.2. <i>Des relations de moins en moins directes entre les deux gouvernements</i>	112
5.5. Le retrait du gouvernement fédéral	112
CONCLUSION	114
ANNEXE A - QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX DIRECTIONS DU MSSS AINSI QU'À DES ORGANISMES RELEVANT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX	115
BIBLIOGRAPHIE	119

LISTE DES INTERVENTIONS FÉDÉRALES ÉTUDIÉES

1. Fonds pour réduire les temps d'attente.....	17
2. Fonds pour les équipements médicaux.....	18
3. Programme de financement des services de justice pour les jeunes.....	19
4. Ententes sur la participation des personnes handicapées au marché du travail.....	21
5. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires	23
6. Stratégie nationale d'immunisation.....	25
7. Financement de services aux personnes infectées par l'hépatite C à la suite de transfusion sanguine	26
8. Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger.....	28
9. Programme de placement et de surveillance dans le cadre d'un programme intensif de réadaptation	29
10. Initiative de postes de résidence en médecine familiale.....	30
11. Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente pour les patients	31
12. Programme de contributions pour la sûreté du sang.....	33
13. Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance.....	35
14. Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale	37
15. Programme de contribution pour les langues officielles en santé	39
16. Programme Nouveaux Horizons pour les aînés	41
17. Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie.....	43
18. Fonds d'intégration pour les personnes handicapées	45
19. Programme d'action communautaire sur le sida	47

20. Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue	49
21. Fonds pour l'accessibilité	51
22. Programme de lutte contre le tabagisme de Santé Canada	53
23. Fonds pour la promotion des modes de vie sains	54
24. Fonds du système de justice pour les jeunes	56
25. Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C	57
26. Inforoute Santé du Canada	59
27. Institut canadien d'information sur la santé	61
28. Partenariat canadien contre le cancer	64
29. Commission de la santé mentale du Canada	66
30. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	68
31. Institut canadien pour la sécurité des patients	70
32. Conseil canadien de la santé.....	72
33. Projet de loi C-2 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances	74
34. Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales	77
35. Règlement sur la marijuana à des fins médicales	79
36. Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines.....	81
37. Loi sur la procréation assistée	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Vue d’ensemble de l’inventaire.....	12
Tableau 2 – Revenus fédéraux déclarés par le MSSS et son réseau entre 2007 et 2013.....	15
Tableau 3 – Conciliation entre les données de paiements de transfert de Santé Canada et de l’ASPC avec les données de l’inventaire 2002-2013.....	16
Tableau 4 – Les 4 types d’interventions.....	86
Tableau 5 – Les interventions financières directes de gouvernement à gouvernement (DQ).....	89
Tableau 6 – Les interventions financières directes (DA).....	91
Tableau 7 – Les interventions financières indirectes (I).....	93
Tableau 8 – Les interventions normatives (N).....	94

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

CSBE – Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

F-P – Fédéral-provincial

F-P-T – Fédéral-provincial-territorial

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux

RGC – Receveur général du Canada

RHDCC – Ressources humaines et Développement des Compétences du Canada

SAIC – Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes

TCPS – Transfert canadien en matière de programmes sociaux

TCS – Transfert canadien en matière de santé

TCSPS – Transfert canadien en matière de santé et de programmes

SOMMAIRE

Depuis plusieurs décennies, le Québec affirme et défend énergiquement ses compétences exclusives en matière de santé et de services sociaux, mais cela n'a pas empêché le gouvernement fédéral d'intervenir de façon marquée et continue dans ces domaines. Jusqu'à maintenant, les interventions fédérales n'avaient pas fait l'objet d'un inventaire ni d'une évaluation quant à leurs effets sur l'exercice des compétences du Québec.

Le présent rapport vise à fournir une vision d'ensemble des interventions menées par le gouvernement fédéral en santé et en services sociaux au cours des dix dernières années. Un examen méthodique de la documentation disponible, une collecte de données auprès des organismes concernés par la question et de nombreuses entrevues permettent maintenant de tracer un portrait révélateur de ces interventions. Chacune fait l'objet d'une description générale, présentée sous la forme d'une fiche. Les caractéristiques particulières et les conséquences plus importantes de quatre d'entre elles ont conduit à un examen plus détaillé, présenté sous la forme d'une étude de cas.

Nos travaux ont montré que la majorité des interventions fédérales peuvent être rattachées à ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir de dépenser », mais certaines touchent davantage le droit criminel ou « le maintien de la paix, de l'ordre et du bon gouvernement ». En ce qui a trait à leur volume, les interventions du gouvernement fédéral répertoriées représentent pour le Québec, entre 2007 et 2013, des revenus annuels moyens d'environ 227 millions de dollars, une somme non négligeable mais qui ne correspond qu'à 0,7 % des dépenses globales du Québec en santé et en services sociaux.

Le Québec n'obtient pas une part équitable des sommes consacrées par le gouvernement fédéral à ces initiatives. Nous évaluons à 103 millions de dollars annuellement l'écart entre ce qu'il reçoit et la somme qu'il serait en droit de recevoir en fonction de son poids démographique. Nous avons estimé, en outre, les sommes qui pourraient être transférées au Québec, comme dans les autres provinces ou territoires, si le gouvernement fédéral le laissait exercer pleinement ses responsabilités en santé et en services sociaux. À cet égard, même en supposant que les deux tiers des dépenses actuelles de fonctionnement du gouvernement fédéral devraient y être maintenues, on peut estimer que, pour le seul domaine de la santé, 210 millions de dollars pourraient alors être transférés annuellement au Québec.

Par ailleurs, les interventions fédérales en santé et en services sociaux entraînent des dépenses élevées pour le Québec. Seulement au ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est plus de 26 personnes (en équivalent temps complet), dont les postes correspondent à une dépense annuelle d'environ 2 millions, qui sont affectées à la gestion de ces interventions.

Globalement, les interventions fédérales en santé et en services sociaux imposent des cibles et des façons de faire différentes de celles qui sont déjà retenues par les autorités québécoises et, malgré des négociations souvent longues et coûteuses, le Québec a de la difficulté à faire entendre ses préoccupations et son point de vue au gouvernement fédéral. Dans des domaines clés de la santé et des services sociaux, certaines interventions fédérales échappent à la dynamique normale des rapports entre gouvernements, puisque les provinces et territoires

doivent transiger avec des organismes « indépendants » mais essentiellement financés par le gouvernement fédéral.

La non-pérennité des programmes fédéraux et le caractère non reproductible des crédits qui y sont associés compromettent la continuité, sinon la qualité, des services rendus. Pis encore, dans certains cas, le gouvernement fédéral utilise sa capacité de dépenser pour offrir à des groupes vulnérables de nouveaux services dont il n'entend pas – dès le départ – assurer la continuité. Après une période d'« expérimentation », il se retire tout en constatant, souvent à juste titre, la pertinence et l'utilité du « projet ». Cette stratégie soulève des enjeux éthiques importants et prend le gouvernement du Québec en otage, ne lui laissant d'autre choix que d'assurer la relève à même ses propres ressources.

C'est toutefois sur le plan de la gouvernance que les interventions fédérales soulèvent les questions les plus sérieuses. En dehors de certains domaines où le rôle du gouvernement fédéral est reconnu, les interventions de celui-ci en santé et en services sociaux empiètent sur les compétences du Québec, ce qui entretient une confusion quant à l'identité du gouvernement qui est responsable et qui doit rendre des comptes en matière de santé et de services sociaux, et ce, malgré les efforts constants du Québec pour exercer pleinement ses compétences.

1. LE MANDAT

Le 18 juin 2013, le gouvernement du Québec annonçait son intention de dresser un portrait global des interventions fédérales dans des champs de compétence qu'il considère être de son ressort exclusif, soit les affaires municipales ainsi que la santé et les services sociaux. À cette fin, il mandatait un groupe de quatre experts pour :

- inventorier les interventions du gouvernement fédéral effectuées depuis le début des années 2000 auprès des municipalités du Québec ou des organismes auxquels celles-ci délèguent certaines de leurs responsabilités ainsi qu'auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau ;
- recenser les cas où les programmes fédéraux chevauchent les programmes québécois ou font double emploi avec ceux-ci ;
- répertorier les conditions qui sont imposées par le gouvernement fédéral dans le cadre de ces interventions (exemples : reddition de compte, cogestion, copaiement, etc.) ;
- évaluer les impacts de ces interventions fédérales, dont les coûts associés aux doublons, aux chevauchements et aux conditions imposées ;
- évaluer les impacts de ces interventions fédérales sur la capacité du Québec à exercer une pleine maîtrise d'œuvre dans ses compétences exclusives.

Le présent rapport constitue la réponse des experts mandatés par le gouvernement du Québec pour les secteurs de la santé et des services sociaux.

Le mandat excluait les interventions fédérales reliées au financement de la recherche ou s'adressant aux groupes relevant directement du gouvernement fédéral, tels que les Autochtones, les membres des forces armées et les anciens combattants. Par ailleurs, les experts ont convenu que le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) ne faisaient pas partie de leur mandat.

2. LA DÉMARCHE

Nos travaux ont débuté à l'été 2013 par une revue de la littérature administrative, gouvernementale et scientifique portant sur les relations fédérales-provinciales-territoriales (F-P-T) dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au total, quelques centaines de documents ont été consultés et étudiés, dont des monographies, des ouvrages collectifs, des rapports gouvernementaux, des mémoires, des notes administratives, des sites Internet, des documents d'archives et des documents confidentiels. Cette première étape a permis de recenser une quarantaine d'interventions fédérales ou de sujets potentiellement pertinents.

À partir de cette liste, un questionnaire (voir l'annexe A) a été adressé à l'ensemble des directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ainsi qu'à quelques organismes relevant du ministre dans le but, d'une part, de vérifier les informations dont nous disposons et de compléter la liste préliminaire des interventions. L'envoi de ce questionnaire visait d'autre part à connaître les modalités et les conditions des interventions fédérales ainsi que les effets de celles-ci. Au terme de cette démarche, une cinquantaine d'interventions ou de sujets présentant un intérêt éventuel pour la réalisation du mandat ont été inventoriés et ont fait l'objet d'une brève recherche.

Après l'analyse préliminaire des réponses obtenues, 25 entrevues ont été menées pour compléter et préciser les informations recueillies jusque-là. Entre autres, la sous-ministre, quatre ex-sous-ministres et tous les sous-ministres adjoints ou associés du MSSS, les dirigeants de certains organismes relevant directement du ministre, des représentants des principales associations du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des experts universitaires ont été rencontrés.

De façon générale, les informations recueillies par la revue de littérature, le questionnaire et les entrevues ont permis de dresser un portrait détaillé des principales interventions fédérales observées au cours des dix dernières années ainsi que leurs effets sur la capacité du Québec à planifier, à organiser, à gérer et à évaluer les résultats de son système de santé.

Malgré les efforts consacrés à la collecte et à l'analyse des données, le présent rapport comporte certaines limites. D'abord, il ne peut prétendre couvrir la totalité des interventions fédérales en santé et en services sociaux pendant la période visée. Pour plusieurs raisons, certaines interventions n'ont tout simplement pas été repérées, alors que d'autres ont été exclues de l'inventaire (voir la section 4.1), notamment à cause d'un important manque d'informations, et ce tant du côté fédéral que du côté québécois.

Les informations sur les interventions retenues (voir la section 4.2) ont été tirées de plusieurs sources. Or, ces sources de données présentent dans plusieurs cas des différences importantes, particulièrement sur le plan des données financières. Dans ces cas, les sources d'information fédérales, lorsqu'elles étaient disponibles, ont été privilégiées. La section 4.1 explique de façon détaillée la méthode qui a été suivie afin de concilier les différentes sources de données financières utilisées.

3. LE CONTEXTE

3.1. Le système québécois de santé et de services sociaux

Au Québec, le domaine de la santé et des services sociaux occupe une place singulière parmi les secteurs d'intervention de l'État. En 2012-2013, le gouvernement y a consacré un peu plus de 30 milliards de dollars, soit environ 48 % des dépenses de programmes totales (MSSS, 2013, p. A.23). La santé et les services sociaux représentent le premier poste budgétaire du gouvernement québécois, loin devant le second poste (l'éducation, les loisirs et les sports), qui accaparait environ 16 % des dépenses de programmes en 2012-2013. Cette réalité, qui n'est pas nouvelle, va en s'accroissant. En 1994-1995, la mission santé et services sociaux accaparait 13 milliards et représentait plutôt 31 % des dépenses de programmes du gouvernement québécois (MSSS, 2008, p. 159). La singularité du système de santé et de services sociaux tient également à l'importance de sa main-d'œuvre, laquelle représentait, avec ses quelque 300 000 travailleurs, près de 7 % de la population active du Québec en 2011-2012 (MSSS, 2013, p. 12).

Ces ressources humaines et financières se déploient sur l'ensemble du territoire québécois par l'intermédiaire d'un réseau de 283 établissements qui gèrent plus de 1 700 installations (centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, etc.). À ces ressources institutionnelles viennent s'ajouter plusieurs autres intervenants, dont environ 2 000 cliniques médicales, 1 700 pharmacies communautaires, 3 400 organismes communautaires et 9 000 ressources d'hébergement de type intermédiaire ou familial.

Pour sa part, le MSSS, en collaboration avec les dix-huit autorités régionales¹, détermine les orientations, les objectifs et les priorités ; définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficacité des services ; répartit les ressources et assure la coordination interrégionale. Le MSSS et les autorités régionales se chargent également de promouvoir la santé et le bien-être, de protéger la santé publique et d'évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Enfin, douze organismes et comités relèvent directement du ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (MSSS, 2013, p. 12).

La mise en place du système et du réseau québécois de soins de santé et de services sociaux s'est opérée sur plusieurs décennies, voire quelques siècles. Les premiers hôpitaux québécois ont vu le jour au XVII^e siècle, sous le Régime français. En 1639, l'Hôtel-Dieu de Québec est fondé, ce qui en fait le premier hôpital en Amérique du Nord. Quelques années plus tard, en 1645, c'est l'Hôtel-Dieu de Montréal qui est inauguré. À cette époque, « le maintien et le financement des hôpitaux ainsi que les soins aux indigents sont assumés par les municipalités, les paroisses et les communautés religieuses, grâce à des subsides gouvernementaux, à des

1. Il s'agit ici des quinze agences de la santé et des services sociaux du Québec, auxquelles s'ajoutent le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

campagnes de charité et aux revenus de paroisse » (MSSS, 2008, p. 39). À partir du XIX^e siècle, l'administration provinciale (Bas-Canada, Canada-Est ou province de Québec) intervient de plus en plus dans le domaine de la santé publique et, en vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867), la responsabilité en matière de santé et de services sociaux est formellement confiée aux provinces, sauf pour certains services (par exemple, l'approbation des médicaments brevetés) ou pour certains citoyens (par exemple, les membres des forces armées canadiennes et les Autochtones), dont la responsabilité est confiée au gouvernement fédéral (Maioni et Smith, 2003, pp. 296-97 ; Pelletier, 2009, p. 49 ; Bergeron et Gagnon, 2003, p. 11 ; Tiedemann, 2011, p. 1 ; MSSS, 2008, p. 188-190).

3.2. Les premières interventions du gouvernement fédéral

Moins d'un siècle après la signature de la Constitution canadienne, le partage des compétences entre les deux ordres de gouvernement fait déjà l'objet d'importants désaccords entre le Québec et le gouvernement fédéral. La Commission royale d'enquête sur les relations fédérales-provinciales (commission Rowell-Sirois) est formée en 1937 par le gouvernement fédéral afin de réexaminer le partage des compétences entre les deux ordres de gouvernement et les bases sur lesquelles repose le pacte confédératif (Simeon, 2012 ; Guay, 2009b). En 1940, les commissaires déposent leur rapport et recommandent l'extension des charges et des pouvoirs du gouvernement central. Au cours de l'année 1941, alors que le Canada est engagé dans la Deuxième Guerre mondiale, « les provinces acceptent de céder au gouvernement fédéral les domaines de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés – accord de location d'impôts – pendant la durée de la guerre, plus une année. En retour, elles reçoivent des versements annuels – loyers – fixes [et inconditionnels] » (Carter, 2012 ; Bibliothèque et Archives Canada, 2008).

Après cette guerre, plutôt que de rétrocéder l'espace fiscal aux provinces, le gouvernement fédéral instaure de nombreuses subventions conditionnelles, notamment dans le domaine de la santé et des services sociaux : programme fédéral de subventions de la santé nationale (1948), assistance pour les aveugles (1952), assistance pour les personnes handicapées (1954), régime d'assurance hospitalisation (1957), le Régime d'assistance publique du Canada (1966), régime d'assurance maladie (1968), entre autres (Pelletier, 2001, p. 5-6 ; Fortin, 2006, p. 348 ; Santé Canada, 2011). Ces programmes, dits cofinancés ou à frais partagés, offrent aux provinces une contribution fédérale équivalant à 50 % des dépenses qu'elles ont engagées pour la mise en œuvre d'initiatives répondant aux conditions fédérales. Dans les faits, les dépenses provinciales ne sont pas toutes reconnues comme admissibles par le gouvernement fédéral et il n'est pas rare, au bout du compte, que les subventions fédérales représentent moins de 50 % des dépenses engagées par les provinces.

3.3. Les réactions du Québec après les premières interventions fédérales

L'occupation des champs de taxation par le gouvernement fédéral et la redistribution aux provinces des impôts prélevés au moyen de programmes à frais partagés ou de subventions directes est très mal reçue au Québec (SAIC, 1998, p. 8). Lors de la Conférence fédérale-provinciale du rétablissement [d'après-guerre], en 1946, le gouvernement du Québec fait

valoir que l'approche du gouvernement fédéral viole l'esprit, sinon la lettre, de la Constitution de 1867 et empêche le Québec de faire évoluer sa politique sociale selon ses propres priorités. Conformément à cette position, le Québec refuse à deux reprises, en 1947 et en 1952, de signer les accords de « location d'impôts », par lesquels les provinces permettent au gouvernement fédéral d'occuper tous les champs de taxation en retour d'un « loyer » sous forme de subvention inconditionnelle. En 1953, en réponse à la commission Rowell-Sirois, le gouvernement du Québec met sur pied sa propre Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (commission Tremblay), dont le rapport recommande une plus grande autonomie provinciale, une réforme de la fiscalité et la remise de certains programmes sociaux aux provinces². Dès 1954, avant même que les travaux de la commission Tremblay soient achevés, l'Assemblée nationale adopte une loi créant un impôt provincial sur le revenu des particuliers. « Cet impôt, qui représente alors 15 % de l'impôt fédéral, assure au Québec un certain contrôle sur ses priorités législatives. » (SAIC, 1998, p. 8) Le Québec est aussi la seule province qui refuse, en 1957, de participer au programme à frais partagés du gouvernement fédéral en matière d'assurance hospitalisation, considérant que cette intervention est une ingérence dans un champ de compétence exclusive et préférant plutôt instaurer son propre système d'assurance hospitalisation (Gouvernement du Québec, 2010). En somme, la position du Québec au regard des programmes à frais partagés s'affirme dans les années d'après-guerre : la province ne souhaite pas participer à des programmes fédéraux qui interviennent dans ses champs de compétence et elle souhaite pouvoir se soustraire à ces initiatives tout en recevant sa juste part des sommes fédérales en jeu.

Cette position sera farouchement défendue au cours des années 1960, notamment dans le cadre des rencontres intergouvernementales réunissant les premiers ministres fédéral et provinciaux, lesquelles s'imposeront d'ailleurs rapidement comme le principal mécanisme de gouvernance de la fédération canadienne (fédéralisme exécutif), et ce, jusqu'à nos jours (Simeon, 2005, p. 88). C'est aussi dans ce contexte que le ministère des Affaires fédérales-provinciales voit le jour au Québec en 1961. À l'époque, c'est le premier ministre lui-même – Jean Lesage – qui est à la tête de ce nouveau ministère (Guay, 2009a), qui a pour mission de « favoriser le plein épanouissement de l'autonomie provinciale et faciliter la collaboration intergouvernementale dans le respect de la constitution » (Québec, 1961, p. 145). La Loi instituant le ministère des Affaires fédérales-provinciales stipule aussi que « le ministre ne peut conclure aucune entente sans l'autorisation du Lieutenant-gouverneur en conseil [conseil des ministres]³ ».

2. Selon le politologue François Rocher, les représentations du fédéralisme recensées dans les travaux de la commission Rowell-Sirois et de la commission Tremblay sont celles qui prévalent encore aujourd'hui dans le cadre des relations intergouvernementales canadiennes (2006, p. 112).

3. En 1967, le ministère des Affaires fédérales-provinciales est fusionné avec le nouveau ministère des Affaires intergouvernementales, qui se charge également des relations internationales du Québec. En 1984, les relations internationales et les affaires intergouvernementales sont séparées, et le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes voit le jour. Le nouvel organisme est rattaché au ministère du Conseil exécutif. Aujourd'hui, la Loi sur le ministère du Conseil exécutif exige, sauf exceptions, que les ententes conclues entre le gouvernement du Québec et un autre gouvernement au Canada soient approuvées par le Conseil des ministres (décret). Pour leur part, les ententes conclues entre un organisme public québécois et un autre gouvernement au Canada doivent obtenir une autorisation écrite préalable du ministre délégué aux Affaires intergouvernementales canadiennes (arrêté ministériel).

Cette mouvance intergouvernementale, jumelée à l'arrivée au pouvoir du gouvernement de Lester B. Pearson à Ottawa, conduit à la négociation d'une formule de retrait des programmes à frais partagés pour les provinces qui le souhaitent. La formule de retrait est acceptée par le Québec en 1965. C'est dans ce contexte que le gouvernement du Québec décide, en 1966, de ne pas participer au Régime de pension du Canada et de créer le Régime des rentes du Québec. La formule de retrait demeure toutefois une situation de compromis. D'une part, « le gouvernement fédéral continue d'obliger le Québec à appliquer des programmes équivalents qui respectent certaines normes. [D'autre part], le droit de retrait ne s'applique qu'à des programmes [déjà établis lors de l'adoption de la formule de retrait], ce qui laisse au gouvernement fédéral toute marge de manœuvre pour instaurer de nouveaux programmes [auxquels le droit de retrait du Québec ne s'appliquerait pas] » (SAIC, 1998, p. 17). C'est ainsi qu'en 1968, le gouvernement du Canada propose un nouveau programme à frais partagés, soit le régime d'assurance maladie. Malgré ses nombreuses tentatives d'obtenir une pleine compensation inconditionnelle de la part du gouvernement fédéral pour ce programme, le Québec devra se résigner à y participer, de façon à ne pas priver la population québécoise de sa part des impôts prélevés par le gouvernement fédéral (SAIC, 1998, p. 14). On assiste au même scénario en 1966, lors de la mise en place du Régime d'assistance publique du Canada.

3.4. L'évolution des programmes à frais partagés

Que les programmes à frais partagés s'accompagnent ou non de conditions imposées par le gouvernement fédéral, les sommes qui y sont allouées par ce gouvernement échappent complètement au contrôle du Québec. Dans les années 1970, le gouvernement fédéral décide de plafonner le financement du régime d'assurance maladie et, en 1977, le financement de plusieurs programmes est revu en profondeur. Le gouvernement fédéral regroupe le régime d'assurance hospitalisation, le régime d'assurance maladie et le Programme d'éducation postsecondaire sous un seul et même transfert : le Financement des programmes établis. À partir de ce moment, le financement fédéral est octroyé aux provinces sur une base populationnelle et sa croissance est indexée à celle du produit intérieur brut. Des points d'impôts sont également inclus dans le transfert. Toutefois, comme les coûts des programmes provinciaux croissent plus rapidement que le produit intérieur brut, la part du financement fédéral diminue au fil des ans (Pelletier, 2001, p. 9 ; MSSS, 2000, p. I-III).

En 1996, le gouvernement fédéral revoit à nouveau le modèle de financement des soins de santé et de services sociaux en fusionnant le Financement des programmes établis avec le Régime d'assistance publique du Canada : il crée ainsi le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Cela met un terme à l'ère des programmes cofinancés et se traduit par un versement annuel unique et inconditionnel. Si le TCSPS donne plus de flexibilité aux provinces pour l'affectation des fonds, il vient aussi, dans les trois premières années du moins, réduire d'environ 30 % le transfert en espèces destiné aux provinces (Pelletier, 2001, p. 11). En 1998-1999, la part du financement fédéral dans les dépenses de santé des provinces et territoires canadiens atteint un « plancher historique » de 10 % (MSSS, 2000, p. III). Au début des années 2000, des fonds sont réinjectés dans le TCSPS (23,5 milliards) et le financement redevient plus ciblé dans le cadre d'initiatives telles qu'Inforoute Santé du Canada (1,1 milliard) ou le Fonds pour la réforme de la santé (16 milliards).

En 2004, la formule de financement est révisée une fois de plus et le TCSPS est scindé en deux transferts distincts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le gouvernement fédéral s'engage à injecter 41 milliards de nouvel argent sur dix ans et à augmenter de 6 % par année les sommes transférées au titre du TCS à partir de 2006-2007. Celui-ci représente un peu moins de 20 % des dépenses de santé des provinces et des territoires canadiens en 2012-2013, alors que le TCPS compte pour un peu moins de 8 % des dépenses sociales et en éducation des provinces et territoires canadiens (DPB, 2013, p. 21-23). Enfin, le gouvernement annonce unilatéralement, en 2011, que le TCS croîtra de 6 % jusqu'en 2016-2017 pour ensuite être indexé au taux de croissance du produit intérieur brut avec un plancher de 3 %. Le TCPS, lui, croît de 3 % depuis 2009.

3.5. L'appareil fédéral en santé et en services sociaux

Tel que nous l'avons démontré, c'est d'abord et largement par le pouvoir de dépenser que le gouvernement fédéral intervient dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il a aussi agi à plusieurs reprises en vertu de sa compétence constitutionnelle en matière de droit criminel (article 91 (27) de la Loi constitutionnelle de 1867) et en vertu de son pouvoir d'adopter des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement (début de l'article 91).

Au fil des ans, le gouvernement fédéral s'est doté d'un appareil substantiel dans le domaine de la santé. Au cœur de cet appareil, on trouve d'abord le ministère de la Santé, lequel existe sous différentes formes et dénominations depuis 1919 (Dickin, 2012). En 2012-2013, le portefeuille ministériel en santé s'élevait à environ 5,5 milliards de dollars et permettait d'employer un peu plus de 12 000 personnes (en équivalent temps complet). La plus grande part de ces ressources financières et humaines était accaparée par Santé Canada, qui assure les fonctions ministérielles à l'aide de ses quelque 9 500 employés (en équivalent temps complet) et d'un budget de 3,8 milliards. Six autres organismes et agences relèvent également du ministre fédéral de la Santé, dont les plus importants sont l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (RGC, 2013, p. 24.1-24.4 ; Santé Canada, 2013 ; ASPC, 2013).

Santé Canada se donne pour mission « d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé » et, pour ce faire, il s'investit dans des activités qui visent à maintenir et à moderniser le système de soins de santé canadien, à améliorer et à protéger la santé des Canadiens, à favoriser les partenariats, à promouvoir la santé et à prévenir la maladie (Santé Canada, 2008). Par ailleurs, chaque année, une bonne part du portefeuille fédéral en santé sert à octroyer des subventions et des contributions à des initiatives qui ne sont pas pilotées par le gouvernement fédéral. En 2012-2013, plus de 50 % du portefeuille fédéral en santé (soit 2,8 milliards) a été dépensé de cette manière (RGC, 2013, p. 24.21). Précisons ici que certains organismes ou initiatives visant à structurer une approche pancanadienne en matière de santé sont financés quasi exclusivement par le gouvernement fédéral. C'est le cas notamment de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), d'Inforoute Santé du Canada (ISC), de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), du Conseil canadien de la santé (CCS) et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Les budgets de Santé Canada lui permettent aussi de fournir certains services aux membres des Premières nations et aux Inuits, notamment « des services de soins primaires de base dans des communautés éloignées et isolées » et « une gamme limitée de biens et services médicalement nécessaires qui ne sont pas couverts par d'autres programmes publics ou des régimes d'assurance privés » (Santé Canada, 2012, p. 3). Santé Canada assume également un rôle réglementaire dans le domaine de la sécurité des produits : aliments, produits pharmaceutiques, instruments médicaux, dispositifs émettant des radiations, pesticides, etc. Santé Canada réglemente aussi la « santé publique à bord des aéronefs, des bateaux et des autres transporteurs publics et aide à gérer les risques pour la santé que posent des facteurs environnementaux tels que l'air, l'eau, la radiation et les contaminants » (Santé Canada, 2012, p. 3).

Dans le domaine des services sociaux, le gouvernement fédéral intervient principalement par l'intermédiaire du ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences du Canada (RHDC). Du côté de l'administration fédérale, ce ministère représente le quatrième poste budgétaire en importance après celui de la Gendarmerie royale du Canada, du ministère de la Défense nationale et de l'Agence du revenu du Canada (Emploi et Développement social Canada, 2013). RHDC offre ou administre toute une gamme de programmes et de services, allant de l'assurance emploi au Régime de pensions du Canada en passant par l'aide financière aux étudiants. En 2012-2013, RHDC disposait d'un budget d'environ 104,8 milliards de dollars et employait plus de 22 000 personnes en équivalent temps complet (RHDC, 2013, p. 21).

Aux fins du présent rapport, ce sont surtout les activités de programme liées au développement social et à l'employabilité des personnes handicapées qui retiendront notre attention, lesquelles activités représentent annuellement un budget d'environ 3 milliards et des ressources humaines de l'ordre de 470 employés en équivalent temps complet (RHDC, 2013, p. 72). Les activités dans le secteur du développement social comprennent notamment la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI), le Programme Nouveaux Horizons pour les aînés, le Programme de partenariats pour le développement social – volet personnes handicapées et les ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées. Concrètement, au moins 95 % des 3 milliards consacrés au secteur du développement social sont dépensés par RHDC en subventions ou en contributions destinées à des organismes sans but lucratif, à des particuliers, à des administrations municipales, à des conseils de bande ou de tribu et autres organisations autochtones, à des établissements de santé publique et d'enseignement, à des régies régionales, à des entreprises à but lucratif ainsi qu'à des organismes ou des instituts de recherche (RGC, 2013, p. 22.11). Enfin, le gouvernement fédéral intervient au Québec en matière de services sociaux par l'entremise de Justice Canada. En 2012-2013, ce ministère a dépensé un peu plus de 190 millions dans les services de justice pour les jeunes dans tout le Canada (RGC, 2013, p. 18.14-18.15).

3.6. La position historique du Québec au regard des interventions fédérales

Indépendamment des bases sur lesquelles ont pu reposer les interventions fédérales en santé et en services sociaux, le gouvernement du Québec les a continuellement dénoncées, voire refusées, et les a généralement considérées comme des intrusions dans un champ de

compétence exclusive du Québec. Comme l'encadré ci-dessous le montre, cette position du Québec au regard des interventions fédérales en santé et en services sociaux a été maintenue au fil du temps, et ce, quel que soit le parti au pouvoir.

Position historique du gouvernement du Québec

1947 Le Québec considère que sont du ressort exclusif des provinces les domaines suivants : [...] l'établissement, le maintien et la direction des hôpitaux, des asiles et des institutions de charité, [...] la réglementation des professions libérales, y compris les conditions d'admission à l'exercice de la médecine et les relations entre médecins et clients, la sécurité sociale, la santé et l'hygiène publique [...] (*Onésime Gagnon, ministre des Finances du Québec, Discours sur le budget*, dans SAIC, 2001, p. 21).

1960 Le Québec a résolu de mettre un terme au régime des programmes conjoints et, en conséquence, il s'est retiré des programmes ainsi institués par le fédéral en exigeant soit une compensation fiscale, soit une équivalence fiscale en points d'impôt. Ces programmes conjoints, qui créent de coûteux chevauchements, réduisent l'initiative des provinces dans les champs d'action que la Constitution leur reconnaît et déforment l'ordre des priorités établi par les provinces. L'expérience démontre que, souvent, ces programmes conjoints ne permettent pas aux provinces d'utiliser leurs propres revenus comme elles l'entendent et de tenir suffisamment compte des conditions locales (*Jean Lesage, premier ministre du Québec, Discours d'ouverture dans le cadre d'une Conférence fédérale-provinciale*, dans SAIC, 2001, pp. 29-30).

1968 En ce qui concerne les compétences sectorielles, les demandes constitutionnelles du Québec peuvent être traduites comme suit : [...] ii) L'éducation (sous toutes ses formes, à tous les niveaux) et la sécurité sociale (y compris toutes les allocations sociales, les pensions de vieillesse, les allocations familiales, la santé et les hôpitaux, le placement et la formation de la main-d'œuvre) devraient être attribuées exclusivement aux provinces (*Daniel Johnson, premier ministre du Québec, Mémoire soumis dans le cadre d'une Conférence fédérale-provinciale*, dans SAIC, 2001, pp. 33-34).

1976 Le Québec soumet trois propositions en matière d'arrangements fiscaux : a) retrait du fédéral des trois programmes conjoints (assurance-maladie, assurance-hospitalisation, enseignement postsecondaire), en retour d'un transfert satisfaisant de nature inconditionnelle aux provinces; [...] (*Robert Bourassa, premier ministre du Québec, Allocution d'ouverture dans le cadre d'une Conférence fédérale-provinciale*, dans SAIC, 2001, p. 49).

1986 Le gouvernement du Québec demande au gouvernement fédéral de respecter ses engagements financiers, puisqu'il a choisi de verser aux provinces des paiements de transferts plutôt que de leur allouer un espace fiscal suffisant pour assumer leurs responsabilités constitutionnelles en matière de santé et d'enseignement postsecondaire. [...] Cependant, si le gouvernement fédéral n'est plus à même d'assumer ses responsabilités financières à l'égard de la santé et de l'enseignement postsecondaire, il doit se retirer de ces secteurs moyennant compensation sous forme de points d'impôt additionnels (*Gérard D. Lévesque, ministre des Finances du Québec, Discours sur le budget*, dans SAIC, 2001, p. 73).

1996 Le Québec [...] ne peut ni ne souhaite s'associer à la démarche fédérale provinciale [relative à la réforme et à la refonte des politiques sociales] parce que celle-ci aura deux effets pervers : d'abord, celui de limiter l'exercice de ses compétences exclusives en matière de santé, d'éducation et de sécurité du revenu au bénéfice du gouvernement fédéral ; en second lieu, celui de rendre inévitable qu'une part significative des impôts et des taxes des Québécoises et des Québécois serve d'outil pour leur imposer des politiques qui ne répondent pas à leurs besoins et qui font perdurer chevauchements et gaspillages (*Lucien Bouchard, premier ministre du Québec, Communiqué de presse émis dans le cadre d'une réunion fédérale-provinciale des premiers ministres*, dans SAIC, 2001, p. 116).

2002 Tout ce qui, dans le rapport Romanow, diminue les pouvoirs du Québec, tente de bureaucratiser de façon centrale notre système de santé, sera rejeté et combattu par tout gouvernement du Québec digne de ce nom. Ce que nous voulons, c'est que le gouvernement central transfère sans condition et tout de suite les sommes dont nous avons besoin pour la santé. (*Bernard Landry, premier ministre du Québec, Déclaration faite à l'Assemblée nationale du Québec*, dans ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, 2002, pp. 7947-7948)

Malgré son opposition répétée aux interventions fédérales dans le domaine de la santé et des services sociaux, le gouvernement du Québec a souvent dû se résigner à participer à certains programmes, sinon à tolérer leur mise en œuvre sur son territoire, afin de ne pas priver la population québécoise de sa juste part des dépenses fédérales.

4. LES INTERVENTIONS FÉDÉRALES, DE 2002 À 2013

4.1. Une vue d'ensemble sur la démarche et sur les résultats

Notre démarche met en évidence que le gouvernement fédéral est intervenu de façon marquée et continue dans le domaine de la santé et des services sociaux au cours de la période 2002-2013. Nous avons inventorié 37 initiatives ou programmes fédéraux qui ont eu des conséquences de nature et d'intensité variables sur la capacité du Québec à planifier, à organiser, à gérer ou à évaluer les soins de santé et les services sociaux donnés sur son territoire.

Nos observations montrent notamment que le gouvernement du Canada intervient dans le domaine de la santé et des services sociaux surtout en s'appuyant sur ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir de dépenser ». En fait, 32 des 37 interventions inventoriées peuvent être qualifiées de « financières » en ce sens qu'elles se traduisent essentiellement par des transferts budgétaires, conditionnels pour la plupart, entre le gouvernement du Canada et des entités québécoises (gouvernement du Québec, MSSS, établissements, organismes communautaires, etc.) ou des tierces parties pancanadiennes non gouvernementales (Conseil canadien de la santé, Inforoute Santé du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, etc.).

On peut ainsi estimer que, de 2002 à 2013, le gouvernement du Canada a consacré une somme de 21 milliards de dollars à l'échelle canadienne dans le domaine de la santé et des services sociaux⁴. De cette somme, le Québec a touché 4,1 milliards. Depuis les dernières années (2007-2013), la somme consacrée par le gouvernement du Canada s'est élevée à une moyenne annuelle de 1,39 milliard. De cette somme, le Québec a touché une moyenne annuelle d'environ 226,8 millions, ce qui représente 16,3 % des transferts fédéraux. Or, durant la même période, le poids démographique du Québec au sein de la fédération canadienne n'a jamais été sous le seuil de 23,2 %.

Nos travaux ont également permis d'inventorier quelques interventions fédérales que l'on peut qualifier de « normatives », la plupart de nature législative ou réglementaire. Ces interventions montrent que le gouvernement fédéral intervient aussi de manière importante dans le domaine de la santé et des services sociaux par son pouvoir de légiférer en matière de droit criminel et, plus largement, d'agir pour « le maintien de la paix, de l'ordre et du bon gouvernement ».

Aux fins de l'analyse, les interventions inventoriées ont été regroupées selon certaines de leurs caractéristiques. Les interventions financières ont été distinguées selon que le transfert fédéral était effectué directement au gouvernement du Québec (DQ) ou directement à d'autres organismes du Québec (DA). Nous avons aussi regroupé dans une même catégorie un certain nombre d'interventions où le financement fédéral est indirect puisque les subventions ou contributions passent par des organismes pancanadiens non gouvernementaux (DI). Une dernière catégorie regroupe les interventions normatives (N).

4. Ce chiffre, de même que tous les chiffres présentés dans le cadre de l'inventaire, exclut les dépenses de fonctionnement des ministères et organismes fédéraux, le TCSPS, le TCS, le TCPS, les fonds destinés à la recherche ainsi que les sommes destinées aux groupes sous la responsabilité du gouvernement fédéral, tels que les anciens combattants et certaines populations autochtones.

Le tableau suivant (tableau 1) constitue le portrait global des interventions analysées dans le présent rapport. Elles ont toutes eu lieu au cours de la période couverte (de 2002 à 2013). Elles ont pu débuter avant ou pendant cette période et prendre fin avant 2013 ou être encore en cours en 2014.

Tableau 1 – Vue d’ensemble de l’inventaire⁵

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
1	Fonds pour réduire les temps d’attente	4 860,0 M\$	1 130,0 M\$	1 130,0 M\$	23,3 %	23,3 %	-
2	Fonds pour les équipements médicaux	3 000,0 M\$	709,4 M\$	709,4 M\$	23,6 %	23,6 %	-
3	Programme de financement des services de justice pour les jeunes	2 400,0 M\$	484,7 M\$	564,0 M\$	23,5 %	20,2 %	(79,3 M\$)
4	Ententes sur la participation des personnes handicapées au marché du travail	1 950,0 M\$	413,1 M\$	458,3 M\$	23,5 %	21,2 %	(45,2 M\$)
5	Fonds pour l’adaptation des soins de santé primaires	800,0 M\$	144,7 M\$	188,0 M\$	23,5 %	18,1 %	(43,3 M\$)
6	Stratégie nationale d’immunisation	600,0 M\$	144,0 M\$	144,0 M\$	24,0 %	24,0 %	-
7	Financement de services aux personnes ayant contracté le virus de l’hépatite C à la suite de transfusion sanguine	300,0 M\$	45,6 M\$	45,6 M\$	15,2 %	15,2 %	-
8	Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé / Initiative sur les travailleurs formés à l’étranger	144,0 M\$	12,4 M\$	33,8 M\$	23,5 %	8,6 %	(21,4 M\$)
9	Programme de placement et de surveillance dans le cadre d’un programme intensif de réadaptation	52,0 M\$	1,7 M\$	12,2 M\$	23,5 %	3,3 %	(10,5 M\$)
10	Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé / Initiative de postes de résidence en médecine familiale	39,5 M\$	3,4 M\$	9,3 M\$	23,5 %	8,6 %	(5,9 M\$)
11	Initiative fédérale concernant les délais d’attente	30,0 M\$	3,1 M\$	7,1 M\$	23,5 %	10,3 %	(4,0 M\$)
12	Surveillance du système du sang	25,0 M\$	4,7 M\$	5,9 M\$	23,5 %	18,8 %	(1,2 M\$)
	SOUS-TOTAL des interventions de type DQ	14 200,5 M\$	3 096,8 M\$	3 307,6 M\$	23,3 %	21,8 %	(210,8 M\$)

5. Les données financières relatives aux interventions 15, 19, 20, 22 et 25 diffèrent partiellement des données qui se trouvent inscrites dans les fiches détaillées (voir la section 4.2.). Cela s’explique par le fait qu’une partie des données financières des interventions a dû être extrapolée sur la base des informations connues afin de permettre une comparaison temporelle des interventions pour l’entièreté de la période visée, soit de 2002 à 2013. Voir les explications fournies au tableau 3 pour plus de détails.

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
13	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance	1 100,0 M\$	234,4 M\$	258,5 M\$	23,5 %	21,3 %	(24,1 M\$)
14	Programme d'action communautaire pour les enfants / Programme canadien de nutrition prénatale	725,4 M\$	148,5 M\$	170,5 M\$	23,5 %	20,5 %	(22,0 M\$)
15	Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire	326,2 M\$	85,8 M\$	128,2 M\$	39,3 %	26,3 %	(42,4 M\$)
16	Programme Nouveaux Horizons pour les aînés	208,5 M\$	49,5 M\$	49,5 M\$	23,7 %	23,7 %	–
17	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie	188,0 M\$	24,0 M\$	44,2 M\$	23,5 %	12,8 %	(20,2 M\$)
18	Fonds d'intégration pour les personnes handicapées	165,1 M\$	20,9 M\$	38,8 M\$	23,5 %	12,7 %	(17,9 M\$)
19	Programme d'action communautaire sur le sida	237,2 M\$	23,5 M\$	55,7 M\$	23,5 %	9,9 %	(32,2 M\$)
20	Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue	84,4 M\$	14,6 M\$	19,8 M\$	23,5 %	17,3 %	(5,2 M\$)
21	Fonds pour l'accessibilité	73,6 M\$	2,5 M\$	17,3 M\$	23,5 %	3,4 %	(14,8 M\$)
22	Programme de lutte contre le tabagisme	102,3 M\$	7,3 M\$	24,0 M\$	23,5 %	7,1 %	(16,7 M\$)
23	Fonds pour la promotion des modes de vie sains	30,5 M\$	3,0 M\$	7,2 M\$	23,5 %	9,8 %	(4,2 M\$)
24	Fonds du système de justice pour les jeunes	29,7 M\$	0,4 M\$	7,0 M\$	23,5 %	1,3 %	(6,6 M\$)
25	Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C	117,7 M\$	3,9 M\$	27,7 M\$	23,5 %	3,3 %	(23,8 M\$)
	SOUS-TOTAL des interventions de type DA	3 388,6 M\$	618,3 M\$	848,4 M\$	25,0 %	18,2 %	(230,1 M\$)
26	Inforoute Santé du Canada	2 100,0 M\$	377,1 M\$	493,5 M\$	23,5 %	18 %	(116,4 M\$)
27	Institut canadien d'information sur la santé	635,5 M\$	–	149,3 M\$	23,5 %	0,0 %	(149,3 M\$)
28	Partenariat canadien contre le cancer	240,0 M\$	8,7 M\$	56,4 M\$	23,5 %	3,6 %	(47,7 M\$)
29	Commission de la santé mentale du Canada	188,0 M\$	18,5 M\$	44,2 M\$	23,5 %	9,8 %	(25,7 M\$)
30	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	121,8 M\$	–	28,6 M\$	23,5 %	0,0 %	(28,6 M\$)
31	Institut canadien pour la sécurité des patients	48,1 M\$	0,7 M\$	11,3 M\$	23,5 %	1,5 %	(10,6 M\$)
32	Conseil canadien de la santé	47,6 M\$	–	11,2 M\$	23,5 %	0,0 %	(11,2 M\$)
	SOUS-TOTAL des interventions de type I	3 381,0 M\$	405,0 M\$	794,5 M\$	23,5 %	12,0 %	(389,5 M\$)
33	Projet de loi fédéral sur les sites d'injection supervisée	–	–	–	NA	NA	–
34	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales	–	–	–	NA	NA	–
35	Règlement sur la marijuana à des fins médicales	–	–	–	NA	NA	–
36	Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines	–	–	–	NA	NA	–
37	Loi sur la procréation assistée	–	–	–	NA	NA	–
	SOUS-TOTAL des interventions de type N	–	–	–	NA	NA	–
	GRAND TOTAL	20 970,1 M\$	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	23,6 %	19,6 %	(830,4 M\$)

Avant d'aborder la description et l'analyse détaillée de l'inventaire des interventions fédérales, il importe de mentionner que, pour diverses raisons, celui-ci ne peut être exhaustif.

D'abord, des contraintes de temps et de ressources nous ont amenés à faire certains choix quant aux interventions devant être inventoriées. Cela a été particulièrement vrai pour les interventions dites normatives, qui sont à la fois nombreuses et hétéroclites. C'est ainsi que des modifications législatives telles que celles qui ont été apportées à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents ou à la Loi sur l'assurance-emploi n'ont pas été intégrées dans l'inventaire. La décision de ne pas prendre en compte ces interventions repose également sur le fait que celles-ci concernent principalement des ministères et organismes ne faisant pas partie du réseau de la santé et des services sociaux. Les interventions normatives inventoriées doivent donc être considérées comme étant des interventions qui ont retenu l'attention des autorités québécoises dans le domaine de la santé et des services sociaux au cours de la période visée, et c'est pourquoi elles sont intégrées à l'inventaire.

Par ailleurs, si les interventions financières du secteur de la santé ont été assez faciles à repérer, il en va autrement de celles qui sont relatives au secteur des services sociaux. Du côté fédéral, au moins deux ministères interviennent dans le secteur des services sociaux, soit Ressources humaines et développement des Compétences Canada et Justice Canada, alors qu'au Québec, la santé et les services sociaux sont sous la responsabilité du même ministère. Cet état de fait rend les deux univers des services sociaux difficilement comparables. Ainsi, il se peut que certaines initiatives en matière de services sociaux nous aient échappé.

Enfin, environ une dizaine d'initiatives financières relatives au secteur de la santé, telles que le Fonds pour la santé de la population ou la Stratégie canadienne sur le diabète, ont été exclues de l'inventaire en raison du manque d'informations à leur sujet, et ce, tant du côté fédéral que du côté québécois. D'autres initiatives, comme le Programme de contribution pour la santé des femmes, n'ont pu être incluses dans notre démarche puisqu'elles étaient pratiquement inconnues du MSSS ou absentes de la documentation consultée.

En dépit des limites inhérentes à la démarche, nous sommes d'avis que l'inventaire des interventions fédérales dressé dans le présent rapport couvre la majeure partie de l'univers visé par notre mandat.

En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'inventaire témoigne que le Québec a reçu, entre 2007 et 2013, une somme annuelle moyenne de 226,8 millions de dollars du gouvernement fédéral. Or, en consultant les comptes publics du Québec ainsi que les rapports financiers des établissements ou des agences de la santé et des services sociaux, et en prenant en compte les sommes allouées à des organismes publics québécois pour la même période, nous constatons que les revenus fédéraux s'élèvent annuellement à une moyenne de 228 millions (voir le tableau 2). Sans que les données issues des deux démarches concordent parfaitement, cette autre façon de déterminer les revenus fédéraux dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec donne à penser que l'inventaire effectué couvre l'essentiel des interventions de cette période.

Tableau 2 – Revenus fédéraux déclarés par le MSSS et son réseau entre 2007 et 2013

Revenus fédéraux déclarés annuellement par le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux entre 2007 et 2013 (en M\$)						
Année	MSSS	Agences*	Établissements**	Organismes publics***	Total	Moyenne annuelle
2012-13	99,5	7,4	40,0	48,2	195,1	
2011-12	122,4	7,8	40,0	50,5	220,7	
2010-11	97,2	6,4	40,0	67,2	210,8	
2009-10	169,5	8,3	40,0	65,0	282,8	228,1
2008-09	127,2	8,2	40,0	50,2	225,6	
2007-08	138,3	6,6	40,0	48,6	233,5	
TOTAL	754,1	44,7	240,0	329,7	1 368,5	

* Les données des agences incluent des sommes versées par le ministère des Affaires autochtones et du développement du Nord canadien qu'il est impossible de préciser, mais qui ne devraient pas être prises en considération dans le cadre du présent rapport (voir la section 2).

** Les rapports de gestion des établissements ne permettent pas d'exclure avec précision les revenus fédéraux consacrés à la recherche et aux Autochtones. Bien que les établissements déclarent des revenus fédéraux annuels moyens de 135 M\$ pour la période 2007-2013, nos analyses révèlent qu'entre 70 % et 90 % de ces sommes sont destinées à des populations autochtones ou à des activités de recherche.

*** Les données concernant les organismes publics ont été calculées de manière conservatrice et pourraient être de 5 % à 15 % plus élevées.

Une seconde méthode pour valider l'ordre de grandeur des sommes captées par l'inventaire a consisté à examiner les comptes publics du Canada dans le domaine de la santé (voir le tableau 3). Il ressort de cet exercice que Santé Canada et l'ASPC ont effectué entre 2002 et 2013 des paiements de transfert totalisant 3,4 milliards de dollars à l'échelle canadienne, dont 523,7 millions ont été touchés par le Québec, soit 15,3 % du total. Les initiatives fédérales faisant partie de notre inventaire pour lesquelles les fonds ont été versés par Santé Canada ou l'ASPC totalisent 3,2 milliards et le Québec en a perçu 524,5 millions, ce qui représente 16,6 % du total.

Tableau 3 – Conciliation entre les données de paiements de transfert de Santé Canada et de l'ASPC avec les données de l'inventaire 2002-2013

	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	Part manquante	Taux attendu	Taux obtenu
Moyenne des revenus fédéraux pour la période 2007-2013	1 389,9 M\$	226,8 M\$	329,9 M\$	103,1 M\$	23,7 %	16,3 %
Moyenne annuelle des revenus fédéraux déclarés, 2007-2013 (MSSS + Réseau)		228,1 M\$				
Total des paiements de transfert effectués par SC et l'ASPC – 2002-2013*	3 425,0 M\$	523,7 M\$	794,6 M\$	270,9 M\$	23,2 %	15,3 %
Total des sommes fédérales inscrites dans les 15 fiches de l'inventaire visées par les paiements de transfert de SC et l'ASPC – 2002-2013**	3 150,2 M\$	524,5 M\$	767,0 M\$	242,5 M\$	24,3 %	16,6 %
<p>* Pour comparer les mêmes univers d'intervention, certains paiements de transfert effectués par Santé Canada (SC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont dû être exclus du calcul, dont les initiatives destinées aux membres des Premières nations et aux Inuits, les paiements effectués à d'autres organismes du gouvernement du Canada ou pancanadiens ainsi que les initiatives internationales. Cette façon de faire fait passer le total des paiements de transfert effectués par SC et l'ASPC entre 2002 et 2013 de 4,5 G\$ à 3,4 G\$.</p> <p>** Pour comparer les mêmes univers temporels (2002-2013) et en raison d'un manque important d'informations, des données financières de cinq des quinze fiches (soit les interventions 15, 19, 20, 22 et 25) ont fait l'objet d'une extrapolation linéaire, ce qui fait passer le total des sommes fédérales inscrites dans ces quinze fiches de 2,8 G\$ à 3,2 G\$.</p>						

4.2. L'inventaire détaillé des interventions

La vue d'ensemble sur la démarche et les résultats ayant été abordés à la section précédente, les pages suivantes servent à présenter l'inventaire détaillé des 37 interventions fédérales répertoriées et analysées. Pour chaque intervention, une fiche contenant des rubriques prédéterminées a été remplie. La numérotation et l'ordre de présentation des fiches respectent les informations contenues dans le tableau 1.

1. FONDS POUR RÉDUIRE LES TEMPS D'ATTENTE

OBJET :

Les Fonds pour réduire les temps d'attente regroupent des montants que le gouvernement fédéral a mis à la disposition des provinces et territoires pour la mise en place de leurs stratégies respectives de réduction des temps d'attente.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

NON

CONTEXTE :

En 2004, à la suite de la conférence F-P-T des premiers ministres portant sur la santé, le gouvernement fédéral créait le Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 4,25 milliards de dollars sur cinq ans (2004-2009).

En 2007, le budget fédéral annonçait la mise en place de la Fiducie pour les garanties de délais d'attente pour les patients, dotée de 612 millions sur trois ans (2007-2010).

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

4,86 milliards distribués au prorata de la population, sauf une somme de 112 millions allouée à titre de financement de base, à raison de 10 millions par province et de 4 millions par territoire.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

1,13 milliard, soit 23,2 % du financement total.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral était placé en fiducie et lié à un objectif précis : la réduction des temps d'attente.
- Ce transfert financier ne s'accompagnait d'aucune forme de reddition de compte.

CONSÉQUENCE :

Le financement fédéral ayant été versé au Fonds consolidé du Québec, il est impossible de déterminer son effet sur le niveau des ressources allouées au MSSS en général et sur celles qui ont été consacrées aux temps d'attente en particulier.

2. FONDS POUR LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

OBJET :

Les Fonds pour les équipements médicaux regroupent des montants que le gouvernement fédéral, sur une période de trois ans, a mis à la disposition des provinces et territoires pour l'acquisition d'équipement de diagnostic et de traitement, tels que des appareils de radiothérapie, des tomomodensitomètres et des imageurs à résonance magnétique.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

NON

CONTEXTE :

En 2000, à la suite de la conférence F-P-T des premiers ministres portant sur la santé, le gouvernement fédéral annonçait un fonds de 1 milliard de dollars destiné à l'acquisition d'équipement médical et diagnostique.

En 2003, après une autre conférence F-P-T des premiers ministres portant sur la santé, le gouvernement fédéral annonçait un deuxième investissement, de 1,5 milliard, pour permettre aux provinces et territoires d'acquérir de l'équipement médical et diagnostique.

Enfin, dans la foulée de la conférence F-P-T des premiers ministres portant sur la santé de 2004, le gouvernement annonçait un troisième financement, de 500 millions, destiné aux provinces et territoires, toujours pour l'acquisition d'équipement médical et diagnostique.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

3 milliards distribués au prorata de la population de chaque province ou territoire.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

709,4 millions de dollars, soit 23,7 % du montant total.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral était placé en fiducie et lié à un objectif précis : l'achat d'équipement.
- Ce transfert financier n'était accompagné d'aucune forme de reddition de compte.

CONSÉQUENCES :

- 75 % des sommes ont été utilisées pour le remplacement d'appareils devenus désuets.
- 25 % des sommes ont été utilisées pour l'ajout d'équipements.
- Le fonds a permis au Québec de renouveler plus rapidement et à moindre coût son parc d'appareils diagnostiques et médicaux.

3. PROGRAMME DE FINANCEMENT DES SERVICES DE JUSTICE POUR LES JEUNES

OBJET :

Le Programme de financement des services de justice pour les jeunes est un programme de partage des coûts avec les provinces et territoires pour la prestation de programmes et de services dans le cadre du système de justice pour les jeunes.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le gouvernement fédéral est responsable du droit criminel, notamment du Code criminel et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Les provinces et territoires sont responsables de l'administration de la justice et de la prestation des services sociaux. Il en découle que le gouvernement fédéral, depuis plusieurs décennies, partage les coûts de mise en œuvre des lois régissant les jeunes contrevenants. Depuis 1984, des ententes sur le partage des coûts en cette matière ont été conclues, par l'intermédiaire desquelles le gouvernement fédéral assume 50 % des coûts reliés aux mesures de mise sous garde et de réinsertion sociale se rapportant à l'application de la LSJPA. Rappelons que les modifications successives apportées par le gouvernement du Canada au système de justice pour les jeunes depuis le début des années 2000 ont été vigoureusement et régulièrement dénoncées par le gouvernement du Québec ainsi que par l'ensemble des acteurs québécois s'occupant des jeunes en difficulté.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

2,4 milliards de dollars, de 2000 à 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

484,7 millions, ce qui représente 20 % de l'enveloppe fédérale.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Jusqu'au tournant des années 2000, les coûts étaient partagés en fonction des dépenses réellement encourues. Depuis, le gouvernement fédéral a voulu rendre son financement conditionnel à l'atteinte de résultats ou à l'acceptation de priorités pancanadiennes.
- La LSJPA impose aux provinces et territoires diverses exigences et modalités qui entraînent d'importants coûts de mise en œuvre. Bien que la contribution fédérale doive, théoriquement, représenter 50 % des coûts engendrés par la mise en œuvre de la LSJPA, le financement fédéral est plafonné en deçà de ce pourcentage.
- Les intentions annoncées du gouvernement fédéral sont de réduire sa contribution de 20 % à partir du 1^{er} avril 2013.

CONSÉQUENCES

- La volonté du gouvernement fédéral de rendre son financement conditionnel à l'acceptation de priorités pancanadiennes et à l'atteinte de résultats, en dépit de la volonté du Québec de conserver sa pleine maîtrise d'œuvre dans un domaine qui relève de sa compétence, ont entraîné des retards très importants dans la signature des ententes successives.
- Le plafonnement du financement fédéral fait en sorte que, pour la période 2006-2011, le financement fédéral ne constitue que 34 % de dépenses encourues par le Québec pour l'application de la LSJPA. La baisse de financement annoncée par le gouvernement fédéral à partir du 1^{er} avril 2013 réduira encore davantage la part assumée par ce dernier.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du PSFJJ. Le manque à gagner est d'environ 80 millions de dollars sur treize ans, soit 6,2 millions par année.

4. ENTENTES SUR LA PARTICIPATION DES PERSONNES HANDICAPÉES AU MARCHÉ DU TRAVAIL

OBJET :

Les ententes sur la Participation des personnes handicapées au marché du travail (PPHMT) visent à appuyer financièrement des programmes et services des provinces et territoires pouvant améliorer l'employabilité des personnes handicapées (formations, subventions salariales et autres mesures de soutien).

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Un cadre multilatéral sur la participation des personnes handicapées au marché du travail a été adopté par les ministres F-P-T des services sociaux en 2003 et sert depuis de base aux ententes de financement bilatérales entre le gouvernement fédéral et les provinces. Bien que le Québec n'ait pas adhéré à ce cadre multilatéral, il souscrit aux principes généraux qui le sous-tendent. Des ententes Canada-Québec relatives à la PPHMT existent néanmoins depuis 2004, dont la plus récente a pris fin le 31 mars 2013. Des négociations sont en cours pour un renouvellement de l'entente pour les prochaines années.

Depuis le tout début, deux ministères québécois sont liés à ce dossier, soit le MSSS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Jusqu'à tout récemment, c'est le MSSS qui a assumé le leadership relativement à la PPHMT. Depuis le printemps 2013, ce rôle a été dévolu au MESS.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

1,95 milliards de dollars entre 2004 et 2013, pour une moyenne annuelle de 217,7 millions.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

413,1 millions entre 2004 et 2013, pour une moyenne annuelle de 45,9 millions, ce qui représente 21 % du financement fédéral total.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire d'une entente Canada-Québec, verse une contribution égale à 50 % des coûts engagés par le Québec dans les programmes admissibles, jusqu'à concurrence de 45,9 millions par année.
- L'entente exige le dépôt par le Québec, au début de chaque année financière, d'un plan annuel décrivant les dépenses prévues pour les programmes et services ainsi que d'un état annuel des dépenses de l'année précédente. De plus, l'entente définit un cadre de reddition de compte comportant des obligations relatives, d'une part, à la mesure et au suivi des résultats en fonction d'indicateurs établis conjointement et, d'autre part, à l'évaluation des programmes et services offerts par le Québec.
- La mise en œuvre et le suivi de l'entente Canada-Québec sont confiés à un comité mixte, composé d'un nombre égal de représentants des deux parties.

CONSÉQUENCES :

- Les dépenses admissibles du Québec se situant au-delà de 91 millions, la part du financement fédéral dans les dépenses admissibles au Québec se situe largement en deçà de 50 %. À titre d'exemple, en 2011-2012, les dépenses admissibles totales du Québec s'élevaient à 126 millions, pour lesquelles le gouvernement fédéral ne contribuait qu'à 36,4 % (plafond de 45,9 millions).
- À l'heure actuelle, l'intervention fédérale sur la PPHMT ne conditionne pas de façon marquée l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et services québécois admissibles à un financement mais, selon les plus récentes informations, la proposition fédérale de renouvellement de l'entente risque de venir restreindre la marge de manœuvre du Québec et d'affaiblir la cohérence des programmes et services déjà en place.
- La proposition fédérale implique le concept de « gouvernance partagée » et une reddition de compte plus exhaustive comprenant de nombreux indicateurs de rendement. Les critères d'admissibilité étant modifiés, des programmes québécois pourraient se voir refuser en totalité ou en partie le partage de coûts. Plus précisément, les programmes relevant du MSSS qui étaient admissibles au financement de la PPHMT représentaient 37,2 % des dépenses admissibles soumises en 2011-2012, soit 46,9 millions. Si elles avaient prévalu pour cet exercice financier, les nouvelles règles proposées auraient fait en sorte qu'un maximum de 22,9 millions seulement aurait été admissible au partage. Il s'agit de programmes de santé et de services sociaux dont l'articulation avec les mesures de soutien à l'emploi du MESS est nécessaire à l'intégration et au maintien des personnes handicapées sur le marché du travail.

5. FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

OBJET :

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) est un financement mis à la disposition des provinces et territoires pour contribuer aux frais transitoires liés à l'adoption de nouvelles approches visant la prestation des soins de santé primaires (soins de première ligne).

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

NON

CONTEXTE :

Le FASSP a été créé par le gouvernement du Canada à la suite de la rencontre des premiers ministres F-P-T sur la santé du mois de septembre 2000. Les premiers ministres s'étaient mis d'accord sur la nécessité de mettre en œuvre une réforme intégrée et durable des soins de santé primaires axée sur l'interdisciplinarité et un meilleur accès de la population à ces services.

FINANCEMENT FÉDÉRAL (2000-2006) :

Enveloppe totale : 800 millions de dollars.

Volet 1 : 560 millions distribués au prorata de la population de chaque province ou territoire.

Volet 2 : 240 millions répartis en quatre enveloppes distinctes et allant à des projets pancanadiens, multigouvernementaux, autochtones ou destinés à des communautés linguistiques en situation minoritaire.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL

Part québécoise totale : 144,7 millions, ou 18,1 % de l'enveloppe totale du FASSP.

Volet 1 : 133,7 millions, ou 23,8 % du montant destiné à ce volet.

Volet 2 : 11 millions, ou 4,5 % du montant destiné au volet 2.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

Volet 1 :

- Signature d'un accord de contribution Canada-Québec, pour la période allant d'octobre 2001 à septembre 2006.
- La contribution fédérale était versée sur une base annuelle, sur présentation d'un rapport des dépenses encourues.

Volet 2 :

- Financement par projet.
- Reddition de compte importante : production trimestrielle et annuelle de rapports financiers et de rapports d'étape.
- Le financement octroyé par l'intermédiaire des enveloppes pancanadiennes et multigouvernementales était conditionnel à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques communes.
- Le financement octroyé par l'intermédiaire des enveloppes affectées aux Autochtones ou aux communautés de langue officielle en situation minoritaire devait suivre l'orientation retenue dans chaque province pour la réforme des soins de santé tout en aidant à réaliser un ou plusieurs des objectifs du FASSP.

CONSÉQUENCES :

- Le FASSP a appuyé le Québec dans la réforme de ses services de première ligne en finançant des coûts de transition et de démarrage relatifs à la création des groupes de médecine de famille.
- Les contraintes liées aux enveloppes du deuxième volet du FASSP ont fait en sorte que, globalement, le Québec n'a pas obtenu sa juste part de ce financement. Sur une base populationnelle, le manque à gagner est de 45,7 millions de dollars.

6. STRATÉGIE NATIONALE D'IMMUNISATION

OBJET :

La Stratégie nationale d'immunisation vise à assurer la cohérence des programmes d'immunisation entre les provinces et les territoires au Canada et à coordonner les interventions lorsque de nouveaux problèmes surviennent dans ce domaine.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

NON (en ce qui a trait au financement)

CONTEXTE :

La Stratégie nationale d'immunisation a été lancée en 2003 par Santé Canada. Elle s'appuie sur un réseau de comités et de groupes de travail F-P-T afin de mettre en commun des connaissances de nature clinique et organisationnelle en ce qui concerne les questions d'immunisation. Dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement du Canada a rendu disponible des montants de 400 millions de dollars en 2004 et de 300 millions en 2007 pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins dans les provinces et territoires. Rappelons que le Québec possède un programme d'immunisation structuré et performant, dont les débuts remontent à 1919 et qui comprend maintenant dix-neuf vaccins. Le programme québécois s'appuie sur les recommandations du Comité d'immunisation du Québec, un groupe d'experts mis en place dans les années 1990 pour donner des avis scientifiques sur l'introduction et l'administration des vaccins.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

700 millions répartis au prorata de la population des provinces et territoires.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

164,2 millions, soit 23,5 % de l'enveloppe totale.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral était placé en fiducie et lié à un objectif précis : l'introduction de nouveaux vaccins.
- Ce transfert financier n'était accompagné d'aucune forme de reddition de compte.
- La somme était non reconductible, bien que ce financement aidait les provinces et territoires à mettre en place des programmes pérennes.

CONSÉQUENCES :

- Les vaccins visés par le financement fédéral faisaient déjà partie des priorités et des plans du Programme québécois d'immunisation.
- Le financement fédéral a permis d'accélérer l'utilisation desdits vaccins.

7. FINANCEMENT DE SERVICES AUX PERSONNES INFECTÉES PAR L'HÉPATITE C À LA SUITE DE TRANSFUSION SANGUINE

OBJET :

Le Financement de services aux personnes infectées par l'hépatite C à la suite de transfusion sanguine (FSPIHC) est une aide financière fédérale versée aux provinces et territoires afin de leur permettre d'offrir les services médicaux requis aux personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine avant janvier 1986 ou après juin 1990.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

En 1998, le gouvernement fédéral annonçait une aide de 300 millions de dollars afin d'amortir le fardeau financier anticipé des provinces et territoires à l'égard des services requis par les personnes atteintes de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine avant janvier 1986 ou après juin 1990.

Dès le départ, le FSPIHC a été considéré par le Québec comme un nouveau programme à frais partagés dans un domaine relevant de sa compétence exclusive. La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux a donc réclamé, en mars 1999, que le Québec obtienne sa juste part des fonds fédéraux, et ce, de façon inconditionnelle. Cette demande ayant été refusée, le Québec a dû se résoudre à négocier une entente permettant l'obtention du financement fédéral. Le projet d'entente alors proposé comportait certaines clauses jugées inacceptables par le Québec, notamment quant à la nature des services couverts, aux périodes de résidence dans la province et à certaines obligations de reddition de compte.

Il a fallu quelques années de négociation pour que le gouvernement fédéral accepte de modifier le texte de l'entente de manière à le rendre acceptable pour le Québec. Un accord a finalement été conclu en avril 2003 à la satisfaction des parties. Soulignons ici que, un an après la signature de cet accord, le Québec a dû intervenir auprès de l'Agence de la santé publique du Canada afin qu'elle retire de son site Internet une invitation faite aux personnes visées par le FSPIHC d'évaluer les services de santé offerts par leur province de résidence.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Un montant fixe de 300 millions pour la période allant de 2000 à 2015.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Un montant fixe de 45,6 millions pour la période de 2000 à 2015, soit 15,2 % du financement fédéral, une proportion représentative du nombre de personnes visées par le programme au Québec.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- La répartition du financement fédéral sur la base du nombre de personnes infectées au Québec plutôt que sur une base populationnelle était non négociable pour le gouvernement fédéral.
- L'entente ne contient aucune obligation de reddition de compte à l'endroit du gouvernement fédéral quant à l'utilisation des fonds du FSPIHC.

CONSÉQUENCES :

- Le FSPIHC n'a pas eu d'effet sur les services de santé québécois offerts aux personnes visées.
- Dans les faits, le financement fédéral compense des services couverts par le Régime d'assurance maladie du Québec.

8. INITIATIVE RELATIVE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FORMÉS À L'ÉTRANGER

OBJET :

L'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IPSFE) vise à faciliter l'intégration au Canada des professionnels de la santé formés à l'étranger.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

L'IPSFE a été créée en 2005, dans la foulée de la conférence des premiers ministres F-P-T sur la santé de septembre 2004. Elle fait partie de la Stratégie en matière de ressources humaines en santé de Santé Canada. L'IPSFE vise sept professions prioritaires : médecine, soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, technologie de laboratoire médical et technologie en radiation médicale.

Pour le Québec, la contribution fédérale dans le cadre de l'IPSFE s'applique globalement à deux projets, le premier visant une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, le second ayant pour objet le maintien d'un guichet unique pour faciliter l'arrivée au Québec des divers professionnels de la santé.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

144 millions de dollars pour la période allant de 2005 à 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

La contribution fédérale allouée au Québec entre 2005 et 2013 s'élevait à 12,4 millions, soit 8,6 % du financement fédéral total pour l'IPSFE.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral est obtenu par l'intermédiaire d'une entente dont la plus récente version couvre la période 2011-2016.
- Les modalités de reddition de compte prévoient l'envoi semestriel d'un état des dépenses, sur réception duquel les paiements sont effectués par le gouvernement fédéral.

CONSÉQUENCES :

- L'IPSFE permet de renforcer l'effort québécois de recrutement à l'étranger, lequel serait maintenu, mais avec des ressources plus limitées, en l'absence de financement fédéral.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part des fonds fédéraux dans le cadre de l'IPSFE. Le manque à gagner pour la période 2005-2013 est de 21,4 millions.

9. PROGRAMME DE PLACEMENT ET DE SURVEILLANCE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME INTENSIF DE RÉADAPTATION

OBJET :

Le Programme de placement et de surveillance dans le cadre d'un programme intensif de réadaptation (PPSPIR) est un programme de contribution à l'intention des provinces et territoires pour la prestation de programmes et de services spécialisés s'adressant aux jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont condamnés pour crime grave avec violence.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PPSPIR a été créé en 2002, après les modifications apportées à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), lesquelles permettent l'imposition d'une sentence thérapeutique à des jeunes souffrant de troubles mentaux et condamnés pour des crimes graves et violents. Au Québec, le PPSPIR contribue, entre autres, à des services qui étaient déjà en place à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Moyenne de 10,4 millions de dollars par année, de 2008 à 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Moyenne de 340 000 \$ par année, de 2008 à 2013, ce qui représente 3,3 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le versement de la contribution fédérale s'effectue par l'intermédiaire d'ententes Canada-Québec. Ces ententes sont relativement complexes puisqu'elles comportent quatre volets différents, avec des modalités et des objets qui leur sont propres.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec ne reçoit qu'une infime partie du financement auquel il aurait droit en vertu de son poids démographique. Le manque à gagner pour le Québec, pour la période allant de 2008 à 2013, est de 10,5 millions.
- La partie du financement de PPSPIR destinée à l'Institut Philippe-Pinel ne représente que 12,5 % de l'ensemble des dépenses engagées par l'Institut pour le maintien d'une unité spécialisée pour adolescents.

10. INITIATIVE DE POSTES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE FAMILIALE

OBJET :

L'Initiative de postes de résidence en médecine familiale (IPRMF) vise à financer la création de places additionnelles de résidence en médecine familiale dans des régions rurales ou éloignées.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

L'IPRMF a été créée en 2011, dans le cadre de la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé, afin de former environ cent résidents en médecine familiale dans les régions rurales et éloignées. Au Québec, puisque la totalité des places de résidence en médecine familiale avait déjà été attribuée au moment de la mise en place de l'IPRMF, il a été convenu que la nouvelle mesure servirait plutôt à financer des primes d'éloignement pour les externes et les résidents en formation dans les régions du Québec insuffisamment pourvues en professionnels de la santé.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Enveloppe totale de 39,5 millions de dollars.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Le Québec peut recevoir jusqu'à un maximum de 3,4 millions, soit 8,7 % des fonds fédéraux.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- La contribution fédérale s'effectue dans le cadre d'une entente pour la période allant de 2011 à 2016.
- La reddition de compte consiste à présenter annuellement deux états des dépenses, soit un rapport d'étape à mi-année et un rapport final au terme de l'année financière. Le gouvernement fédéral rembourse le Québec sur réception de ces rapports.
- La prime d'éloignement offerte dans le cadre de l'IPRMF est d'environ 6 500 \$ par année.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec obtient un financement largement inférieur à son poids démographique. Le manque à gagner est de 5,9 millions pour la durée du programme.
- Des données préliminaires semblent indiquer qu'il y a eu augmentation du nombre de postes de résidence comblés dans les unités de médecine familiale situées dans des territoires insuffisamment pourvus en professionnels de la santé. Toutefois, il n'est pas démontré que l'instauration de la prime d'éloignement ait contribué de façon significative à cette augmentation.

11. FONDS POUR LES PROJETS PILOTES LIÉS AUX GARANTIES SUR LES DÉLAIS D'ATTENTE POUR LES PATIENTS

OBJET :

Le Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente pour les patients (FGDAP) est un financement fédéral qui a pour objet d'aider les provinces et territoires à mettre en place des mesures visant à réduire les temps d'attente et à établir une garantie de délai maximal pour les patients.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

NON

CONTEXTE :

Lors de la rencontre des premiers ministre F-P-T sur la santé de septembre 2004, les provinces et territoires ont pris des engagements visant à réduire les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : le traitement du cancer, les soins cardiaques, la restauration de la vue, le remplacement des articulations et l'imagerie diagnostique. Afin d'appuyer cette initiative, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux investissements, dont la création en 2007 du FGDAP, lequel visait à soutenir des démarches innovatrices proposées par les provinces et territoires pour réduire les temps d'attente. En février 2008, le sous-ministre québécois de la Santé et des Services sociaux écrivait à son homologue fédéral pour lui faire part de son étonnement et de son insatisfaction par rapport au fait que seulement deux des six projets soumis par le Québec avaient été retenus par Santé Canada. Se disant perplexe à l'égard du processus de sélection des projets, lequel reposait sur une notion de mérite jamais définie ni expliquée, le sous-ministre demandait une révision des décisions afin que le Québec puisse obtenir la totalité des sommes demandées dans le cadre du FGDAP.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

30 millions de dollars, de 2007-2008 à 2009-2010.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

3,1 millions, soit 10,5 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le Québec a soumis six projets afin d'obtenir du financement dans le cadre du FGDAP, mais le gouvernement fédéral a choisi de n'accorder du financement qu'à deux de ces projets. Les projets du Québec totalisaient près de 6 millions.
- Signature d'un accord concernant les deux projets retenus.
- Transmission annuelle d'un état des dépenses et d'un rapport sur les activités réalisées.
- Paiements effectués sur réception des documents.

CONSÉQUENCES :

- Les deux projets financés ont des retombées positives qui semblent durer.
- Le Québec n'a pas obtenu sa juste part du financement fédéral octroyé dans le cadre du FGDAP. Le manque à gagner pour la période allant de 2007 à 2010 est de 4 millions.

12. PROGRAMME DE CONTRIBUTIONS POUR LA SÛRETÉ DU SANG

OBJET :

Le Programme de contribution pour la sûreté du sang (PCSS) a pour objet de contribuer financièrement à des activités de surveillance reliées aux effets indésirables des transfusions et des transplantations.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PCSS a été constitué en 1998 dans le cadre de l'initiative visant à renforcer le Programme de la sûreté du sang de Santé Canada. Le PCSS fait partie d'un système pancanadien de surveillance qui a pour but de compiler et d'analyser les données sur les événements indésirables liées aux transfusions sanguines et aux transplantations d'organes. Dès 1998, le Québec créait son propre système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance. Conséquemment, il avait alors indiqué qu'il ne participerait pas au système pancanadien de surveillance. Il a toutefois obtenu du financement, dans le cadre du PCSS, pour concevoir et mettre en place son système.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

25 millions de dollars, de 1999 à 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

4,7 millions, soit 18,8 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les contributions du PCSS au Québec sont versées dans le cadre de deux ententes distinctes depuis 2008 ; l'une porte sur les événements indésirables liés aux transfusions et l'autre, sur les événements indésirables liés aux transplantations. Les plus récentes versions de ces deux ententes expirent le 31 mars 2014.
- Pour chacune de ces ententes, le Québec doit fournir une reddition de compte trimestrielle ainsi qu'un rapport annuel indiquant les dépenses et les prévisions budgétaires.
- Dans le cadre de ses obligations, le Québec doit également transmettre trimestriellement à l'ASPC des données partielles sur les événements indésirables observés ainsi qu'un rapport final annuel. Ces données sont anonymes et présentées sur une base panquébécoise, et non par région ou centre hospitalier.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec ne reçoit pas la part correspondant à son poids démographique des fonds fédéraux affectés au PCSS. Le manque à gagner pour la période allant de 1999 à 2013 est de 1,2 million.
- La contribution fédérale permet de financer une partie des activités que le Québec réalise (et entend continuer de réaliser de toute façon) en matière d'hémovigilance.

13. STRATÉGIE DES PARTENARIATS DE LUTTE CONTRE L'ITINÉRANCE

OBJET :

La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) est un programme de contribution visant à prévenir et à réduire l'itinérance.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

La SPLI est entrée en vigueur en 2009 et s'inscrit dans la continuité de trois programmes qui l'ont précédée : l'Initiative de partenariats en action communautaire (1999), le Fonds régional d'aide aux sans-abris (2003) et l'Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance (2007). La SPLI offre du financement, par des crédits non reconductibles, principalement à des organismes communautaires s'occupant des personnes qui vivent une situation d'itinérance ou qui risquent de connaître une telle situation. Depuis 1999, la SPLI a été mise en œuvre au Québec par le truchement de plusieurs ententes Canada-Québec successives, dont la plus récente arrive à échéance le 31 mars 2014.

Dans le cadre de son budget du printemps 2013, le gouvernement fédéral annonçait unilatéralement une nouvelle orientation donnée à la SPLI, caractérisée par une priorité au logement. Cette annonce a été dénoncée par une motion unanime de l'Assemblée nationale du Québec, adoptée le 30 avril 2013, exigeant que soient respectées les orientations québécoises en matière de lutte contre l'itinérance.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

1,1 milliard de dollars entre 2003 et 2013, soit une moyenne annuelle de 113,3 millions.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

234,4 millions, soit une moyenne annuelle de 23,4 millions, ce qui représente 20,6 % du financement fédéral octroyé à la lutte contre l'itinérance.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement dans le cadre de la SPLI vise principalement les organismes communautaires et, dans une moindre mesure, certaines agences régionales de la santé et des services sociaux.
- La SPLI vise prioritairement les régions de Montréal et de Québec ainsi que les villes de Drummondville, de Gatineau, de Saguenay, de Sherbrooke et de Trois-Rivières. Une petite partie de financement est cependant réservée aux collectivités rurales et éloignées.
- Les projets des organismes communautaires québécois sont soumis à un comité mixte (Canada-Québec) de gestion. Ce comité évalue les projets et ceux qui respectent à la fois les priorités des programmes québécois et de la SPLI sont recommandés au ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences du Canada pour décision finale.

CONSÉQUENCES :

- La SPLI représente un financement important de la lutte contre l'itinérance au Québec.
- Le Québec n'obtient pas la part correspondant à son poids démographique des fonds fédéraux. Le manque à gagner est de 24,1 millions sur dix ans (2003-2013).
- Le caractère non reproductible des crédits a des conséquences négatives sur la pérennité des projets, notamment en ce qui a trait au recrutement et à la rétention du personnel.
- Les changements à la SPLI annoncés par le gouvernement fédéral au printemps 2013 suscitent de vives inquiétudes au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux ainsi que dans le milieu communautaire. Ces changements pourraient avoir des conséquences majeures sur la viabilité de plusieurs organismes et l'offre québécoise de services en matière d'itinérance, avec possibilité de bris de services importants pour les projets qui souffriront de cette réorientation.
- Récemment, en dépit des recommandations du comité mixte de gestion, un projet a été refusé par la ministre fédérale, et ce, sans justification.

14. PROGRAMME D'ACTION COMMUNAUTAIRE POUR LES ENFANTS ET PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE

OBJET :

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) visent à aider des mères et des enfants se trouvant dans une situation qui menace leur santé, comme la pauvreté, l'isolement social, la toxicomanie et la violence familiale. Le PACE a pour objet de favoriser la santé et le développement des jeunes enfants, alors que le PCNP vise à améliorer la santé des femmes enceintes, des nouvelles mères et des nourrissons.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PACE a été mis en place par Santé Canada en 1993, alors que le PCNP a vu le jour l'année suivante. Un protocole d'entente Canada-Québec relatif à ces deux programmes a été signé en 1993 et est toujours en vigueur. Un comité mixte (Canada-Québec) de gestion est chargé de gérer l'application du protocole d'entente et, notamment, de recommander les projets retenus ainsi que leur niveau de financement. Le PACE alloue du financement à des organismes communautaires (en 2013, 194 organismes communautaires québécois en ont bénéficié). Pour sa part, le PCNP vise à accorder des subventions aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (en 2013, tous les CSSS en ont été bénéficiaires) ainsi qu'à quelques organismes communautaires.

FINANCEMENT FÉDÉRAL (DE 2003 À 2014) :

PACE : 53,4 millions par année entre 2003 et 2014.

PCNP : 27,2 millions par année entre 2003 et 2014.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL (DE 2003 À 2014) :

PACE : 11 millions par année entre 2003 et 2014, soit 20,5 % du financement fédéral.

PCNP : 5,5 millions par année entre 2003 et 2014, soit 20,3 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral est conditionnel à l'atteinte des objectifs ainsi que des groupes visés par les programmes (PACE et PCNP) et définis dans les projets soumis par les promoteurs.
- La reddition de compte comprend des rapports financiers, des rapports d'activité et une évaluation des résultats du projet financé.
- La reddition de compte demeure particulièrement litigieuse pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre du PCNP. Les établissements n'acceptent pas de soumettre une évaluation de performance au gouvernement fédéral, d'autant plus qu'il est impossible d'évaluer des résultats reliés directement au financement fédéral puisque celui-ci est intégré au financement québécois dans le même domaine.
- Selon l'atteinte des résultats, le gouvernement fédéral peut renouveler l'entente de financement telle quelle, y apporter certaines modifications ou y mettre fin.

CONSÉQUENCES :

- Le PACE et le PCNP représentent des contributions financières complémentaires qui permettent d'améliorer les services offerts par le Québec et ses interventions auprès de personnes vulnérables.
- Les exigences de la reddition de compte sont lourdes et importantes par rapport à la hauteur moyenne du financement accordé aux projets (50 000 \$).
- Dans le cadre du PACE et du PCNP, le Québec n'obtient pas sa juste part des fonds fédéraux. Le manque à gagner pour la période 2003-2014 est de 22 millions.

15. PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES LANGUES OFFICIELLES EN SANTÉ

OBJET :

Le Programme de contribution pour les langues officielles en santé (PCLOS) a pour objet d'améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire, en appuyant notamment la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé ainsi que le réseautage.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Auparavant connu sous l'appellation de Programme pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire, le PCLOS a été créé en 2003 dans la foulée du Plan d'action fédéral pour les langues officielles. Ce plan d'action visait à réaffirmer la dualité linguistique canadienne et l'engagement du gouvernement fédéral envers la promotion de l'utilisation du français et de l'anglais dans la société canadienne. De façon plus particulière dans le secteur de la santé, le PCLOS a été conçu afin d'atténuer les barrières linguistiques pouvant avoir des conséquences nuisibles sur la santé d'un patient.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

266,9 millions de dollars, de 2004 à 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

70,2 millions, de 2004 à 2013, soit 26,3 % du financement fédéral total. Selon les données du recensement de 2011, 39,3 % des minorités de langue officielle du Canada résidaient au Québec.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Bien qu'il n'y ait pas d'entente Canada-Québec encadrant le PCLOS, sa mise en œuvre au Québec passe par deux mandataires désignés par Santé Canada, soit le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) et l'Université McGill.
- Chacun des deux mandataires doit convenir d'un cadre de mise en œuvre avec le MSSS, qui définit les rôles et les responsabilités des parties pour tout ce qui a trait à la gestion et à la reddition de compte. Par la suite, une proposition de projets est élaborée par le mandataire pour être soumise à Santé Canada.
- La proposition de projets de chaque mandataire doit être approuvée par le MSSS. Tant les cadres de mise en œuvre que les propositions de projets doivent recevoir un avis favorable du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, un comité consultatif qui donne des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Il revient à Santé Canada de rendre la décision sur les propositions de projets.
- Les projets qui sont confiés à l'Université McGill soutiennent la formation linguistique et le maintien en poste du personnel ainsi que la recherche. Pour leur part, les projets sous la responsabilité du RCSSS visent principalement l'adaptation des services et le réseautage communautaire.

CONSÉQUENCES :

- Le financement fédéral améliore la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à répondre aux besoins des personnes d'expression anglaise dans leur langue, et ce, dans le respect de la Loi sur la santé et les services sociaux.
- Les projets dont s'occupe le RCSSS fonctionnent de manière harmonieuse et permettent d'accroître le partenariat entre les établissements publics et les réseaux communautaires.
- Les projets réalisés par l'entremise du mandataire qu'est l'Université McGill suscitent des préoccupations, particulièrement en ce qui a trait à l'approbation et au suivi des projets, aux communications et à la transparence du processus.

16. PROGRAMME NOUVEAUX HORIZONS POUR LES ÂÎNÉS

OBJET :

Le Programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA) est un programme de subventions destiné principalement aux collectivités locales et aux organismes communautaires. Le PNHA vise à favoriser un mode de vie actif chez les aînés, à promouvoir leur participation et leur inclusion sociale ainsi qu'à lutter contre les abus et la maltraitance à leur égard.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PNHA a été lancé par le gouvernement fédéral en 2004 et a fait l'objet de trois protocoles d'entente Canada-Québec consécutifs, dont le plus récent couvre la période du 1^{er} octobre 2010 au 31 mars 2016.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

208,5 millions de dollars, de 2004 à 2013. La plus grande part du financement est destinée à des projets locaux ou régionaux. Ce financement est réparti en fonction du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus vivant au Québec par rapport au nombre total de personnes âgées de 60 ans et plus vivant au Canada. La part restante du financement se retrouve dans une enveloppe affectée à des projets pancanadiens.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

49,5 millions, de 2004 à 2013, soit 23,7 % du montant total.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les projets doivent être conformes aux orientations et aux objectifs du PNHA.
- Les projets doivent être conformes aux objectifs québécois.
- L'entente prévoit la création d'un comité mixte de gestion, composé d'un nombre égal de représentants du Québec et du Canada, et chargé de la mise en œuvre et du suivi des ententes.
- Le comité de gestion priorise et recommande les projets sélectionnés au gouvernement fédéral, à qui revient la décision d'accorder ou non le financement.
- Lorsqu'un projet est accepté, il fait l'objet d'un accord de financement entre le gouvernement fédéral et le promoteur du projet.

CONSÉQUENCES :

- Le PNHA apporte un financement additionnel et complémentaire aux programmes québécois similaires. De 2004 à 2013, 3 360 projets ont reçu, en moyenne, une subvention de 14 700 \$.
- À l'échelle québécoise, le PNHA peut être perçu comme une mesure de saupoudrage peu structurante. À l'échelle locale, le PNHA est reçu positivement.
- Si les sommes consacrées au PNHA était transférées inconditionnellement au Québec, elles seraient utilisées différemment, de manière à assurer une meilleure intégration des programmes et services destinés aux aînés.
- Le processus d'appel d'offres et les exigences en matière de reddition de compte sont perçus comme lourds et complexes par les organismes locaux ou régionaux qui s'occupent des aînés.
- Certains projets ont été refusés par le gouvernement canadien en dépit de recommandations favorables du comité mixte de gestion, et ce, sans que des explications satisfaisantes ne soient données aux promoteurs.

17. PROGRAMME DE SOUTIEN AU FINANCEMENT DU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

OBJET :

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) permet d'offrir du financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux pour les aider à renforcer leur système de traitement de la toxicomanie et leurs services d'intervention précoce pour les jeunes à risque.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Créé en 2008, le PSFTT est un programme de contributions de Santé Canada qui a succédé au Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT), dont la création remontait aux années 1980. Dans les mois précédant la création du PSFTT, le gouvernement fédéral a annoncé des changements importants à son intervention dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. C'est dans ce contexte que le Québec a formellement fait part au gouvernement fédéral de son insatisfaction à l'égard des orientations prévues pour le nouveau programme et demandé à ce qu'on lui transfère tout simplement sa juste part des fonds attribués au PSFTT afin qu'il puisse mieux appuyer ses propres plans d'action en matière de toxicomanie. Ces revendications ont fait l'objet de correspondances du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux en août 2008 et de deux lettres signées conjointement par le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée aux Services sociaux en janvier et en avril 2011. La demande du Québec n'ayant pas été acceptée, ce n'est qu'en décembre 2011, soit trois ans après la mise en place du PSFTT, qu'une première entente, d'une durée de deux ans, a pu être conclue entre le Canada et le Québec. Cette entente a par la suite été renouvelée pour une autre année, soit jusqu'au 31 mars 2014.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

134 millions, de 2008 à 2014 (PSFTT), soit en moyenne 22,3 millions par année.

54 millions, de 2004 à 2008 (PTRAT), soit en moyenne 13,5 millions par année.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

13 millions, de 2008 à 2014, soit 9,7 % de l'enveloppe totale consacrée au PSFTT, aucune entente n'ayant été conclue entre le Québec et le Canada de 2008 à 2011.

11 millions, de 2004 à 2008, soit 19,6 % de l'enveloppe totale consacrée au PTRAT pour ces mêmes années.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les projets doivent répondre aux priorités du PSFTT, lesquelles s'arriment souvent difficilement aux priorités du Québec.
- Les exigences du gouvernement fédéral, tant sur la plan de l'acceptation des projets que sur celui des conditions de mise en œuvre et de reddition de compte, ont engendré, au cours des cinq dernières années, des échanges souvent laborieux, entraînant d'importants retards.
- Le Québec doit fournir annuellement une prévision de dépenses, un état final des dépenses encourues, une réclamation annuelle vérifiée et un rapport d'activité.

CONSÉQUENCES :

- De 2008 à 2014, le Québec n'a pas obtenu sa juste part des fonds fédéraux octroyés dans le cadre de PSFTT. Le manque à gagner pour cette période est de 20,2 millions.
- Le financement fédéral ne vient pas appuyer les priorités du Québec à l'égard de la toxicomanie.
- Le caractère non reconductible des crédits fédéraux ne favorise pas la pérennité des projets.

18. FONDS D'INTÉGRATION POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

OBJET :

Le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées (FIPH) a pour objectif d'aider les personnes handicapées qui ne sont pas admissibles aux prestations d'emploi ni aux mesures de soutien de l'assurance emploi à chercher, à trouver et à garder un emploi.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le FIPH a été créé en 1997. Au Québec, le fonds est géré par un organisme à but non lucratif, SPHÈRE Québec, dont le budget provient quasi exclusivement du FIPH et dont le « mandat est d'assurer la mise en œuvre d'activités financées par le FIPH ». En 2010, le ministre québécois de l'Emploi et de la Solidarité sociale écrivait à son homologue fédérale, la ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences (RHDCC), pour déplorer une baisse anticipée de la contribution fédérale au Québec dans le cadre du FIPH, situation liée à la méthode de calcul du nombre de personnes handicapées au Québec. Dans cette même lettre, le ministre rappelait la volonté du Québec de rapatrier les mesures actives fédérales de main-d'œuvre, notamment celles qui visent les personnes handicapées.

Le budget fédéral de 2013 propose de rendre permanent le FIPH et de le doter d'un budget annuel de 40 millions de dollars à partir de 2015-2016. D'après RHDCC, ce programme sera « remanié afin de fournir aux personnes handicapées davantage d'options de formation axée sur les compétences recherchées et de tenir compte des besoins du marché du travail. Les employeurs et les organismes communautaires participeront à la conception et à la mise en œuvre des projets ».

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

165,1 millions, de 2007 à 2013, pour une moyenne annuelle de 27,5 M\$.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

20,9 millions, de 2007 à 2013, pour une moyenne annuelle de 3,5 millions, ce qui représente, en moyenne, 12,7 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les personnes, les entreprises, les organismes ou les administrations admissibles obtiennent du financement par l'intermédiaire d'ententes de contributions conclues avec l'organisme SPHÈRE-Québec.
- Toutes les demandes de financement doivent avoir pour objectif d'aider les personnes handicapées à se préparer au marché du travail, à trouver un emploi et à le conserver ou à devenir des travailleurs autonomes.
- Aucun protocole d'entente Canada-Québec n'encadre les modalités de fonctionnement de ce programme.
- Le gouvernement fédéral procède par appel de propositions dans le cadre du FIPH.

CONSÉQUENCES :

- Le FIPH permet à des personnes physiques ou morales d'obtenir du financement, apparemment apprécié.
- Les orientations et les priorités du Québec n'entrent aucunement en ligne de compte dans le processus de sélection des projets financés par le FIPH.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement fédéral dans le cadre du FIPH. Le manque à gagner est de 17,9 millions sur six ans (2007-2013).

19. PROGRAMME D'ACTION COMMUNAUTAIRE SUR LE SIDA

OBJET :

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) vise à appuyer des organismes communautaires qui voient à la promotion de la santé des personnes atteintes du sida, à la mise en place de programmes d'éducation préventive et à l'accroissement de la capacité des personnes atteintes du sida à gérer leur maladie.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PACS a été créé en 1990 dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, devenue par la suite l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida. Il n'y a jamais eu d'entente-cadre entre le gouvernement du Canada et celui du Québec pour la gestion du PACS, en dépit du fait qu'en moyenne, plus d'une vingtaine d'ententes de contribution ont été signées annuellement entre l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et des organismes communautaires québécois durant la période 2008-2013.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

107,8 millions de dollars entre 2008 et 2013.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

10,7 millions, soit 9,9 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Un comité mixte (Canada-Québec) de révision, coprésidé par les deux parties, priorise les demandes et émet des recommandations. Seuls les projets retenus par les deux parties font l'objet d'une recommandation. L'approbation finale quant au financement des projets relève du ministre fédéral de la Santé.
- Beaucoup d'énergie et de temps doivent être consacrés par les organismes communautaires à la rédaction des projets, en vue de répondre aux appels de propositions, ainsi qu'à la reddition de compte exigée par l'ASPC.

CONSÉQUENCES :

- Le PACS ajoute des ressources aux investissements québécois en matière de lutte contre le sida. En 2012-2013, 29 organismes ont reçu une contribution moyenne de 93 000 \$.
- L'existence du PACS double les efforts à déployer par les organismes communautaires et occasionne une charge de travail additionnelle à l'intérieur du MSSS pour assurer l'arrimage avec la programmation québécoise.
- La lourdeur des exigences fédérales en matière de préparation de projet et de reddition de compte a pour effet de taxer les ressources généralement limitées des organismes communautaires.
- Au cours des deux dernières années, quelques projets importants ont été refusés à l'étape de l'approbation finale par la ministre fédérale de la Santé, et ce, sans justification.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement prévu dans le cadre du PACS. Le manque à gagner pour la période allant de 2008 à 2013 est de 14,6 millions.

20. FONDS DES INITIATIVES COMMUNAUTAIRES DE LA STRATÉGIE ANTIDROGUE

OBJET :

Le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA) vise à réduire la consommation de drogues illicites chez les jeunes de 10 à 24 ans en finançant notamment des organismes locaux ou communautaires qui travaillent auprès de cette population particulièrement à risque.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le FICSA a été créé en 2004 et intégré à la Stratégie nationale antidrogue en 2007. Ce fonds procède par appel de propositions afin de sélectionner des projets, dont la plupart sont financés sur une base pluriannuelle. Le dernier appel de propositions a eu lieu en 2012-2013.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

75 millions, de 2005 à 2013, soit 9,4 millions par année en moyenne.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

8,1 millions, de 2008 à 2013, pour une moyenne de 1,6 million par année, ce qui représente environ 17 % des contributions fédérales totales.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les projets sont analysés et évalués par un comité mixte (Canada-Québec) de sélection, lequel recommande les projets sélectionnés au ministre fédéral de la Santé, à qui revient la décision finale.
- Pour pouvoir être retenus, les projets soumis doivent répondre aux orientations du FICSA, lesquelles sont beaucoup plus restrictives que les orientations québécoises en matière de dépendance puisqu'elles se limitent aux drogues illicites, à un groupe très précis et à un continuum d'intervention moins global. À l'occasion des appels de propositions, un délai très court (moins d'un mois) est alloué aux organismes qui souhaitent faire subventionner un projet. En revanche, le délai fixé pour le traitement des dossiers est long, ce qui peut décourager ou démobiliser plusieurs demandeurs.

CONSÉQUENCES :

- Le FICSA permet le financement de projets communautaires.
- Les courtes échéances définies pour les appels de propositions peuvent décourager des organismes de soumettre leur projet.
- De par ses orientations et ses priorités, le FICSA interfère avec le Plan d'action interministériel québécois en toxicomanie 2005-2011.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement fédéral prévu. Le manque à gagner pour la période allant de 2005 à 2013 est évalué à 4,7 millions.

21. FONDS POUR L'ACCESSIBILITÉ

OBJET :

Le Fonds pour l'accessibilité (FPA) finance des projets visant à améliorer l'accessibilité pour les personnes handicapées, en améliorant l'environnement bâti par des travaux de rénovation, de construction ou de réaménagement d'immeubles, en adaptant des véhicules ou en rendant des technologies d'information ou de communication plus accessibles.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le FPA a été annoncé pour la première fois en 2007, et ce, pour une durée de trois ans. Le programme a ensuite été reconduit pour trois autres années, soit de 2010 à 2013. Dans le budget fédéral de 2013, le FPA est devenu permanent.

Dès le premier appel de projets, en 2008, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec écrivait à son homologue fédéral de Ressources humaines et Développement des compétences (RHDC) pour déplorer que le Québec n'ait pas été associé à la définition des paramètres du FPA et que, conséquemment, il n'avait pas l'assurance que le processus de sélection des projets respecterait les priorités et les orientations du Québec à l'égard des personnes handicapées. De plus, le sous-ministre estimait inapproprié qu'une juste part du financement fédéral n'ait pas été réservée pour le Québec.

En 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et la ministre déléguée aux Services sociaux écrivaient à leur vis-à-vis fédéral afin de dénoncer la faible part du financement obtenu par le Québec dans le cadre du FPA. Les autorités québécoises estimaient cette situation inéquitable et inacceptable, et proposaient d'ouvrir une discussion afin de permettre au Québec de recevoir sa juste part du FPA, tout en s'assurant que la contribution fédérale appuie entièrement les priorités québécoises.

Le 19 août 2010, la ministre fédérale accusait réception de cette lettre en assurant à ses auteurs que les préoccupations québécoises seraient soumises pour étude et qu'une réponse détaillée suivrait sous peu. Le gouvernement fédéral n'a cependant jamais transmis au MSSS la réponse promise.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

De 2008 à 2011, le gouvernement fédéral a approuvé des projets pour un total de 73,6 millions de dollars, soit 24,5 millions par année en moyenne.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Pour la même période (2008-2011), les montants destinés au Québec s'élèvent à 2,5 millions, soit 3,4 % du financement fédéral total. Si les informations disponibles permettent d'affirmer que la part du Québec n'a pas évolué significativement de 2011 à 2013, elles ne permettent toutefois pas d'établir avec précision le financement obtenu par le Québec depuis 2011.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Aucun protocole d'entente Canada-Québec n'encadre les modalités de fonctionnement de ce programme au Québec.
- Le gouvernement fédéral procède par appel de propositions dans le cadre du FPA.

CONSÉQUENCES :

- Les orientations et les priorités du Québec n'entrent aucunement en ligne de compte dans le processus de sélection des projets financés par le FPA.
- Les effets de ce programme au Québec apparaissent très limités.
- Le Québec obtient une part inéquitable des budgets du FPA. Le manque à gagner pour le Québec est de 14,8 millions pour la période allant de 2008 à 2011.

22. PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME DE SANTÉ CANADA

OBJET :

Le Programme de lutte contre le tabagisme (PLT) vise à réduire la consommation de tabac en vue de faire diminuer les taux de maladies et de décès liés au tabagisme au Canada.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PLT est responsable de l'élaboration des politiques et des programmes nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés dans la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SLFT), adoptée en 2001. L'un des volets du PLT consiste à financer des projets.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

46,5 millions, de 2007 à 2012.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

3,3 millions, soit 7 % du financement fédéral.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le PLT procède par appel de propositions et reçoit des projets soumis par des organismes à but non lucratif, des regroupements, des associations, des agences régionales de la santé et de services sociaux ou des établissements de santé.
- Le bénéficiaire doit signer une entente de contribution avec Santé Canada. Il doit ensuite fournir un plan de travail, des rapports d'étape et des états de dépenses sur une base trimestrielle ainsi qu'un état financier final et un rapport d'évaluation du projet.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec obtient une part inéquitable du financement fédéral total. Le manque à gagner pour la période allant de 2007 à 2012 est de 7,6 millions.
- En l'absence d'une entente Canada-Québec ou d'un mécanisme de concertation et de coordination, il est difficile de réunir les informations nécessaires pour évaluer les effets de cette intervention.

23. FONDS POUR LA PROMOTION DES MODES DE VIE SAINS

OBJET :

Le Fonds pour la promotion des modes de vie sains (FPMVS) est un programme qui est destiné aux organismes à but non lucratif et qui vise à appuyer des projets favorisant l'activité physique ainsi que la saine alimentation.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le FPMVS a été créé en 2007-2008 afin d'appuyer la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, à laquelle le Québec n'a jamais adhéré. Le Québec a d'ailleurs toujours demandé sa part de tout financement accordé dans le cadre de cette stratégie.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

30,5 millions, de 2007 à 2013, soit une moyenne de 5,1 millions par année. Chaque année, le volet pancanadien reçoit environ 1,9 million et le volet régional, environ 3,1 millions.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Un financement théorique maximal de 3 millions entre 2007 et 2013, pour une moyenne annuelle de 500 000 \$, ce qui représente 9,8 % du financement fédéral total destiné au FPMVS.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Les projets doivent d'abord être retenus par le fonds Québec en Forme, qui est un organisme créé conjointement par le MSSS et la Fondation Lucie et André Chagnon, et dont le financement annuel est de 40 millions.
- Certains projets sont ensuite soumis au gouvernement fédéral, qui évalue la conformité des projets québécois avec les objectifs de son propre programme.
- Les projets retenus par le fonds Québec en Forme et le gouvernement fédéral sont alors financés à 67 % par ce fonds et à 33 % par le gouvernement fédéral.
- Le financement octroyé par le gouvernement fédéral fait alors l'objet d'un accord de contribution avec l'organisme promoteur du projet.

CONSÉQUENCES :

- Le FPMVS apporte un financement additionnel aux projets retenus dans le cadre du fonds Québec en Forme.
- L'effet du FPMVS est plutôt minime sur le plan financier, considérant le budget annuel du fonds Québec en Forme.
- L'organisme financé à la fois par le FPMVS et le fonds Québec en Forme doit conclure deux accords de contribution distincts et doit donc rendre des comptes séparés (rapports financiers, rapports d'activité, etc.) à deux bailleurs de fonds.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement prévu dans le cadre du FPMVS. Le manque à gagner pour la période allant de 2007 à 2013 est de 4,2 millions.

24. FONDS DU SYSTÈME DE JUSTICE POUR LES JEUNES

OBJET :

Le Fonds du système de justice pour les jeunes (FSJJP) offre un appui financier à des projets qui visent à mieux répondre aux enjeux en matière de justice pour les jeunes sous trois volets : la santé mentale et les troubles cognitifs, le traitement de la toxicomanie ainsi que les activités liées aux armes à feu, aux gangs et aux drogues.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le FSJJP existe depuis le début des années 2000 et découle des réformes législatives ayant culminé par l'adoption de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Ce fonds s'adresse aux organismes communautaires, aux gouvernements, aux administrations municipales ou scolaires, aux organismes autochtones, aux entreprises à but lucratif ainsi qu'aux particuliers.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

29,7 millions, de 2005 à 2013, soit une moyenne de 3,7 millions par année.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

381 000 \$, soit 1 % du financement fédéral octroyé au FSJJP.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le FSJJP reçoit et évalue les demandes de financement de façon continue, tout en lançant périodiquement des appels de propositions portant sur de nouvelles questions ou des priorités particulières.
- Le fonds finance généralement des projets sur une période maximale de trois ans, pour un maximum de 500 000 \$.
- Le fonds ne contribue pas aux coûts de mise en œuvre des programmes existants.
- Le choix des projets est fait unilatéralement par les responsables du programme de Justice Canada.

CONSÉQUENCES :

- Le FSJJP n'a pratiquement aucune retombée au Québec, lequel touche une part infime des contributions fédérales allouées au FSJJP.
- Conséquemment, il s'agit d'un montant de 6,6 millions que le Québec n'a pas pu utiliser, de 2005 à 2013, pour les services destinés à ses jeunes en difficulté.

25. PROGRAMME DE PRÉVENTION, DE SOUTIEN ET DE RECHERCHE POUR L'HÉPATITE C

OBJET :

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (PPSRHC) vise la prévention de l'hépatite C, l'appui aux personnes affectées par ce virus et la recherche de données probantes pour appuyer les politiques ou des programmes appropriés.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PPSRHC a été créé en 1999 dans le cadre de la réponse du gouvernement fédéral au rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (commission Krever). Ce programme a été reconduit à plusieurs reprises par la suite et est toujours en vigueur.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

En 2008, le ministre fédéral de la Santé annonçait la reconduction de financement annuel du PPSRHC, soit 10,7 millions de dollars par année.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Pour les années 2012 à 2014, 706 000 \$ ont été octroyés à des organismes québécois. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des informations détaillées à l'égard de ce programme, nous en déduisons que le Québec n'aura reçu, pour la période 2012-2014, que 3,3 % de l'enveloppe fédérale attribuée au PPSRHC.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Bien qu'il n'y ait pas d'entente Canada-Québec pour encadrer le PPSRHC, un comité mixte de révision, coprésidé par les deux parties, priorise les demandes et émet des recommandations. Seuls les projets retenus par les deux parties font l'objet d'une recommandation. L'approbation finale quant au financement des projets relève du ministre fédéral de la Santé.
- Beaucoup d'énergie et de temps doivent être consacrés par les organismes communautaires à la rédaction des projets, en vue de répondre aux appels de propositions, ainsi qu'à la reddition de compte exigée par l'ASPC.

CONSÉQUENCES :

- Le PPSRHC ajoute des ressources aux investissements québécois en matière de lutte contre l'hépatite C. Cet apport financier est apprécié des trois organismes qui en sont les bénéficiaires.
- La lourdeur des exigences fédérales en matière de préparation de projet et de reddition de compte double les efforts à déployer par les organismes communautaires et a aussi pour effet de taxer les ressources généralement limitées de ces organismes.
- Le PPSRHC occasionne une charge de travail additionnelle à l'intérieur du MSSS pour assurer l'arrimage avec la programmation québécoise.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement fédéral dans le cadre du PPSRHC. Le manque à gagner pour la période 2012-2014 est de 4,3 millions.

26. INFOROUTE SANTÉ DU CANADA

OBJET :

Inforoute Santé du Canada (ISC) a pour mission d'appuyer la conception et l'adoption de systèmes informatisés en matière de santé (par exemple, le dossier de santé électronique) et de définir les normes relatives aux données partagées pour assurer la compatibilité des réseaux d'information sur la santé.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

ISC est une société à but non lucratif créée en 2001 par le gouvernement du Canada, dans la foulée de la conférence F-P-T des premiers ministres sur la santé de septembre 2000. À l'époque, le Québec avait choisi de ne pas y participer et le premier ministre du Québec avait demandé que soit transférée inconditionnellement au Québec sa part des sommes fédérales consenties à ISC, demande qui a été réitérée à plusieurs reprises par les autorités québécoises mais sans succès.

Le gouvernement du Québec a finalement convenu d'une entente avec ISC en 2004, laquelle prévoyait le respect des orientations et des priorités du Québec ainsi que du rythme et des modalités de déploiement de son propre plan d'informatisation. L'entente prévoyait également que le Québec serait responsable du suivi et de l'évaluation de la performance des projets auxquels ISC aurait apporté son soutien financier.

Le conseil d'administration d'ISC est composé de onze à treize membres gouvernementaux et non gouvernementaux, dont le Québec, qui y détient un siège depuis 2004.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Depuis 2001, ISC a reçu 2,1 milliards de dollars du gouvernement du Canada. Ce financement représente la presque totalité du budget d'ISC et a été octroyé en vertu d'accords de financement conclus entre ISC et Santé Canada.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Le Québec a conclu 53 ententes de financement avec ISC pour des engagements financiers de 377,1 millions, somme qui correspondrait à 18 % de l'argent fédéral transféré à ISC depuis 2001. En date du 31 janvier 2014, 180,8 millions ont été versés au Québec ou sont en voie de l'être, ce qui représente 47,9 % des montants prévus dans les 53 ententes.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- L'architecture du Dossier Santé Québec (DSQ) a été imposée dès le départ par ISC, qui impose d'ailleurs la même architecture à toutes les provinces, sans consultation ni assentiment préalable.
- Le financement d'ISC est déterminé par les priorités de Santé Canada, lesquelles se retrouvent dans les ententes de financement et laissent peu de marge de manœuvre au conseil d'administration d'ISC.
- Le financement accordé par ISC doit s'inscrire dans une stratégie pancanadienne d'interopérabilité des systèmes, dont la pertinence clinique apparaît peu évidente et dont les coûts additionnels sont très élevés.
- Les ententes de financement conclues entre le Québec et ISC encadrent, jusque dans les moindres détails, le déploiement du DSQ. Chacune des nombreuses étapes prévues dans les ententes de financement doit obtenir l'approbation d'ISC avant que la démarche puisse se poursuivre, le financement de chacune des étapes étant également lié à l'approbation d'ISC.

CONSÉQUENCES :

- ISC a permis de soutenir financièrement et d'accélérer le développement de l'informatisation de la santé au Québec.
- Les nombreuses conditions imposées par ISC entraînent une lourdeur administrative et une absence de flexibilité qui contribuent à faire augmenter les coûts de gestion et à occasionner des retards dans la réalisation du DSQ.
- Les conditions imposées par ISC font en sorte que le développement du DSQ s'effectue en cogestion avec ISC, si bien que le Québec n'est pas le seul maître d'œuvre quant à la planification et à l'évaluation du projet, et ce, en contradiction avec l'entente de principe de 2004.
- Les modalités de financement d'ISC, soit le paiement conditionnel à l'atteinte des résultats prédéfinis, a pour effet de faire supporter la totalité des risques par le Québec, risques toujours importants en matière de développement informatique.
- Le montant maximal théorique auquel s'est engagé ISC envers le Québec pourrait ne pas être atteint si le développement de certains dossiers obligeait le Québec à diverger des exigences d'ISC.
- Le Québec n'obtient pas sa juste part du financement fédéral confié à ISC. Le manque à gagner par rapport à l'enveloppe totale est actuellement de 116,4 millions.

27. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ

OBJET :

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a pour mandat de créer des bases de données pancanadiennes dans le but de permettre des comparaisons interprovinciales des systèmes de santé, de produire des analyses sur la santé et les soins de santé, et de rendre accessibles ces données et analyses au grand public ainsi qu'aux décideurs et gestionnaires du secteur de la santé au Canada.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

L'ICIS est un organisme à but non lucratif créé en 1992 par une décision des ministres de la Santé F-P-T prise lors d'une conférence à laquelle le Québec n'assistait pas. En 1993, le Québec faisait formellement part de sa décision de ne pas participer à l'ICIS pour plusieurs raisons :

- la portée du mandat de l'Institut apparaissait telle qu'il l'amènerait à intervenir dans l'élaboration des politiques et la prestation des services ;
- l'ouverture à une représentation du secteur privé au même niveau décisionnel que les gouvernements semblait accrédi ter le rôle très large confié à l'Institut ;
- la mise en place de l'ICIS permettait d'anticiper des coûts additionnels pour le Québec sans qu'une valeur ajoutée ne soit assurée puisque pas nécessairement reliée aux priorités du Québec.

Toutefois, le Québec s'est dit ouvert à des collaborations avec l'ICIS, notamment sur une base contractuelle, ce qui s'est manifesté dans les années subséquentes par des achats à la pièce de produits et de services de l'ICIS.

Au début des années 2000, notamment dans le cadre de l'élaboration de son plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, le Québec a constaté que certains éléments de ses systèmes d'information étaient désuets ou vulnérables. Voyant qu'une collaboration plus étroite avec l'ICIS pourrait lui permettre de pallier certaines de ces lacunes, le gouvernement du Québec a décidé de devenir membre de l'ICIS, en 2004, par l'entremise d'une entente formelle établissant les paramètres de cette collaboration. Cette entente donnait accès aux produits et services de l'ICIS tout en cherchant à assurer le respect des priorités, des orientations ainsi que de la maîtrise d'œuvre du Québec en matière de santé. Depuis la signature de cette entente, le Québec est membre de l'ICIS et il détient deux sièges au conseil d'administration, lequel se compose de quinze représentants gouvernementaux et non gouvernementaux, dont un représentant de Santé Canada. Ce ministère fédéral est le principal

bailleur de fonds de l'Institut et, de ce fait, il exerce une influence prépondérante sur ses orientations et ses priorités.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

De 2004 à 2013, Santé Canada a octroyé 635,5 millions de dollars à l'ICIS, ce qui représente 78,5 % de tous ses revenus.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

0 \$

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- En vertu des ententes signées entre le Québec et l'ICIS entre 2004 et 2013, le Québec a payé un total de 26,7 millions, soit une moyenne de 3 millions par année, pour obtenir les produits et services de l'ICIS. Un comité de liaison Québec-ICIS assure le suivi de l'entente.
- Certaines des priorités les plus importantes de l'ICIS (Carnet de route, projet Performance du système de santé, etc.) répondent à des attentes clairement manifestées par Santé Canada.
- Les travaux de l'ICIS visaient essentiellement, pendant ses premières années d'existence, à produire des données permettant la comparaison des systèmes de santé des provinces et territoires. Depuis, les travaux de l'Institut s'orientent de plus en plus vers des mesures de la performance ou de l'efficacité des systèmes de santé des provinces et territoires.
- Tous les travaux de l'ICIS s'appuient sur la prémisse voulant qu'il n'y ait qu'un seul système de santé au Canada.
- L'ICIS n'a jamais fait d'analyses portant sur l'ensemble des populations qui sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé (Autochtones, anciens combattants, détenus fédéraux, etc.). Par conséquent, les provinces et territoires peuvent se comparer entre eux dans l'exercice de leurs responsabilités, mais ils ne peuvent le faire avec le gouvernement fédéral.

CONSÉQUENCES :

- Tout système de santé a besoin de se comparer à d'autres systèmes afin d'améliorer sa performance. En principe, le travail effectué par l'ICIS pour recueillir des données, les rendre comparables et les rendre accessibles est un exercice utile à une saine gestion du système de santé québécois.
- Malgré leur rigueur scientifique et leur qualité méthodologique, les analyses produites par l'ICIS à partir de ces données ne seraient que d'un intérêt limité pour le Québec, selon plusieurs observations et témoignages recueillis.
- Le Québec a une influence marginale sur les orientations et les priorités de l'ICIS, et, donc, sur ses produits et services.
- Le Québec ne peut adhérer à la philosophie de l'ICIS selon laquelle il n'y aurait qu'un seul système de santé au Canada.
- Les actions entreprises par l'ICIS ont des répercussions certaines sur la gouvernance du système de santé québécois lorsqu'elles prennent la forme d'analyses et de jugements portés sur la performance et le rendement des composantes du système de santé québécois. D'ailleurs, ces analyses produites par l'ICIS empiètent directement sur le mandat du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, à qui il revient d'apprécier annuellement les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux, et d'en faire rapport à la population ainsi qu'au gouvernement.

28. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER

OBJET :

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a pour mission de mettre en œuvre la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer selon une approche collaborative. Ses priorités visent notamment la prévention et le dépistage du cancer, l'amélioration de la qualité du diagnostic et des soins cliniques, la coordination de la recherche sur le cancer, l'analyse du rendement des systèmes de lutte contre le cancer, la diffusion d'informations et la sensibilisation du public. Dans ce cadre, le PCCC a reçu de Santé Canada le mandat de développer une approche pancanadienne de lutte contre le cancer, notamment en définissant des normes, des indicateurs de rendement et des axes de recherche. Il a aussi pour mandat de financer des initiatives visant à assurer la mise en application de ces orientations et normes. Ce mandat découle des accords de financement conclus entre le PCCC et Santé Canada.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Le PCCC est une société sans but lucratif créée par le gouvernement fédéral et dont les activités ont débuté le 1^{er} janvier 2007. Le conseil d'administration du PCCC est composé de représentants gouvernementaux et non gouvernementaux ; le gouvernement du Québec y occupe un siège d'observateur. La marge de manœuvre du conseil d'administration se situe à l'intérieur du mandat défini par Santé Canada. Dans des correspondances datant de mars 2006 et de février 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a demandé au ministre fédéral de la Santé que soit transférée au Québec sa juste part des fonds consacrés au PCCC afin de renforcer et d'accélérer la mise en œuvre du Programme québécois de lutte contre le cancer. La demande du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec est demeurée sans réponse.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

240 millions pour la période allant de 2007 à 2012 et 241 millions pour celle qui va de 2012 à 2017, soit 48,1 millions par année en moyenne.

Ce financement a été octroyé en vertu d'accords de financement conclus entre le PCCC et Santé Canada. Le financement du gouvernement fédéral représente, en moyenne, 95 % des revenus déclarés par le PCCC.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

8,7 millions pour la période allant de 2007 à 2012 et 1 million en 2012-2013, soit 1,6 million par année en moyenne, somme qui ne représente, en moyenne, que 3,3 % du financement fédéral octroyé annuellement au PCCC.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Tous les développements promus par ou issus du PCCC doivent avoir une dimension pancanadienne.
- Le financement est lié aux priorités définies par le PCCC, lesquelles ne concordent pas toujours avec les priorités du Programme québécois de lutte contre le cancer.
- Le financement est destiné à des projets pilotes ; il n'est donc pas pérenne.
- Le PCCC veut être en mesure de porter des jugements sur la performance des provinces en matière de lutte contre le cancer.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec n'obtient pas, loin de là, sa juste part des sommes fédérales attribuées à la lutte contre le cancer. Le manque à gagner pour le Québec est d'environ 9,5 millions par année, soit 57 millions pour la période allant de 2007 à 2013.
- Le Québec doit prendre le relais lorsque le financement octroyé par le PCCC prend fin.
- En matière de lutte contre le cancer, le PCCC interfère avec les priorités du Québec, obligeant parfois ce dernier à revoir ses priorités et ses ressources.

29. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

OBJET :

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a pour objectifs d'établir un centre d'échange des connaissances, de mener la lutte contre la stigmatisation et d'élaborer une stratégie pancanadienne relative à la santé mentale.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

La CSMC est une société à but non lucratif qui a été créée en 2007 par le gouvernement du Canada à la suite des recommandations du Comité sénatorial des affaires sociales. Elle est dirigée par un conseil d'administration formé de représentants gouvernementaux et non gouvernementaux. Le Québec n'a jamais appuyé la création de la CSMC et a exprimé, dès le départ, sa position voulant qu'il ne nommerait aucun représentant du Québec à son conseil d'administration. De plus, il a demandé à plusieurs reprises que lui soit transférée sa part des fonds fédéraux alloués à la CSMC afin d'appuyer sa propre politique de santé mentale, laquelle existe d'ailleurs depuis 1989. Cette demande est toujours demeurée sans réponse.

En 2008, Santé Canada a transféré un montant supplémentaire à la CSMC pour l'élaboration d'un projet de recherche visant les personnes itinérantes atteintes de maladie mentale (projet Chez Soi). Ce projet était annoncé dans cinq villes canadiennes, dont Montréal. À la suite de cette annonce, le Québec a réclamé sa part inconditionnelle des fonds fédéraux alloués au projet Chez Soi tout en réitérant qu'il entend être le seul à intervenir en matière de santé mentale sur son territoire. Malgré ce positionnement très clair du Québec, la CSMC est allée de l'avant avec son projet. Pour ce faire, elle a conclu des ententes directement avec le CSSS Jeanne-Mance et l'Hôpital Douglas, sans tenir compte du cadre légal applicable.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Budget habituel de la CSMC : 70 millions de dollars pour la période 2007-2013.

Financement supplémentaire alloué à la CSMC pour le projet Chez Soi : 110 millions pour la période 2008-2013.

Le gouvernement fédéral est le seul bailleur de fonds de la CSMC.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

0 \$ provenant du budget de la CSMC.

18,5 millions du financement supplémentaire alloué à la CSMC pour le projet Chez soi à Montréal, de 2009 à 2013, soit 16 % des fonds affectés à ce projet.

Au total, pour la période allant de 2007 à 2013, le Québec a obtenu 10,3 % du financement fédéral octroyé à la CSMC (18,5 millions sur 180 millions).

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement de la CSMC est déterminé par les priorités du gouvernement fédéral.
- Les travaux de la CSMC se situent dans l'optique de concevoir une approche pancanadienne en santé mentale.
- À Montréal, le projet Chez Soi a été conçu et instauré sans aucune consultation ni arrimage avec les autorités québécoises en matière de santé mentale.
- Le projet Chez Soi a été mis en œuvre sans égard à la législation en vigueur relativement aux ententes auxquelles sont liés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les ententes conclues par la CSMC avec le CSSS Jeanne-Mance et l'Hôpital Douglas n'avaient donc pas valeur légale.
- À Montréal, le projet Chez Soi a été entrepris sur la base de crédits non reconductibles et sans qu'aucune transition n'ait été convenue avec le Québec en rapport avec la fin de ce projet.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec n'obtient pas le financement qui devrait lui revenir afin d'appuyer l'exercice de ses responsabilités en matière de santé mentale. Le manque à gagner pour la période allant de 2007 à 2013 est de 23,8 millions.
- De plus, la fin du projet pilote Chez Soi à Montréal se traduira, à compter de 2014, par une dépense additionnelle de plus de 2 millions par année pour le Québec. Pour l'année 2013 seulement, le gouvernement fédéral a accepté d'offrir 1,5 million au Québec afin de combler une partie du manque à gagner créé par la fin du projet Chez Soi.
- De l'avis de plusieurs interlocuteurs, le fait d'entreprendre un projet de cette nature - crédits non reconductibles, projet ciblant une population des plus fragiles et vulnérables - soulève un très grave problème d'éthique.
- Le projet Chez Soi est un exemple flagrant d'une situation où un organisme créé par le gouvernement fédéral interfère de façon importante avec les orientations et les priorités du Québec dans le domaine de la santé et des services sociaux.

30. AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

OBJET :

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a pour mission de faire des recommandations fondées sur des données probantes quant à l'efficacité clinique et à la rentabilité de médicaments et d'autres technologies de la santé.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Créé par les ministres de la Santé F-P-T en 1989, l'ACMTS s'appelait, jusqu'en 2006, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Bien que limité, à sa création, aux technologies de la santé, l'OCCETS s'est rapidement impliqué dans l'évaluation des médicaments. Le Québec a été membre de l'OCCETS à partir de sa création jusqu'en 2005, année où il a annoncé son retrait de l'organisme. À l'heure actuelle, l'ACMTS est dirigée par un conseil d'administration formé de treize représentants gouvernementaux et non gouvernementaux. À la demande de l'ACMTS, le Québec participe aux réunions du conseil d'administration à titre d'observateur depuis 2010. Rappelons que le Québec s'est doté, dès 1988, d'un organisme d'évaluation des technologies de la santé, lequel est devenu l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé puis, au moment de sa fusion avec le Conseil du médicament en 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

De 2006-2007 à 2012-2013, l'ACMTS a reçu en moyenne un financement fédéral de 17,4 millions par année, pour un total de 121,8 millions. Pour la même période, le financement du gouvernement fédéral représente, en moyenne, 76 % des revenus de l'ACMTS.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

0 \$

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le Québec s'est retiré de l'OCCETS puisque les priorités du Québec étaient insuffisamment prises en compte dans les choix de travail et de recherche de l'organisme.
- La collaboration entre l'OCCETS et son équivalent québécois de l'époque, soit l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, s'avérait laborieuse dans certains dossiers.
- L'afflux soudain et massif de financement fédéral, vers le milieu des années 2000, a fait évoluer substantiellement le rôle de coordination de l'OCCETS vers celui de maître d'œuvre confié à l'ACMTS.
- Actuellement, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux maintient des communications avec l'ACMTS afin de faire en sorte que les deux organismes profitent de leurs travaux respectifs, autant que faire se peut.

CONSÉQUENCES :

- Au moment de son retrait de l'OCCETS, le Québec avait une capacité d'influence minime sur les choix et les priorités de travail de l'organisme.
- La Québec n'obtient pas sa part du financement fédéral octroyé à l'ACMTS, ce qui représente au moins 4 millions par année que le Québec pourrait utiliser pour augmenter sa propre capacité en matière d'évaluation des technologies et des médicaments.

31. INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

OBJET :

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) vise à améliorer la sécurité des patients en favorisant l'adoption de pratiques exemplaires et en donnant des conseils aux décideurs et gestionnaires des systèmes de santé.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Lors de la conférence F-P-T des premiers ministres sur la santé de février 2003, ces derniers endossaient les recommandations d'un comité pancanadien sur la sécurité des patients, lequel proposait l'adoption d'une stratégie nationale intégrée visant à améliorer la sécurité des patients et l'instauration d'un institut pour la sécurité des patients. C'est dans ce contexte que l'ICSP a été créé par Santé Canada en 2003. Le conseil d'administration de l'ICSP est composé de représentants élus, travaillant dans le domaine de la santé, et de représentants nommés par les gouvernements F-P-T.

Dès la conférence F-P-T des ministres de la Santé de 2003, le Québec a indiqué qu'il ne serait pas membre de l'ICSP tout en précisant qu'il demeurerait ouvert à un partage d'informations et de bonnes pratiques avec celui-ci. Cette décision du Québec découlait des raisons suivantes :

- toutes les questions relatives à la sécurité des patients relèvent de sa responsabilité exclusive ;
- par l'adoption du projet de loi n^o 113, le Québec avait mis en place, en 2002, son propre système de gestion des risques et d'assurance qualité ;
- les dimensions légales relatives à la divulgation de l'information rendaient difficiles la participation du Québec à une démarche pancanadienne puisque plusieurs aspects de cette démarche relevaient du droit civil, lequel n'est pas le même au Québec qu'ailleurs au Canada.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

48,1 millions, de 2007 à 2013, soit 8 millions par année en moyenne.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

De 2007 à 2013, le Québec a reçu 726 000 \$, soit 1,5 % du financement fédéral alloué à l'ICSP.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- L'ICSP a financé quelques projets au Québec, lesquels ont été approuvés selon les exigences législatives qui y existent.
- L'ICSP a mené, sans le consentement des autorités québécoises, des activités de promotion auprès des différents acteurs québécois afin de mieux faire connaître son plan d'action.
- L'ICSP a voulu, à certaines occasions, conclure des ententes de contribution avec des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sans obtenir au préalable le consentement du MSSS.
- L'ICSP a fait état auprès des autorités québécoises de son intention d'établir un bureau satellite permanent au Québec.

CONSÉQUENCES :

- Les guides produits par l'ICSP constituent des outils intéressants pour l'amélioration des pratiques liées à la sécurité des patients.
- L'ICSP reçoit un important financement fédéral, dont le Québec ne reçoit qu'une infime partie. Le manque à gagner pour la période allant de 2007 à 2013 est de 10,6 millions.
- Certaines initiatives de l'ICSP au Québec ont obligé les autorités à réagir vigoureusement, en questionnant la légitimité de l'ICSP d'effectuer des travaux et des consultations au Québec alors que ce dernier n'en est pas membre.
- L'utilisation par l'ICSP de certains concepts différents de ceux qu'utilise le réseau québécois est une source possible de confusion chez les intervenants.

32. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

OBJET :

Le Conseil canadien de la santé (CCS) a pour but d'assurer le suivi des engagements pris par les premiers ministres F-P-T lors de leur rencontre de février 2003 et d'en faire rapport à la population.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

En février 2003, les premiers ministres F-P-T convenaient d'un document intitulé « Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé ». Cet accord se voulait un plan d'action pour mener à bien une réforme des systèmes de santé et contenait plusieurs engagements, notamment en matière de soins primaires, de soins à domicile et d'accès aux médicaments. De plus, l'accord prévoyait que les gouvernements s'engageaient à une responsabilisation accrue et à une plus grande transparence quant à la mise en œuvre de leurs engagements. Les gouvernements, à l'exception du Québec, ont donc annoncé la création d'un conseil de la santé, lequel a été officiellement formé à l'automne 2003 sous le nom de Conseil canadien de la santé.

Lors de la conférence F-P-T des premiers ministres sur la santé de septembre 2004, ces derniers ont adopté le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Celui-ci confirmait le rôle du CCS de préparer des rapports publics portant sur l'amélioration des systèmes de santé au Canada. Le CCS est un organisme dont les membres sont des représentants de tous les gouvernements au Canada, sauf le Québec. Ajoutons ici que l'Alberta ne s'est jointe au CCS qu'en 2011. En avril 2013, la ministre fédérale de la Santé informait le CCS que le soutien fédéral se terminerait à la fin de l'exercice 2014-2015.

Dès 2003, le Québec a établi qu'il ne serait pas membre du CCS et qu'il confierait le mandat d'évaluer les résultats du système québécois de santé et de services sociaux au Conseil de la santé et du bien-être, remplacé depuis par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Le CCS a, en dépit de la non-participation du Québec, inclus des données québécoises dans ses premiers rapports, décidant par le fait même de rendre compte à la population québécoise des services de santé offerts au Québec. Cette situation a amené le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, en 2005, et le ministre de la Santé et des Services sociaux, en 2006, à rappeler :

- que le CCS n'a pas été mandaté par le Québec pour faire rapport à la population québécoise sur les services de santé offerts au Québec ;
- qu'ainsi, le CCS faisait fi de l'accord Canada-Québec de septembre 2004 intitulé « Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec » ;

- que la vision centralisée et pancanadienne des systèmes de santé au Canada préconisée par le CCS n'est pas compatible avec la volonté du Québec d'exercer lui-même la maîtrise d'œuvre à l'égard de son système de santé.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Le gouvernement fédéral est le seul bailleur de fonds du CCS. De 2004 à 2013, il lui a octroyé 47,6 millions de dollars au CCS, ce qui représente la presque totalité de ses revenus. Pour les années 2013-2014 et 2014-2015, le gouvernement fédéral prévoit accorder un financement total de 10,5 millions au CCS.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

0 \$

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le financement fédéral est entièrement utilisé par le CCS pour réaliser son mandat et produire divers rapports, dont la plupart visent à faire un examen des engagements pris dans le cadre de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, conclu en 2003, et du Plan décennal pour consolider les soins de santé, datant de 2004.

CONSÉQUENCES :

- Le Québec n'a pas sa part du financement fédéral octroyé au CCS, ce qui représente un manque à gagner d'environ 10,7 millions sur neuf ans ou de 1,2 million par année.
- Les rapports du CCS recourent une partie des travaux du CSBE puisque des données québécoises apparaissent dans ces rapports. De l'avis de plusieurs, les rapports produits par le CSBE sont plus précis et plus complets que les travaux publiés par le CCS à l'égard de la performance du système de santé québécois. Les moyens financiers importants accordés par le gouvernement du Canada au CCS permettent toutefois à ce dernier de se donner une visibilité médiatique largement supérieure à celle que le CSBE peut donner à ses propres publications.
- Cette situation crée une confusion quant à l'identité de l'organisme chargé d'évaluer le système de santé québécois, lequel est le CSBE.
- Par effet d'entraînement, cette situation crée une confusion quant à l'ordre de gouvernement devant rendre compte de la performance du système de santé auprès de la population québécoise.

33. PROJET DE LOI C-2 : LOI MODIFIANT LA LOI RÉGLEMENTANT CERTAINES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES

OBJET :

Le projet de loi C-2 vient modifier les conditions dans lesquelles le ministre fédéral de la Santé peut accorder une exemption à l'application de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) pour l'exploitation de sites d'injection supervisée (SIS).

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI (en tant que projet de loi)

CONTEXTE :

En septembre 2011, un jugement de la Cour suprême du Canada confirme qu'un SIS de Vancouver pouvait continuer de se prévaloir de l'exemption à l'application de la LRCDAS, lui permettant ainsi d'offrir ses services aux usagers de drogues injectables. Cette décision de la Cour suprême allait à l'encontre de la volonté du gouvernement fédéral de fermer ce SIS et lui indiquait les facteurs qui devaient être pris en compte pour permettre une telle exemption. En s'appuyant sur le jugement de la Cour suprême, le Québec a défini, en février 2013, ses propres jalons encadrant l'éventuelle mise en place de SIS sur son territoire.

En juin 2013, la ministre fédérale de la Santé a déposé le projet de loi C-65, lequel vise à modifier la LRCDAS en précisant les éléments exigés par le gouvernement fédéral pour qu'une demande d'exemption permettant d'offrir les services d'un SIS soit accordée. Après la prorogation du Parlement du Canada de septembre 2013, un nouveau projet de loi (C-2), identique au précédent, a été déposé en octobre 2013 à la Chambre des communes. En février 2014, les ministres québécois responsables de la Santé et des Services sociaux, des Affaires intergouvernementales canadiennes, de la Sécurité publique et de la Justice ont transmis une lettre à la ministre fédérale de la Santé, dans laquelle ils expriment la désapprobation du gouvernement du Québec à l'égard du projet de loi C-2, qui vient interférer avec les responsabilités québécoises quant à l'organisation des services de santé. Dans leur missive, les ministres signataires demandent au gouvernement fédéral de reconnaître les jalons fixés par le Québec pour encadrer l'ouverture de SIS sur son territoire.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Le projet de loi C-2 multiplie les exigences et les contrôles précédant l'accord d'une exemption à l'application de la LRCDas.
- Les conditions de recevabilité des demandes d'exemption paraissent disproportionnées, voire exorbitantes. Le ministre fédéral de la Santé ne peut examiner une demande d'exemption qu'après avoir reçu une trentaine d'opinions et de rapports dont, notamment :
 - 1) des preuves scientifiques quant aux effets bénéfiques sur la santé individuelle ou sur la santé publique de l'accès aux activités dans les sites de consommation supervisée ;
 - 2) une lettre du ministre responsable de la santé dans la province où le site serait établi, lettre qui comporte : i) le résumé de son opinion [...] ; ii) la description de la façon dont ces activités s'intègrent au système de soins de santé de la province ; iii) des renseignements sur l'accès des éventuels usagers du site à des services, s'il en existe, de traitement de la toxicomanie dans la province ;
 - 3) une lettre de l'administration locale de la municipalité où le site serait établi, lettre qui comporte le résumé de son opinion [...], notamment toute préoccupation liée à la santé ou à la sécurité publique ;
 - 4) une lettre du chef du corps policier chargé de la prestation des services de police dans la municipalité où le site serait établi, lettre qui comporte le résumé de son opinion [...], notamment toute préoccupation liée à la sécurité publique ;
 - 5) une lettre du premier professionnel de la santé en matière de santé publique du gouvernement de la province où le site serait établi, lettre qui comporte le résumé de son opinion [...] ;
 - 6) une lettre du ministre provincial responsable de la sécurité publique dans la province où le site serait établi, lettre qui comporte le résumé de son opinion [...] ;
 - 7) le rapport des consultations tenues avec l'autorité attributive de licences en matière d'activités professionnelles pour les médecins, ainsi qu'avec l'autorité attributive de licences en matière d'activités professionnelles pour les infirmières, dans la province où le site serait établi, rapport qui comporte leur opinion [...] ;
 - 8) le rapport des consultations tenues avec un large éventail d'organismes communautaires de la municipalité où le site serait établi ;
 - 9) tout autre renseignement que le ministre juge pertinent au regard de l'examen de la demande.

CONSÉQUENCES :

- Le projet de loi C-2 rompt l'équilibre entre les objectifs de santé et de sécurité publique car il se base sur des présomptions qui ne sont pas appuyées par des données scientifiques, notamment sur le fait que les SIS peuvent créer davantage d'insécurité dans les communautés.
- Comme il sera extrêmement difficile de satisfaire aux exigences permettant d'obtenir une exemption à l'application de la LRCIDAS, des personnes ayant une dépendance aux drogues injectables risquent de ne pas avoir accès à ce genre de ressources, qui peuvent réduire les risques de décès et de maladie.
- Le projet de loi C-2 va à l'encontre de la position du ministère de la Sécurité publique voulant que les corps de police doivent faire preuve de neutralité quant à l'implantation des SIS.
- Le projet de loi C-2 donne, dans les faits, un droit de veto important à certains groupes de la population et risque de diviser les communautés.
- Le projet de loi C-2 interfère avec les responsabilités du Québec quant à l'organisation des services de santé.
- Les démarches rendues nécessaires pour répondre aux exigences introduites par le projet de loi C-2 demandent des énergies considérables aux autorités québécoises concernées.

34. PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

OBJET :

Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) a pour objectif de surveiller les infections acquises par les patients au moment de recevoir des soins de santé dans les établissements de santé au Canada et d'élaborer des lignes directrices pancanadiennes sur cette question.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

Créé en 1994, le PCSIN est le fruit d'une collaboration entre l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers. Le double objectif du PCSIN est d'établir les taux et les tendances des infections nosocomiales, et de fournir des données de comparaison sur les problèmes liés à ces infections. Pour ce faire, le PCSIN s'appuie sur 54 hôpitaux sentinelles répartis dans tout le Canada, dont 5 sont situés au Québec. Pour sa part, le Québec a mis en place ses premiers programmes de surveillance des maladies nosocomiales au milieu des années 1990 ; il a élaboré son premier plan d'action en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en 2006 (2006-2009). Ce plan, qui a été renouvelé en 2010 (2010-2015), est complet et touche l'ensemble des établissements québécois.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Impossible à déterminer parce que la somme d'argent affectée à ce programme n'est pas précisée dans la documentation publique (Comptes publics du Canada et Rapports ministériels sur le rendement).

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

0 \$

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Afin d'obtenir les données dont il a besoin, le PCSIN sollicite des informateurs (cliniciens) dans certains hôpitaux, sur une base individuelle. Il nous a été impossible de déterminer si ce transfert d'informations vers le PCSIN était conforme à la législation en vigueur, s'il était encadré d'une quelconque façon par les établissements en cause, s'il s'appuyait sur des ententes formelles entre l'ASPC et les cliniciens sollicités, et si ces derniers ou les établissements étaient rémunérés pour alimenter le PCSIN.
- Le PCSIN fonctionne de façon totalement indépendante du Plan d'action québécois en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (2010-2015).

CONSÉQUENCES :

- Le PCSIN ne se préoccupe nullement de la complémentarité de ses activités avec le plan d'action québécois ou d'un appui à celui-ci.
- Les données du PCSIN permettent d'effectuer certaines comparaisons pancanadiennes, lesquelles sont toutefois limitées par la représentativité de l'échantillon que forment les établissements et à partir duquel le PCSIN travaille.
- Le PCSIN définit des lignes directrices non contraignantes, qui présentent toutefois un intérêt scientifique.
- L'obtention par le Québec de sa part des fonds fédéraux consacrés au PCSIN lui permettrait d'utiliser ces ressources en les intégrant à la mise en œuvre de son propre plan d'action en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, lequel est reconnu comme l'un des meilleurs au Canada.

35. RÈGLEMENT SUR LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES

OBJET :

Le Règlement sur la marijuana à des fins médicales (RMFM) a pour objet d'encadrer la possession, la production et la fourniture de marijuana à des fins médicales au Canada.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

En 2001, le gouvernement du Canada adoptait le Règlement sur la marijuana à des fins médicales afin de permettre l'usage de la marijuana aux personnes ayant une maladie grave et chez qui les traitements conventionnels échouent à soulager les douleurs. L'accès à la marijuana à des fins médicales a connu une croissance exponentielle au cours des dix dernières années. L'augmentation rapide du nombre d'utilisateurs a amené Santé Canada, pour des raisons de santé et de sécurité publique, à réviser le processus d'accès à la marijuana à des fins thérapeutiques.

Afin de répondre à ses préoccupations, Santé Canada proposait, en décembre 2012, un projet de règlement sur la marijuana à des fins médicales, lequel contient des changements substantiels par rapport au programme existant. En février 2013, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec écrivait à son homologue fédérale pour lui faire part de la position du gouvernement du Québec, et plus particulièrement de ses nombreuses préoccupations et réserves à l'égard de ce projet de règlement. Le RMFM est entré en vigueur le 19 juin 2013 et coexistera avec le précédent règlement jusqu'au 31 mars 2014. Le nouveau processus d'accès la marijuana à des fins médicales entrera donc en vigueur le 1^{er} avril 2014. Tel qu'il a été adopté, le RMFM ne tient pas compte de la plupart des commentaires exprimés par le MSSS.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Seront abolis à compter de l'entrée en vigueur du RMFM, le 1^{er} avril 2014 :
 - o la demande d'autorisation de possession de marijuana à des fins médicales auprès de Santé Canada ;
 - o la possibilité de s'approvisionner en marijuana auprès de Santé Canada ;
 - o le régime de licences de production de marijuana à des fins personnelles ou à titre de personne désignée.

- À compter de l'entrée en vigueur du RMFM, le 1^{er} avril 2014 :
 - o la production de marijuana sera le fait de producteurs commerciaux autorisés et agréés par Santé Canada, et répondant à un certain nombre d'exigences prévues par règlement ;
 - o pour obtenir de la marijuana, l'utilisateur devra s'inscrire auprès de l'un des producteurs reconnus par Santé Canada et appuyer sa demande par un document, émis par un médecin, dans lequel devront notamment être précisées :
 - la quantité quotidienne de marijuana séchée qui sera utilisée par la personne,
 - la période d'usage estimée par le praticien ;
 - o les médecins seront autorisés :
 - à posséder de la marijuana séchée dans le cadre de leur pratique professionnelle,
 - à donner de la marijuana séchée à un patient ou à une personne qui en a la responsabilité,
 - à produire un document permettant à un patient d'obtenir de la marijuana d'un producteur autorisé par Santé Canada.

CONSÉQUENCES :

- Le gouvernement du Québec ainsi que les ordres professionnels, et plus particulièrement le Collège des médecins du Québec, ont exprimé d'importantes préoccupations quant à la possibilité offerte aux praticiens de posséder, de donner et de prescrire de la marijuana à des fins médicales, notamment les questions suivantes :
 - o il n'y a pas de données scientifiques probantes sur l'usage de la marijuana à des fins médicales ;
 - o la marijuana, malgré le règlement, n'est pas un médicament reconnu, ce qui place les médecins en dehors de leurs règles de pratique normales ;
 - o certains usagers pourraient exercer des pressions importantes sur les praticiens pour obtenir de la marijuana à des fins non médicales.
- Le Québec déplore que Santé Canada veuille considérer la marijuana comme un médicament tout en la soustrayant au processus normal de détermination de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments, tâche qui est de la responsabilité du gouvernement fédéral.
- Le Québec est également d'avis que le RMFM pourrait s'avérer incompatible avec la Loi québécoise sur le tabac, laquelle assimile à du tabac tout produit destiné à être fumé qui ne contient pas de tabac. La marijuana destinée à être fumée, même à des fins médicales, serait donc sous le coup de l'interdiction de fumer dans les installations maintenues par un établissement de santé et de services sociaux.

36. LOI SUR LES AGENTS PATHOGÈNES HUMAINS ET LES TOXINES

OBJET :

La Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines (LAPHT) vise à protéger la santé et la sécurité de la population contre les risques associés au rejet accidentel ou délibéré d'agents pathogènes humains et de toxines par un laboratoire, un centre de recherche ou un autre établissement.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

La LAPHT a été déposée à la Chambre des communes pour la première fois en 2008. En avril 2009, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec demandait, au nom du gouvernement du Québec, que le gouvernement fédéral revoie son approche en matière de biosécurité relativement aux agents pathogènes humains et aux toxines, et qu'il tienne davantage compte des rôles respectifs des deux ordres de gouvernement dans ce domaine. Le ministre évoquait que les mesures proposées auraient d'importantes répercussions, notamment sur l'organisation des services de laboratoires médicaux et des services de diagnostic médical, qui constituent des services usuels du système de santé québécois et qui relèvent donc de la compétence du gouvernement du Québec.

La LAPHT fut adoptée par le Parlement canadien en juin 2009, en dépit des préoccupations exprimées par le Québec. En juillet 2009, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec écrivait à nouveau à son homologue fédérale pour lui réitérer le fait que cette loi, par sa portée et ses effets, empiète sur les compétences du Québec en matière de santé et outrepassa la compétence fédérale en droit criminel. La LAPHT étant pour ces raisons inacceptable pour le Québec, le ministre demandait d'en suspendre l'entrée en vigueur et de sursoir également au processus d'élaboration réglementaire tant que les préoccupations du Québec concernant la constitutionnalité du projet de loi n'auraient pas été prises en compte.

En 2010, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) lançait quand même le processus de consultation en vue de l'adoption des règlements qui appuieront la LAPHT. Ce processus comporte quatre phases et doit aboutir en 2015. Malgré son opposition à l'adoption et à la mise en œuvre de la LAPHT, le Québec a décidé de participer au processus de consultation sur le cadre réglementaire dans une perspective de contrôle des dommages.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :L

Ne s'applique pas.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- Malgré les niveaux de risque variables (groupes 1, 2, 3 ou 4) associés aux laboratoires ou aux établissements visés, la LAPHT prévoit, pour ces laboratoires et établissements :
 - la constitution et la tenue d'un inventaire des agents pathogènes humains et des toxines manipulés ainsi que la production de rapports d'inventaire ;
 - l'obtention d'un permis délivré par les autorités fédérales ;
 - l'instauration d'un programme d'habilitation de sécurité pour tout membre du personnel y pénétrant dans ;
 - l'élaboration d'un programme de prévention et de déclaration d'exposition.

CONSÉQUENCES :

- Bien que l'on puisse admettre le bien-fondé des objectifs poursuivis par la LAPHT relativement aux laboratoires ou aux autres établissements où sont manipulés des pathogènes humains ou des toxines à haut risque (groupes 3 et 4), on constate que la mesure est excessive car elle s'applique aussi à des activités pour lesquelles ces exigences, de l'avis des experts consultés, ne sont pas justifiées.
- Le gouvernement fédéral n'envisage pas compenser les coûts engendrés par la mise en œuvre de la LAPHT.
- De façon plus précise, pour les laboratoires et autres établissements où sont manipulés des agents pathogènes humains ou des toxines à faible niveau de risque (groupes 1 et 2) :
 - les mesures relatives à l'inventaire ont une faible valeur ajoutée et imposeront un fardeau administratif important au regard des ressources, tant humaines que financières ;
 - le système de délivrance de permis constitue une mesure qui n'apparaît ni réaliste ni nécessaire, qui est susceptible d'alourdir la tâche des laboratoires et d'entraîner des processus de suivi administratif lourds et complexes ;
 - l'instauration d'un programme d'habilitation de sécurité est une exigence qui semble exagérée eu égard aux risques et contraignante sur le plan administratif ;
 - l'élaboration d'un programme de prévention et de déclaration d'exposition soulève la question des responsabilités du Québec en matière d'accidents du travail et de respect de la confidentialité des informations associées à ce type d'événements.

37. LOI SUR LA PROCRÉATION ASSISTÉE

OBJET :

La Loi sur la procréation assistée (LPA) avait pour objet de protéger la santé et la sécurité des citoyens ayant recours aux techniques de procréation assistée, d'interdire certaines pratiques inacceptables comme le clonage humain ainsi que de réglementer la recherche connexe à la procréation assistée.

DOSSIER ACTIF AU 31 DÉCEMBRE 2013 :

OUI

CONTEXTE :

En 1993, la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction (commission Baird) présentait un rapport renfermant près de 300 recommandations qui touchaient diverses problématiques associées aux nouvelles techniques de reproduction. En 1995, le gouvernement fédéral annonçait un plan d'action en plusieurs volets, dont la pièce maîtresse était la mise en place d'un cadre législatif intégré. Après l'échec de quelques moutures successives d'un projet de loi visant les techniques de la reproduction, le projet de loi C-6, Loi sur la procréation assistée, était adopté en 2004.

Entre 2002 et 2004, les ministres de la Santé et des Services sociaux du Québec ont écrit à plusieurs reprises à leurs homologues fédéraux pour exprimer les importantes réserves du gouvernement du Québec à l'égard d'une partie importante de la législation proposée. Dès l'adoption de la LPA, le Québec contestait, par renvoi à la Cour d'appel du Québec, la validité constitutionnelle de certains articles de cette loi. En 2008, la Cour d'appel du Québec donnait raison au gouvernement du Québec et déclarait invalides toutes les dispositions contestées par ce dernier. Cette décision fut portée en appel devant la Cour suprême du Canada, laquelle rendit son jugement en décembre 2010. Dans ce jugement, la majorité des juges a estimé que plusieurs dispositions de la LPA étaient invalides parce qu'elles empiétaient sur les compétences des provinces relativement à la pratique médicale dans les hôpitaux et les cliniques.

FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

PART QUÉBÉCOISE DU FINANCEMENT FÉDÉRAL :

Ne s'applique pas.

CONDITIONS ET MODALITÉS DE L'INTERVENTION :

- La LPA, telle qu'elle a été adoptée par le Parlement canadien :
 - encadrerait la recherche et la pratique clinique ;
 - interdisait certaines pratiques comme le clonage humain, la création d'hybrides humain-animal, la rétribution de mères porteuses et l'utilisation de gamètes d'une personne de moins de 18 ans ;
 - réglementait l'exercice de certaines pratiques comme la fécondation *in vitro* ;
 - prévoyait la création d'une agence canadienne de contrôle de la procréation assistée, dotée de pouvoirs d'inspection et de contrôle et à qui reviendrait la responsabilité d'émettre les autorisations requises quant aux activités réglementées. Cette agence, connue sous le nom de Procréation assistée Canada, a été créée en 2006 et a cessé ses activités en 2012 ;
 - conférerait au gouvernement fédéral le pouvoir d'édicter des règlements et d'émettre des accords d'équivalence aux provinces possédant des dispositions équivalentes.
- Le Québec était d'accord pour interdire certaines pratiques, plus particulièrement le clonage reproductif. Toutefois, il trouvait inacceptable que, par ce projet de loi, le gouvernement fédéral :
 - empiète sur des domaines qui relèvent de sa compétence ;
 - réglemente des activités qui sont du domaine de l'organisation et de la prestation des services de santé ;
 - interfère avec bon nombre de lois, de règlements et de dispositions québécoises dans plusieurs domaines : Code civil du Québec, lois dans le domaine de la santé, encadrement des professions, confidentialité des dossiers, règles de consentement, politiques et lignes directrices en matière de recherche, notamment ;
 - ne tienne pas compte des orientations retenues par le Québec dans des domaines de sa compétence exclusive ;
 - criminalise des activités médicales et scientifiques visant le développement des connaissances ;
 - entrave l'accessibilité à de nouveaux traitements par des définitions ambiguës et trop restrictives ;
 - s'arrogue un droit de regard sur le contenu de la législation québécoise par la formule consistant à octroyer un accord d'équivalence aux provinces dont il jugerait les dispositions législatives équivalentes. Un tel mécanisme aurait établi un système de tutelle en vertu duquel le gouvernement fédéral aurait décidé du contenu des lois du Québec ;
 - superpose une structure lourde et coûteuse – Procréation assistée Canada – à un système québécois déjà en place.

CONSÉQUENCES :

Bien que les effets négatifs appréhendés de la LPA aient été contrecarrés par les décisions des tribunaux, il faut souligner certaines conséquences financières de cette initiative fédérale :

- de 2006 à 2013, le gouvernement fédéral a dépensé inutilement 25,8 millions de dollars dans Procréation assistée Canada ;
- afin de défendre sa position à l'égard de cette loi, le Québec a encouru des dépenses estimées à au moins 500 000 \$ dans le cadre de sa contestation judiciaire.

4.3. Une analyse sommaire

Après avoir présenté les fiches décrivant les 37 interventions répertoriées, nous mettrons en évidence un certain nombre de caractéristiques observées pour chaque regroupement des interventions fédérales.

Dans le tableau qui suit, on précise, pour chaque groupe, la somme totale qui est consacrée par le gouvernement fédéral (\$ Fédéral) à ses interventions, la part de ce financement obtenue par le Québec (\$ Québec) et la part de financement que le Québec serait en droit de recevoir (% attendu).

Tableau 4 – Les quatre types d'interventions

Groupe	Nombre d'interv. (nb/37 et %)	\$ Fédéral	% de \$ Féd	\$ Québec	Part attendue	Part manquante	% attendu	% obtenu
DQ	12 (32,4 %)	14 200,5 M\$	67,7 %	3 096,8 M\$	3 307,6 M\$	(210,8M\$)	23,3 %	21,8 %
DA	13 (35,1 %)	3 388,6 M\$	16,2 %	618,3 M\$	848,4 M\$	(230,1M\$)	25,0 %	18,2 %
I	7 (18,9 %)	3 381,0 M\$	16,1 %	405,0 M\$	794,5 M\$	(389,5M\$)	23,5 %	12,0 %
N	5 (13,5 %)	–	0,0 %	–	–	–	S. O.	S. O.
TOTAL	37 (100,0 %)	20 970,1 M\$	100,0%	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	(830,4M\$)	23,6 %	19,6 %

Près de 68 % du financement découlant des interventions fédérales concerne la catégorie DQ, la proportion étant d'environ 16 % pour chacune des deux catégories suivantes (DA et I) et la catégorie N (approche normative) n'étant pas associée à des enveloppes budgétaires accordées par le gouvernement fédéral.

Avant de discuter des caractéristiques de chaque groupe, jetons un coup d'œil sur l'ensemble. Règle générale, la part attendue pour le Québec s'élève à 23,5 % (proportion qui correspond au poids démographique du Québec) des dépenses fédérales. Il y a cependant quelques exceptions, qui seront commentées plus loin, se traduisant par une part attendue légèrement différente. Ainsi, à titre d'exemple, pour l'ensemble des 32 interventions financières, la moyenne du pourcentage attendu atteint 23,6 % alors que, dans le cas des interventions du groupe DQ, elle s'établit plutôt à 23,3 %.

L'analyse sommaire des données recueillies permet de dégager quelques observations quant aux conditions et modalités imposées par le gouvernement fédéral, à certaines conséquences desdites interventions et aux leviers utilisés (pouvoir de dépenser, référence au droit criminel, sécurité publique, santé publique, recherche ou évaluation). Enfin, nous mettrons en évidence une stratégie particulière utilisée par le gouvernement fédéral, soit le financement indirect.

Sous l'angle des conditions et modalités

Près de 34 % des sommes perçues par le Québec (1 380,5 millions de dollars) correspondent à un financement sous forme de crédits non reconductibles et généralement sur projets, pour un total de 23 interventions sur 32, soit près des trois quarts (72 %) des interventions financières.

En outre, quatorze interventions, dont neuf interventions financières, ont des visées évaluatives ou normatives. Elles comptent pour 21,4 % des sommes perçues par le Québec (879,8 millions).

Le tiers des interventions financières du gouvernement fédéral (11 sur 32) n'ont fait l'objet d'aucune concertation avec le Québec. Ces interventions ont une caractéristique frappante : le Québec n'a bénéficié que de 6,5 % des sommes que leur a allouées le gouvernement fédéral, pour un manque à recevoir de 132,1 millions.

Enfin, on observe que 4 des 32 interventions financières ne sont pas assorties de conditions, soit les interventions 1 (Fonds pour réduire les temps d'attente), 2 (Fonds pour les équipements médicaux), 6 (Stratégie nationale d'immunisation) et 7 (Financement de services aux personnes infectées par l'hépatite C à la suite de transfusion sanguine). Elles sont toutes dans le groupe DQ et représentent à elles seules 49,2 % de toutes les sommes perçues par le Québec. Autre caractéristique de ces interventions : le gouvernement fédéral accorde au Québec une juste part des sommes qu'il leur a allouées. Ce sont certainement les initiatives qui soulèvent le moins de questions quant à l'exercice des compétences du Québec car elles s'apparentent aux transferts effectués dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Sous l'angle des conséquences

Globalement, les initiatives fédérales relevées pendant la période 2002-2013 totalisent 21,0 milliards de dollars. De ce montant, le Québec a perçu 4,1 milliards, soit 19,6 %. Ce montant représente un manque à recevoir de 830,4 millions pour le Québec.

Examinées sous l'angle de leurs conséquences sur les orientations et les priorités du Québec, près du tiers (11/32) des interventions financières fédérales heurtent de façon importante les choix du Québec. Elles représentent 22,5 % des sommes perçues (927,6 millions), pour un manque à recevoir de 455,0 millions.

À l'opposé, seulement huit des initiatives s'inscrivent dans les orientations du Québec. Elles représentent toutefois 51,8 % des sommes perçues par le Québec (2 135,3 millions), un montant qui correspond d'assez près à celui qui est attendu (23 % vs 23,7 %).

Sous l'angle des leviers

Toutes les interventions de nature financière (DQ, DA et I) découlent d'abord de ce qu'il est convenu d'appeler le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral.

Certaines interventions semblent reliées à d'autres considérations. Ainsi, cinq interventions sont associées au droit criminel, cinq sont associées à des objectifs de recherche ou d'évaluation et neuf relèvent de préoccupations de sécurité ou de santé publique.

Sous l'angle stratégique

Le groupe I constitue un cas particulier, qui met en évidence le recours à des entités en principe indépendantes mais dont les fonds viennent essentiellement du gouvernement fédéral. Cette utilisation d'organismes intermédiaires fait obstacle à l'autorité légitime du gouvernement du Québec en ce qu'elle évite la négociation d'ententes de gouvernement à gouvernement.

Les trois sections qui suivent nous permettent de jeter un regard sur chaque regroupement d'interventions.

4.3.1. Les interventions financières directes (DQ et DA)

Les interventions financières directes de gouvernement à gouvernement (DQ)

Le tableau qui suit (tableau 5) présente les douze interventions fédérales pour lesquelles le transfert de fonds a été fait directement au gouvernement du Québec.

Les interventions directes représentent une partie très importante (67,7 %) des sommes dépensées en santé et en services sociaux à l'échelle canadienne par le gouvernement fédéral pendant la période couverte (2002-2013) par le présent rapport.

Tableau 5 – Les interventions financières directes de gouvernement à gouvernement (DQ)

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
1	Fonds pour réduire les temps d'attente	4 860,0 M\$	1 130,0 M\$	1 130,0 M\$	23,3 %	23,3 %	–
2	Fonds pour les équipements médicaux	3 000,0 M\$	709,4 M\$	709,4 M\$	23,6 %	23,6 %	–
3	Programme de financement des services de justice pour les jeunes	2 400,0 M\$	484,7 M\$	564,0 M\$	23,5 %	20,2 %	(79,3 M\$)
4	Ententes sur la participation des personnes handicapées au marché du travail	1 950,0 M\$	413,1 M\$	458,3 M\$	23,5 %	21,2 %	(45,2 M\$)
5	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires	800,0 M\$	144,7 M\$	188,0 M\$	23,5 %	18,1 %	(43,3 M\$)
6	Stratégie nationale d'immunisation	600,0 M\$	144,0 M\$	144,0 M\$	24,0 %	24,0 %	–
7	Financement de services aux personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C à la suite de transfusion sanguine	300,0 M\$	45,6 M\$	45,6 M\$	15,2 %	15,2 %	–
8	Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé / Initiative sur les travailleurs formés à l'étranger	144,0 M\$	12,4 M\$	33,8 M\$	23,5 %	8,6 %	(21,4 M\$)
9	Programme de placement et de surveillance dans le cadre du programme intensif de réadaptation	52,0 M\$	1,7 M\$	12,2 M\$	23,5 %	3,3 %	(10,5 M\$)
10	Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé / Initiative de postes de résidence en médecine familiale	39,5 M\$	3,4 M\$	9,3 M\$	23,5 %	8,6 %	(5,9 M\$)
11	Initiative fédérale concernant les délais d'attente	30,0 M\$	3,1 M\$	7,1 M\$	23,5 %	10,3 %	(4,0 M\$)
12	Surveillance du système du sang	25,0 M\$	4,7 M\$	5,9 M\$	23,5 %	18,8 %	(1,2 M\$)
SOUS-TOTAL des interventions de type DQ		14 200,5 M\$	3 096,8 M\$	3 307,6 M\$	23,3 %	21,8 %	(210,8 M\$)
GRAND TOTAL		20 970,1 M\$	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	23,6 %	19,6 %	(830,4 M\$)

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, le pourcentage attendu des dépenses faites au bénéfice du Québec devrait en général correspondre au poids démographique de sa population (23,5 %). Les cases surlignées en vert correspondent à des cas où le taux attendu est légèrement différent. En ce qui concerne l'initiative 7, en bleu, le taux observé, et que nous jugeons correct, est de beaucoup inférieur. Il s'explique par le fait que la contribution fédérale a été répartie au prorata du nombre estimé de personnes ayant contracté le virus de l'hépatite C à la suite de transfusions sanguines.

Sous l'angle des conditions et modalités,

- ces initiatives font l'objet d'ententes (sauf les initiatives n^{os} 1, 2 et 6) ;
- seulement deux interventions de ce groupe (n^{os} 3 et 12), totalisant 489,4 millions sur 3 096,8 millions, peuvent être associées à des visées évaluatives ou normatives.

Sous l'angle des conséquences,

- à ce groupe d'interventions correspond la majeure partie des sommes perçues par le Québec : 3,1 milliards sur 4,1 milliards, soit près de 75 % ;

- la perspective est toutefois déformée dans ce groupe par le fait que quatre interventions (n^{os} 1, 2, 6 et 7) sont massives et ressemblent beaucoup aux transferts effectués dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) ; si on les retirait du groupe, le total des interventions restantes serait ramené à 5,4 milliards (vs 14,2 milliards) de dépenses fédérales, dont 1 067,8 millions perçus par le Québec, soit 19,6 % par rapport à une proportion attendue de 23,5 % (et pour un manque à recevoir de 210,8 millions) ;
- de ces 3,1 milliards perçus, une part substantielle (2,0 milliards) l’est pour des interventions qui ne s’inscrivent pas en faux par rapport aux visées du Québec en matière de santé et de services sociaux et qui, de plus, ne font pas l’objet d’une reddition de compte ;
- une intervention (n^o 3) est jugée faire interférence (pour un montant de 484,7 millions) avec les orientations du Québec, tandis que six des douze interventions (totalisant 1 052,0 millions sur 3 096,8 millions) sont mal adaptées au Québec, lourdes ou font double emploi ;
- c’est pour ce groupe que le Québec reçoit la part qui s’approche le plus de celle qu’il attend (21,8 % vs 23,3 %).

Les interventions financières directes auprès d'un organisme québécois (DA)

Le tableau qui suit (tableau 6) présente les treize interventions financières par lesquelles le gouvernement fédéral verse des sommes à des organismes québécois : agences, établissements, organismes communautaires, etc. Ces interventions sont numérotées de 13 à 25. Elles représentent au total 16,2 % des sommes dépensées en santé et en services sociaux, à l'échelle canadienne, par le gouvernement fédéral pendant la période couverte (2002-2013).

Tableau 6 – Les interventions financières directes (DA)⁶

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
13	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance	1 100,0 M\$	234,4 M\$	258,5 M\$	23,5 %	21,3 %	(24,1 M\$)
14	Programme d'action communautaire pour les enfants / Programme canadien de nutrition prénatale	725,4 M\$	148,5 M\$	170,5 M\$	23,5 %	20,5 %	(22,0 M\$)
15	Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire	326,2 M\$	85,8 M\$	128,2 M\$	39,3 %	26,3 %	(42,4 M\$)
16	Programme Nouveaux Horizons pour les aînés	208,5 M\$	49,5 M\$	49,5 M\$	23,7 %	23,7 %	-
17	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie	188,0 M\$	24,0 M\$	44,2 M\$	23,5 %	12,8 %	(20,2 M\$)
18	Fonds d'intégration pour les personnes handicapées	165,1 M\$	20,9 M\$	38,8 M\$	23,5 %	12,7 %	(17,9 M\$)
19	Programme d'action communautaire sur le sida	237,2 M\$	23,5 M\$	55,7 M\$	23,5 %	9,9 %	(32,2 M\$)
20	Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue	84,4 M\$	14,6 M\$	19,8 M\$	23,5 %	17,3 %	(5,2 M\$)
21	Fonds pour l'accessibilité	73,6 M\$	2,5 M\$	17,3 M\$	23,5 %	3,4 %	(14,8 M\$)
22	Programme de lutte contre le tabagisme	102,3 M\$	7,3 M\$	24,0 M\$	23,5 %	7,1 %	(16,7 M\$)
23	Fonds pour la promotion des modes de vie sains	30,5 M\$	3,0 M\$	7,2 M\$	23,5 %	9,8 %	(4,2 M\$)
24	Fonds du système de justice pour les jeunes	29,7 M\$	0,4 M\$	7,0 M\$	23,5 %	1,3 %	(6,6 M\$)
25	Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C	117,7 M\$	3,9 M\$	27,7 M\$	23,5 %	3,3 %	(23,8 M\$)
	SOUS-TOTAL des interventions de type DA	3 388,6 M\$	618,3 M\$	848,4 M\$	25,0 %	18,2 %	(230,1 M\$)
	GRAND TOTAL	20 970,1 M\$	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	23,6 %	19,6 %	(830,4 M\$)

Dans le cas de l'intervention 15, le taux attendu est plus élevé que le taux généralement attendu, puisque le Québec est la juridiction qui compte la plus importante minorité.

6. Les données financières relatives aux interventions 15, 19, 20, 22 et 25 diffèrent partiellement des données qui se trouvent inscrites dans les fiches détaillées (voir la section 4.2.). Cela s'explique par le fait qu'une partie des données financières des interventions a dû être extrapolée sur la base des informations connues afin de permettre une comparaison temporelle des interventions pour l'entièreté de la période visée, soit de 2002 à 2013. Voir les explications fournies à la figure 4 pour plus de détails.

Sous l'angle des conditions et modalités,

- malgré le fait que ces interventions se font auprès de tiers, elles relèvent souvent d'un comité mixte de gestion ou d'une entente avec le Québec (neuf sur treize, pour un montant de 587,2 millions de dollars sur 618,1 millions) ;
- elles sont toutes assujetties à un appel de projets qui s'adresse le plus souvent de façon directe aux acteurs du réseau québécois de la santé et des services sociaux ;
- elles sont toutes assorties d'une reddition de compte.

Sous l'angle des conséquences,

- à ce groupe d'interventions correspondent 15,0 % des sommes perçues par le Québec (618,3 millions sur 4 120,1 millions) ;
- la part attendue pour ces initiatives s'élève à 25,0 % alors que le total perçu s'en éloigne de manière non négligeable (18,2 %), pour un manque à recevoir de 230,1 millions ;
- quatre de ces interventions (n^{os} 18, 21, 22 et 24) – bien que totalisant des sommes limitées (31,1 millions sur 618,3 millions) – ont été conduites ou mises en place sans aucune concertation avec le Québec ;
- dix des treize interventions, pour un total de 480,0 millions sur 618,3 millions, font interférence, ou sont mal adaptées au Québec, lourdes ou font double emploi.

Sous l'angle stratégique,

- le gouvernement du Québec se retrouve souvent en situation de rattrapage ou de « contrôle des dommages » lorsque le gouvernement fédéral finance directement des organismes québécois à partir d'objectifs, de critères et de modalités qu'il a lui-même définis, et ce, même lorsqu'une entente est conclue avec le Québec ;
- ces interventions placent les organismes québécois en situation de reddition de compte envers un autre gouvernement que le gouvernement du Québec.

4.3.2. Les interventions financières indirectes (I)

Le tableau qui suit (tableau 7) présente les sept interventions fédérales dont le financement est indirect. Elles sont numérotées de 26 à 32. Ces interventions représentent 16,1 % des sommes dépensées en santé et en services sociaux à l'échelle canadienne par le gouvernement fédéral au cours de la période couverte (2002-2013).

Tableau 7 – Les interventions financières indirectes (I)

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
26	Inforoute Santé du Canada	2 100,0 M\$	377,1 M\$	493,5 M\$	23,5 %	18,0 %	(116,4 M\$)
27	Institut canadien d'information sur la santé	635,5 M\$	–	149,3 M\$	23,5 %	0,0 %	(149,3 M\$)
28	Partenariat canadien contre le cancer	240,0 M\$	8,7 M\$	56,4 M\$	23,5 %	3,6 %	(47,7 M\$)
29	Commission de la santé mentale du Canada	188,0 M\$	18,5 M\$	44,2 M\$	23,5 %	9,8 %	(25,7 M\$)
30	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	121,8 M\$	–	28,6 M\$	23,5 %	0,0 %	(28,6 M\$)
31	Institut canadien pour la sécurité des patients	48,1 M\$	0,7 M\$	11,3 M\$	23,5 %	1,5 %	(10,6 M\$)
32	Conseil canadien de la santé	47,6 M\$	–	11,2 M\$	23,5 %	0,0 %	(11,2 M\$)
	SOUS-TOTAL des interventions de type I	3 381,0 M\$	405,0 M\$	794,5 M\$	23,5 %	12,0 %	(389,5 M\$)
	GRAND TOTAL	20 970,1 M\$	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	23,6 %	19,6 %	(830,4 M\$)

Sous l'angle des conditions et modalités,

- seule l'intervention 29 (Commission de la santé mentale du Canada) ne comporte pas de visées évaluatives ou normatives explicites, contrairement aux six autres (qui totalisent 386,5 millions sur 405,0 millions) ;
- dans le cas d'Inforoute Santé du Canada, le Québec reçoit des sommes importantes mais à des conditions très rigides et d'une grande lourdeur bureaucratique.

Sous l'angle des conséquences,

- ce groupe d'intervention correspond à 9,8 % des sommes perçues par le Québec (405,0 millions sur 4 120,1 millions) ;
- dans un contexte de droit de retrait avec pleine compensation, le Québec pourrait revendiquer une somme de près de 800 millions pour ces fonctions, qu'il assume déjà en grande partie, pour un manque à recevoir de 389,5 millions ;
- six de ces sept interventions (la seule exception étant l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé) font interférence, ou sont mal adaptées au Québec, lourdes ou font double emploi.

Sous l'angle stratégique,

- surtout, ces interventions passent par des organismes autonomes en principe, mais qui sont essentiellement financés par le gouvernement fédéral.

4.3.3. Les interventions normatives (N)

Cinq interventions fédérales de nature normative sont identifiées dans le rapport. Elles sont numérotées de 33 à 37. Elles ne visent pas l'injection de sommes aux provinces, mais influent néanmoins sur la gouvernance en empruntant, à une exception près, la voie législative ou réglementaire. Si l'intervention 34 (Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales) ne repose pas sur l'adoption d'une loi ou d'un règlement, elle a toutefois pour objet d'établir des standards de pratiques pancanadiens, d'où son inclusion dans ce groupe.

Tableau 8 – Les interventions normatives (N)

N°	Interventions	\$ Fédéral	\$ Québec	Part attendue	% attendu	% obtenu	Part manquante
33	Projet de loi fédéral sur les sites d'injection supervisée	–	–	–	NA	NA	–
34	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales	–	–	–	NA	NA	–
35	Règlement sur la marijuana à des fins médicales	–	–	–	NA	NA	–
36	Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines	–	–	–	NA	NA	–
37	Loi sur la procréation assistée	–	–	–	NA	NA	–
SOUS-TOTAL des interventions de type N		–	–	–	NA	NA	–
GRAND TOTAL		20 970,1 M\$	4 120,1 M\$	4 950,5 M\$	23,6 %	19,6 %	(830,4 M\$)

Le portrait est certainement incomplet ; il reflète essentiellement les interventions qui ont attiré l'attention des acteurs québécois. On doit surtout retenir de ces interventions qu'elles ont des conséquences importantes sur la gouvernance, en ce sens qu'elles font toutes interférence, sont mal adaptées au Québec et lourdes sur le plan administratif ou politique, ou font double emploi.

4.4. Quatre études de cas

L'inventaire qui précède fournit l'essentiel des informations nécessaires à la saisie des modalités et des conséquences des 37 interventions fédérales recensées en matière de santé et de services sociaux. Cependant, nous avons voulu analyser plus en profondeur quatre d'entre elles. En effet, ces interventions nous ont paru illustrer particulièrement, chacune à leur manière, les interférences provoquées par les initiatives fédérales sur la gouvernance du système québécois.

4.4.1. *La Commission de la santé mentale du Canada*

Rappel des faits

Lors de la conférence F-P-T des ministres de la Santé d'octobre 2005, les sénateurs Kirby et Keon, respectivement président et membre du Comité sénatorial des affaires sociales, présentaient aux ministres de la Santé leur projet de Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) qui découlait des travaux menés par la commission Kirby. À la suite de ces travaux, le budget fédéral de 2007 engageait une somme de 55 millions de dollars sur cinq ans, somme ensuite passée à 130 millions sur dix ans (de 2007-2008 à 2016-2017), en vue de la mise en œuvre de la CSMC. Ce financement était destiné à trois missions principales : mener une campagne de lutte contre la stigmatisation, établir un centre pancanadien d'échange des connaissances et élaborer une stratégie nationale portant sur la santé mentale.

Pour le Québec, les activités de la CSMC entrent directement en conflit avec sa volonté d'exercer lui-même ses responsabilités en matière de santé et de services sociaux sur son territoire. Le Québec avait refusé, en avril 2005, de participer aux travaux de la commission Kirby ; il n'a donc pas appuyé la création de la CSMC. Le Québec dispose d'ailleurs d'une politique de santé mentale depuis 1989, laquelle a été suivie par l'élaboration de deux plans d'action en santé mentale, l'un en 1998 et l'autre en 2005.

La CSMC a souvent cherché à ce qu'un membre du gouvernement du Québec participe à ses travaux. Le 25 avril 2007, à la suite d'une demande officielle de la CSMC de nommer un représentant du Québec à son conseil d'administration, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux rappelait que le Québec n'avait pas appuyé la création de la CSMC et qu'il ne nommerait aucun représentant du Québec à son conseil d'administration. Le sous-ministre demandait également que le Québec reçoive sa juste part des fonds fédéraux alloués à la CSMC pour les utiliser à la mise en œuvre de son propre plan d'action en santé mentale. Dans sa réponse du 25 juin 2007, la CSMC ignorait cette demande et l'invitait cette fois à nommer un représentant du Québec à son conseil d'administration à titre d'observateur. Cette invitation était à nouveau déclinée par le sous-ministre, toujours en raison de la position du Québec à l'égard de la CSMC. En octobre 2009, le sous-ministre québécois de la Santé et des Services sociaux réitérait par écrit qu'il n'entendait pas participer à l'élaboration d'une stratégie canadienne en santé mentale proposée par la CSMC et réclamait encore sa juste part des fonds fédéraux consacrés à la santé mentale, demande à nouveau demeurée sans réponse.

Dans son budget de février 2008, le gouvernement fédéral s'engageait à verser un montant supplémentaire de 110 millions à la CSMC pour des projets de recherche visant les Canadiens

itinérants atteints d'une maladie mentale, financement qui allait donner naissance au projet Chez Soi. La Commission établissait cinq projets de *démonstration* de recherche à l'échelle du Canada et les lieux sélectionnés étaient les suivants : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. Pour le site de Montréal, un financement de 18,5 millions était prévu, ce qui représentait 16 % de l'enveloppe totale octroyée au projet Chez Soi. Globalement, pour la période 2008-2013, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec n'aura reçu que 18,5 millions sur les 195 millions (soit 9,5 %) de fonds fédéraux octroyés à la CSMC.

Supervisé par une équipe de recherche, le projet Chez Soi visait à fournir des données probantes sur les services et les systèmes les plus susceptibles d'aider les personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale. Il s'agit d'un programme qui offrait un logement autonome aux personnes participantes, avec un supplément au loyer (moyenne de 375 \$ par mois), un encadrement par une équipe logement et un soutien clinique intégré (suivi intensif ou soutien d'intensité variable).

À la suite de cette annonce, le Québec réclamait une fois de plus de recevoir sa juste part de ces sommes pour améliorer son propre plan d'action en santé mentale. La CSMC refusait, le 2 avril 2008, de consentir à la demande du Québec, avançant qu'il s'agissait de projets de recherche, donc de projets conformes au rôle fédéral lié au développement des connaissances, qu'ils ne pouvaient donc pas être considérés comme des programmes à frais partagés et, qu'à ce titre, aucune province ni aucun territoire ne recevrait une partie des fonds.

Compte tenu de ce refus, le Québec a proposé à la CSMC la mise en place d'un comité bilatéral afin de maintenir un canal de communication. Ce comité ne fut jamais créé. Une rencontre *ad hoc* entre la CSMC et le MSSS a toutefois eu lieu en juin 2008 afin d'échanger sur le plan de travail de la CSMC, et plus spécialement sur le projet Chez Soi. Lors de cette rencontre, le MSSS a soulevé plusieurs enjeux liés au projet. Il a notamment signifié à la CSMC que le choix de concentrer plusieurs ressources financières et humaines à Montréal contrevenait à la perspective québécoise sur l'allocation des ressources en matière d'itinérance et de santé mentale. De plus, le projet Chez Soi impliquait la contribution du réseau québécois de la santé et des services sociaux sans qu'il ne lui soit possible d'en évaluer les effets à long terme sur la population visée. Cette même rencontre a également permis de préciser que toutes les communications nécessaires à l'éventuelle mise en œuvre du projet Chez Soi à Montréal devaient transiter par le MSSS, compte tenu que ce projet et sa mise en œuvre étaient assujettis aux dispositions de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (projet de loi M-30).

Constats

En dépit de ces échanges, la CSMC n'a jamais consulté le Québec quant à la poursuite du projet. À titre d'exemple, la CSMC s'était engagée à faire parvenir un devis de recherche au MSSS afin que celui-ci puisse comprendre les enjeux méthodologiques et organisationnels, et faire des propositions adaptées au contexte québécois, mais elle n'a pas donné suite à son engagement.

Malgré les exigences du Québec quant aux modalités de communication entre la CSMC et le MSSS et en dépit des dispositions législatives en vigueur, la CSMC a conclu directement, et sans l'aval du Québec, des ententes liant le Centre de santé et de services sociaux

Jeanne-Mance et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Hôpital Douglas) afin de mettre en œuvre le projet Chez Soi à Montréal. Cette initiative a donc été déployée en s'appuyant sur des ententes qui n'ont pas obtenu les approbations prévues à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, donc sans valeur légale.

Par ailleurs, la CSMC a entrepris de financer par là un projet à l'intention d'un groupe fortement vulnérable tout en sachant que ses crédits n'étaient pas reconductibles et qu'aucune mesure n'avait été convenue avec le Québec pour assurer, au terme de la recherche, la pérennité des services mis en place. Cette façon de faire soulève à notre avis un grave problème d'éthique, vu la vulnérabilité et la fragilité de la population visée.

Dans ce contexte, le Québec a demandé, quelques mois avant la fin du projet à Montréal, que la CSMC lui transfère de façon permanente les fonds alloués annuellement au projet Chez Soi. Des négociations difficiles ont suivi avec le gouvernement fédéral, lequel s'est limité à soutenir une seule année de transition, pour un montant de 1,5 million de dollars. Bien que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ait estimé le coût de la transition à 2,2 millions pour l'année 2013-2014, le Québec n'a eu d'autre choix que d'accepter l'offre qui lui était faite afin de ne pas pénaliser la population visée.

Dans la mesure où certaines personnes prises en charge par le Québec au terme du projet Chez Soi ont encore besoin des services propres à celui-ci, il est acquis que le Québec devra, au terme de l'année de transition, assumer seul l'entièreté des coûts qui découlent toujours de ce projet.

En somme, nous constatons que la CSMC, bien qu'elle soit un organisme entièrement financé par le gouvernement du Canada, s'est comportée comme un organisme privé de financement qui considérerait ne pas avoir à respecter les orientations, les priorités, les politiques et les lois du Québec. Ainsi, elle :

- n'a pas tenu compte du fait que le Québec disposait déjà depuis longtemps d'une politique de santé mentale et qu'il souhaitait que le financement prévu soit utilisé pour soutenir son propre plan d'action ;
- a conclu, avec des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux, des ententes qui n'ont pas fait l'objet du processus d'approbation fixé par la loi ;
- a financé, sous le couvert de la recherche, des services ne cadrant pas avec les orientations du Québec, et ce, auprès d'un groupe très vulnérable ;
- a mis en place des services de santé et sociaux sans pourvoir à leur pérennité, laissant le fardeau financier au Québec au terme de son engagement.

4.4.2. L'Institut canadien d'information sur la santé

Rappel des faits

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien créé en 1992 par les ministres de la Santé lors d'une conférence fédérale-provinciale-territoriale à laquelle le ministre québécois n'a pas assisté, dans la foulée de l'échec de l'Accord du lac Meech. L'objectif poursuivi était de créer un organisme pancanadien centralisé de collecte et de traitement de l'information sur la santé de la population et sur le système de santé canadien.

À la suite d'une demande qui lui avait été adressée en octobre 1993 par le président du conseil d'administration de l'ICIS, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux indiquait, dans une lettre du mois de décembre 1993, qu'il n'apparaissait pas opportun au Québec de participer formellement à l'ICIS en raison, notamment, du mandat de l'organisme qui l'amènerait à intervenir dans l'élaboration des politiques et la prestation des services, interférant ainsi avec les responsabilités du Québec en matière de santé, des coûts additionnels qu'il était susceptible d'entraîner sans valeur ajoutée équivalente et du développement par le Québec de ses propres systèmes d'information. Le sous-ministre se disait toutefois ouvert à l'établissement d'une collaboration avec l'ICIS sur des questions d'intérêt commun.

Pendant plusieurs années, le Québec s'est satisfait d'une relation d'affaires avec l'ICIS. À titre d'exemples, le Québec a procédé à l'achat de produits « à la carte » et il a fourni certaines données à l'ICIS pour compléter le portrait canadien en matière de santé et permettre une comparaison des données.

En 2004, ayant entrepris un processus de modernisation de ses systèmes d'information afin de faciliter la comparabilité et d'améliorer la prise de décision, le Québec évalua qu'une collaboration plus étroite avec l'ICIS était susceptible d'amener un gain de productivité et un partage d'expertise qui l'aideraient à combler ses retards dans des secteurs où les travaux de l'ICIS étaient plus avancés (normes et standards).

Des négociations entre le Québec et l'ICIS ont conduit à la signature, en novembre 2004, d'une entente de service par laquelle le Québec devenait membre à part entière de l'ICIS, siégeant de ce fait à son conseil d'administration.

Pour le Québec, cette entente visait à accéder aux produits et services dont il estimait avoir besoin et confirmait l'ICIS comme fournisseur de services pour le compte du Québec. L'entente, renouvelée à plusieurs reprises depuis, prévoyait explicitement que le Québec demeurerait le maître d'œuvre de ses orientations et de ses priorités en matière de développements relatifs aux systèmes d'information sur la santé, et qu'il lui appartenait de décider du rythme et des modalités de déploiement des produits et services de l'ICIS sur son territoire.

Constats

L'ICIS est un organisme qui peut certes contribuer à une gestion plus efficiente du système de santé québécois en colligeant des données dans tout le Canada, en traitant ces données pour les rendre comparables et en permettant ensuite aux décideurs d'en disposer. Toutefois, nos

travaux nous amènent à exposer plusieurs préoccupations relatives à l'influence de l'ICIS sur la gouvernance du système de santé québécois.

Tout d'abord, il est clair que les orientations et les priorités de l'ICIS ne sont pas déterminées de façon prépondérante par les provinces, lesquelles sont pourtant responsables de leurs systèmes de santé et doivent rendre des comptes à ce sujet :

- Santé Canada contribue globalement à 80 % des revenus de l'ICIS, ce qui lui permet d'exercer une influence déterminante sur ses orientations stratégiques par l'intermédiaire d'ententes et de commandes précises et répétées ;
- malgré son rôle formel, le conseil d'administration de l'ICIS a, en pratique, une influence limitée sur les grandes décisions de l'ICIS ;
- bien qu'il occupe deux sièges au conseil d'administration, et malgré les efforts déployés par ses représentants, le Québec n'a qu'une influence minimale sur les orientations et les priorités de l'ICIS ;
- paradoxalement, la présence du Québec au conseil d'administration cautionne la légitimité des décisions prises par l'ICIS.

Ce qui précède n'est pas sans conséquences sur le mandat de l'ICIS et sur la manière dont il est exercé :

- nous avons noté que, tant dans les documents que sur le site Web de l'ICIS, il est systématiquement fait mention d'UN système de santé canadien, et ce, à l'encontre du fait que les systèmes de santé sont propres à chaque province ;
- les orientations et les priorités de l'ICIS, depuis quelques années, se tournent de plus en plus vers des analyses de rendement et d'efficacité « du système de santé canadien », analyses dont il entend être à la fois le producteur et le diffuseur, y compris auprès de la population ;
- fait particulier, dans les comparaisons de l'ICIS, les provinces, les territoires, les régions sociosanitaires et les établissements apparaissent, alors que, comme responsables de la prestation des services auprès de certains groupes de la population importants (les Autochtones, les anciens combattants, etc.), le gouvernement fédéral n'apparaît jamais.

Les relations qui se sont établies entre l'ICIS et le Québec sont à notre avis préoccupantes. Rappelons que le Québec adhère à l'ICIS par l'intermédiaire d'une entente de service qui prévoit explicitement que ce dernier est un fournisseur de produits et services, qu'il appartient au Québec de déployer ses mécanismes d'information en fonction de ses propres besoins et priorités et qu'il lui appartient également de faire rapport à la population québécoise sur son système de santé. Or, les termes de cette entente ne semblent pas, dans les faits, être respectés :

- l'ICIS multiplie les analyses et les rapports portant, entre autres, sur le système de santé québécois et, ainsi, il double et supprime l'organisme mandaté par le Québec pour ce faire. En effet, en vertu d'une loi adoptée par l'Assemblée nationale, c'est le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) qui est chargé d'apprécier les résultats

obtenus par le système de santé et de services sociaux, d'en informer l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que la population du Québec ;

- l'ICIS conçoit continuellement de nouveaux produits qui ne répondent pas à des besoins exprimés par le Québec, son client, mais qui découlent de ses propres orientations et priorités. Bien que le Québec ait en principe la possibilité de refuser sa participation à l'une ou l'autre des études, une telle éventualité devient source de tension avec l'ICIS, qui évoque parfois sa capacité d'obtenir par ses propres moyens les informations dont il a besoin pour ses rapports ;
- à titre d'exemple, voici un événement troublant qui a été porté à notre attention. En décembre 2012, après la décision du Québec de ne pas participer à l'étude « Patients qui quittent contre un avis médical », le MSSS recevait une lettre de la haute direction de l'ICIS qui évoquait sa « déception » et son « malaise » par rapport à ce refus. La lettre indiquait que, ce faisant, le ministère remettait en cause l'autonomie de l'ICIS, lequel ne souhaitait pas soumettre chacune de ses études à l'approbation de ses clients et demandait une reconsidération de cette décision. Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux a dû écrire au président-directeur général de l'ICIS pour lui rappeler que ce dernier agit à titre de fournisseur de services pour le compte du Québec, et non l'inverse.

Enfin, plusieurs des observations et des témoignages recueillis montrent que les analyses produites par l'ICIS, malgré leur qualité méthodologique, demeurent d'une pertinence et d'un intérêt limités pour le Québec :

- l'ICIS produit une grande quantité d'indicateurs et d'études qui peuvent avoir un intérêt scientifique mais qui sont peu utiles pour les décideurs ;
- cette abondante production coûte cher et il n'est pas certain qu'il y ait un rendement suffisant sur l'investissement, du moins pour le Québec ;
- les mesures comparatives n'étant intéressantes qu'avec deux ou trois provinces, le reste des comparaisons revêt un intérêt limité pour le Québec ;
- le budget annuel de l'ICIS est du même ordre que le budget de fonctionnement du MSSS (environ 100 millions de dollars), lequel est appelé à gérer le réseau québécois de la santé et des services sociaux ; si le Québec récupérait sa juste part du financement fédéral consacré à l'ICIS (19 millions), à laquelle s'ajouteraient les 3,5 millions versés annuellement par Québec à l'ICIS, les organismes québécois (Commissaire à la santé et au bien-être, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, etc.) pourraient être dotés de moyens leur permettant d'obtenir des produits informationnels davantage reliés aux priorités et aux besoins du Québec.

En conclusion, la création de l'ICIS constitue, selon nous, un moyen puissant pour le gouvernement fédéral d'orienter les priorités et les modes d'organisation des provinces et territoires et de se positionner, auprès de la population, comme le « gardien du système de santé canadien ».

4.4.3. Inforoute Santé du Canada

Rappel des faits

Au cours des années 1990, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris divers travaux relatifs à l'utilisation des technologies de l'information dans le secteur de la santé. En septembre 2000, lors d'une conférence F-P-T portant sur la santé, les Premiers ministres s'engageaient notamment à faire avancer les dossiers de santé électroniques afin d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé. À la suite de cette rencontre, le gouvernement fédéral annonçait, de façon unilatérale, un investissement de 500 millions de dollars dans une société – Inforoute Santé du Canada (ISC) – qui aurait pour mandat d'accélérer le développement et l'adoption des technologies de l'information en santé.

ISC fut donc constituée en tant que société sans but lucratif dès janvier 2001. Formée de quatorze membres, soit les sous-ministres F-P-T de la Santé, ISC est gouvernée par un conseil d'administration composé de représentants gouvernementaux et non gouvernementaux. Le gouvernement fédéral est le seul bailleur de fonds d'ISC et sa contribution totale à cet organisme depuis sa création totalise 2,1 milliards.

Au départ, la décision du gouvernement fédéral de créer et de financer ISC fut reçue avec désapprobation par le premier ministre du Québec, qui demandait plutôt que le Québec obtienne, sans condition, sa juste part des fonds fédéraux. Entre 2001 et 2004, le Québec a refusé d'adhérer à ISC et a effectué plusieurs démarches, tant auprès du gouvernement fédéral que d'ISC, pour obtenir sa part afin de réaliser ses propres projets relatifs aux technologies de l'information. Ainsi, dans une lettre de juillet 2002, le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux du Québec rappelait à son homologue fédérale que la responsabilité et le déploiement des solutions technologiques sont du ressort du Québec et qu'il serait injustifiable que celui-ci soit privé de sa juste part des fonds fédéraux, laquelle devrait lui être transférée sans condition.

En 2004, constatant l'insuccès de ses démarches auprès de ses interlocuteurs fédéraux et d'ISC, et afin de ne pas priver le Québec de sa part du financement fédéral, le gouvernement du Québec concluait une entente consacrant sa participation à ISC. Le Québec devenait ainsi membre d'ISC et obtenait un siège au conseil d'administration. Toutefois, l'entente convenue entre les deux parties stipulait qu'il revenait au Québec de décider du rythme et des modalités de déploiement de l'info-structure de la santé sur son territoire et que ce déploiement devait s'effectuer en fonction des orientations, des priorités et de la capacité financière du Québec.

Depuis son adhésion à ISC, pas moins de 53 ententes visant des projets précis ont été conclues entre ISC et le Québec. En date du 31 janvier 2014, les engagements financiers d'ISC pour le Québec s'élevaient à 377,1 millions, soit 18,0 % du financement octroyé par le gouvernement fédéral à ISC.

Constats

Le projet d'informatisation du système de santé au Québec est un projet coûteux. Au premier abord, le soutien financier apporté par ISC peut donc sembler utile et pertinent. Toutefois, d'importantes nuances s'imposent.

D'une part, l'adhésion du Québec à ISC suscite de sérieuses préoccupations en matière de gouvernance du système de santé québécois. Nous avons constaté que le respect des orientations et des priorités du Québec apparaissait déjà comme un enjeu au moment où la décision fut prise de faire partie d'ISC. En dépit du fait que l'entente d'adhésion prévoyait explicitement la prépondérance décisionnelle du Québec, on observe :

- que, dès le départ, ISC a choisi et imposé ses orientations, ses priorités et ses solutions technologiques sur une base pancanadienne ;
- qu'à titre de seul bailleur de fonds, Santé Canada exerce une lourde influence sur les orientations d'ISC par l'intermédiaire d'ententes de contribution aussi précises que contraignantes et de fréquentes vérifications ;
- que le conseil d'administration a, globalement, une influence limitée sur les grandes décisions d'ISC ;
- que l'influence du Québec sur les orientations et les priorités d'ISC est minimale.

D'autre part, il apparaît que les relations avec ISC dans la mise en œuvre des projets au Québec sont très laborieuses et exigent d'importants investissements en ressources humaines :

- les ententes dont il faut convenir pour chaque projet sont très complexes ;
- la conclusion de ces ententes exige plusieurs semaines, voire plusieurs mois de négociations, souvent ardues ;
- la reddition de compte pour chacune de ces ententes exige une somme considérable d'efforts de la part de l'administration québécoise ;
- ces ententes sont appliquées de façon rigide par ISC, ce qui rend très difficile la réorientation ou l'adaptation d'un projet en cours de route.

De plus, on doit constater que le modèle d'affaires retenu par ISC soulève plusieurs questions importantes :

- ISC fixe les priorités et les critères de réussite des projets, s'insère très étroitement dans leur gestion opérationnelle, et oblige les provinces et territoires à une véritable cogestion ;
- ISC a fixé, jusqu'à récemment, une exigence voulant que les systèmes des provinces et territoires soient « interopérables », c'est-à-dire construits de manière à pouvoir échanger directement les données relatives aux usagers des différents systèmes de santé. Or, non seulement cet objectif est-il peu pertinent eu égard aux besoins réels des usagers et des cliniciens, mais il a posé des défis technologiques qui n'ont tout simplement pas pu être relevés avec succès, de sorte qu'ISC a finalement dû le mettre

de côté. Les efforts déployés à cet égard ont cependant entraîné d'importants retards dans le déploiement des solutions technologiques dans les provinces et territoires ;

- enfin, en vertu de son modèle d'affaires, ISC ne paie que lorsqu'un projet a atteint la totalité de ses objectifs. Le caractère irritant de cette stratégie d'affaires mérite d'être souligné. Alors qu'ISC impose ses choix technologiques et s'immisce dans les détails, il n'assume aucune responsabilité en cas de difficulté. On laisse ainsi les provinces et territoires assumer seuls la totalité des risques opérationnels et financiers.

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, les engagements d'ISC au Québec (377,1 millions) représentent 18,0 % des fonds fédéraux alloués à ISC, soit bien moins que le poids démographique du Québec. Qui plus est, en date du 31 janvier 2014, seulement 48,0 % de ce montant avait été effectivement décaissé ou était en voie de l'être (180,8 millions), et ce, même si 48 des 53 ententes de projets remontent à cinq ans ou plus.

En somme, nos observations ainsi que les témoignages recueillis nous amènent à conclure que le financement d'ISC pour le développement des dossiers de santé électroniques a eu des conséquences majeures sur les orientations, les priorités et les stratégies du Québec relatives à ce développement. De l'avis de plusieurs, sans l'intervention d'ISC, l'informatisation du réseau québécois se serait effectuée dans une séquence plus logique, et elle aurait été moins coûteuse et plus flexible, de sorte que le Québec aurait investi moins de ressources financières et déployé ses systèmes plus rapidement s'il avait choisi de le faire seul.

4.4.4. La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance

Rappel des faits

En décembre 1999, le gouvernement fédéral annonçait un programme ayant pour objet de venir en aide aux personnes itinérantes. Cette intervention portant essentiellement sur des services sociaux offerts à des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, le Québec a considéré, à juste titre à notre avis, qu'il s'agissait d'une intervention dans un champ de compétence provinciale. Le Québec a donc demandé que ce programme ne s'applique pas sur son territoire mais qu'Ottawa lui verse sa juste part du financement prévu, ce qui lui a été refusé.

Pour ne pas priver la population québécoise des ressources rendues disponibles par le gouvernement fédéral, une première entente Canada-Québec a été conclue pour la période 2000-2003. Au fil des années, ce programme fédéral a pris différentes formes : Initiative de partenariats en action communautaire (1999-2007), Fonds régional d'aide aux sans-abri (2003-2007), Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance (2007-2009) et, enfin, Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (2009-2014). Chacune de ces versions du programme initial a fait l'objet d'une entente Canada-Québec particulière.

Les modalités et les conditions prévues à ces différentes ententes étaient assez similaires. On y énonçait clairement les priorités du gouvernement fédéral et celles du Québec en matière de lutte contre l'itinérance ; des enveloppes budgétaires visaient prioritairement les régions de Montréal et de Québec ainsi que les villes de Drummondville, de Gatineau, de Saguenay, de Sherbrooke et de Trois-Rivières, et une petite partie était aussi réservée aux collectivités rurales et éloignées. Les ententes prévoyaient l'existence d'un comité mixte de gestion, composé de représentants du ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences du Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, chargé de recommander les projets devant faire l'objet d'un financement par le gouvernement fédéral. Avant leur mise en œuvre, les projets devaient recevoir l'aval du Québec, l'autorisation finale appartenant au ministre fédéral responsable du programme.

Dans les ententes 2007-2009 et 2011-2014, le gouvernement fédéral a commencé à introduire des axes d'intervention plus pointus (ex. : mesures de prévention, logement de transition) – sans leur rattacher des enveloppes précises –, qui ont conféré un caractère plus contraignant à la mise en œuvre des ententes.

Les contraintes se sont resserrées peu à peu. Ainsi, l'entente relative à la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) 2011-2014 prenant fin le 31 mars 2014, le gouvernement fédéral a annoncé que le financement de la SPLI 2014-2019 sera lié à l'application d'une approche donnant priorité au logement (le volet logement accaparerait 65 % des sommes prévues pour les régions de Montréal et de Québec).

Cette décision du gouvernement fédéral semble s'inscrire dans la foulée du projet Chez Soi, une initiative de la Commission de la santé mentale du Canada qui visait les personnes itinérantes ayant des problèmes de santé mentale. Cependant, cette orientation, sur laquelle le gouvernement du Québec n'a pas été consulté, soulève une vive opposition de sa part. Il estime en effet que la réponse aux besoins des personnes en situation d'itinérance commande

le recours à un large éventail de ressources et de services, le logement ne devant pas accaparer une aussi grande proportion des budgets que celle qui est envisagée par le gouvernement fédéral.

Le 30 avril 2013, soit peu de temps après l'annonce du dernier budget fédéral liée à la SPLI, la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse a écrit au gouvernement fédéral pour obtenir plus de précisions quant aux implications qu'aura sa décision de lier le financement de la SPLI à l'application de l'approche donnant priorité au logement. De plus, une motion unanime de l'Assemblée nationale a été adoptée le 30 avril 2013 pour dénoncer la décision du gouvernement fédéral et demander qu'il reconduise la SPLI sous sa forme actuelle, respectant ainsi les orientations québécoises en matière d'itinérance.

Ce n'est que le 29 août 2013, soit quatre mois plus tard, que le gouvernement fédéral a répondu à la lettre du Québec, sans fournir davantage de précisions quant aux modalités et aux conditions envisagées pour la SPLI 2014-2019. Les premières précisions ont été communiquées au Québec le 20 septembre 2013, alors que les plus importants paramètres proposés par le gouvernement fédéral pour la future entente ont été soumis au Québec le 14 novembre 2013.

Constats

Dans cette intervention, le comportement du gouvernement fédéral ne correspond pas à celui qui est attendu d'un partenaire respectueux des prérogatives du Québec. Les deux événements décrits ci-dessous en sont d'autres exemples :

- le 23 octobre 2009, le gouvernement fédéral tenait à Montréal des consultations sur l'itinérance avec des intervenants québécois, faisant fi d'une lettre du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux qui indiquait que ces consultations ne respectaient pas l'autorité du Québec en matière de santé et de services sociaux ;
- en 2012, un précédent est survenu dans le cadre de la mise en œuvre de l'entente Canada-Québec relative à la SPLI 2011-2014. Malgré la recommandation favorable du comité mixte de gestion concernant un projet qui répondait aux critères du programme, son financement a été refusé, sans explication, par la ministre fédérale des Ressources humaines et du Développement des compétences au printemps 2012. Ce projet avait pourtant été financé jusqu'au 31 mars 2012 et le programme fédéral n'avait pas fait l'objet de modifications. Le gouvernement du Québec a demandé la révision de cette décision à deux reprises à la ministre fédérale, mais cette dernière s'y est refusée, sans donner les motifs du maintien de sa décision.

Globalement, cette intervention fédérale est un exemple éloquent d'un manque de respect des compétences québécoises et d'une absence de réel partenariat. Chaque nouvelle mouture ou reconduction du programme, conjuguée à l'annonce tardive des nouvelles modalités associées au financement de celui-ci, rend incertain le maintien des services offerts par les organismes québécois aux groupes dont ils s'occupent et place le réseau québécois de la santé et des services sociaux dans une situation difficile.

5. LES PRINCIPAUX CONSTATS

Une lecture et une analyse transversales des interventions du gouvernement fédéral en santé et en services sociaux nous amènent à dégager certains constats généraux quant aux conséquences de celles-ci sur le système de santé et de services sociaux du Québec.

Ces constats peuvent être regroupés selon leurs principaux effets sur :

- les orientations, les priorités et les approches propres au Québec en santé et en services sociaux ;
- le niveau des ressources disponibles pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population québécoise ;
- la gestion et l'administration du système de santé et de services sociaux du Québec ;
- la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec.

5.1. Les conséquences sur les orientations, les priorités et les approches propres au Québec

Comme on a pu le constater dans les pages qui précèdent, les interventions du gouvernement fédéral en santé et en services sociaux sont principalement le fait de ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir de dépenser ». Ces interventions peuvent alors rejoindre en partie les orientations, les objectifs et les priorités du Québec, ses approches et son mode d'organisation des services mais, la plupart du temps, elles proposent, sinon imposent, des cibles et des façons de faire différentes de celles qu'ont déjà retenues les autorités québécoises.

Le gouvernement fédéral poursuit en général des objectifs qui lui sont propres, sans doute influencés par une analyse pancanadienne des besoins de la population et de l'état des systèmes des provinces et territoires. Selon le cas, l'écart avec les orientations, les priorités et les approches du Québec peut être assez grand. Plusieurs des personnes rencontrées ont d'ailleurs indiqué que, si elles pouvaient gérer elles-mêmes les sommes dépensées par le gouvernement fédéral, elles ne les utiliseraient pas de la même manière. Leurs priorités et leurs stratégies ne seraient pas les mêmes.

Par ailleurs, compte tenu des responsabilités premières du Québec en matière de santé et de services sociaux, on pourrait s'attendre à ce que les interventions du gouvernement fédéral fassent l'objet de véritables consultations auprès des autorités québécoises avant leur mise en application. Or, ce n'est pas ce que nous avons observé. Le Québec, comme l'ensemble des provinces et territoires, est le plus souvent informé tardivement des intentions du gouvernement fédéral et se retrouve en position de réaction par rapport à des initiatives déjà bien définies.

Dans plusieurs cas, le gouvernement fédéral aura cependant pris soin de consulter des experts, des praticiens, des observateurs et même des usagers dans différentes parties du pays, considérant de ce fait qu'il a consulté les partenaires concernés par une question. Ces consultations permettent sans doute que les interventions fédérales aient une certaine pertinence eu égard à divers besoins ou problématiques de santé et de bien-être de la

population, mais elles ne peuvent certainement pas tenir compte des enjeux de gestion ni des dimensions stratégiques et politiques. En effet, les personnes consultées, malgré leurs compétences, ne peuvent amener dans ces discussions les préoccupations et les enjeux propres aux autorités responsables et ne peuvent engager le gouvernement du Québec quant à sa participation ou sa collaboration à ces initiatives fédérales.

Si les interventions faites par le gouvernement fédéral dans le cadre du pouvoir de dépenser ne heurtent pas toujours les orientations ou les priorités du Québec, il en est autrement des interventions fédérales de nature normative que nous avons recensées. Qu'il s'agisse des dispositions applicables aux consommateurs de marijuana à des fins médicales, aux utilisateurs de drogues injectables ou encore aux personnes ayant recours à la procréation assistée, les mesures adoptées par le gouvernement fédéral heurtent ici de plein fouet les choix faits par le Québec. Le Québec a d'ailleurs contesté, dans certains cas devant les tribunaux, ces décisions fédérales.

Globalement, le Québec semble avoir de la difficulté à se faire entendre par ses vis-à-vis fédéraux. Dans plusieurs des dossiers que nous avons examinés, les positions défendues par le Québec auprès du gouvernement fédéral, y compris lorsqu'il s'agit d'interventions officielles faites par des ministres ou des sous-ministres, sont rarement prises en considération, quand elles ne demeurent pas carrément sans réponse. Des volets importants de l'organisation des services de santé ou des services sociaux doivent par conséquent être modifiés ou adaptés pour tenir compte de ces décisions unilatérales du gouvernement fédéral.

5.2. Les conséquences sur le niveau des ressources disponibles

5.2.1. Un financement important mais dont l'effet global demeure relatif

Comme l'analyse des données recueillies (voir la section 4) a permis de le constater, les interventions du gouvernement fédéral en santé et en services sociaux représentent, pour le Québec, des revenus annuels moyens d'environ 227 millions de dollars depuis 2007. Il s'agit d'une somme non négligeable mais, lorsqu'on la compare aux dépenses totales du gouvernement du Québec dans ce domaine, soit 30 milliards en 2012-2013, cela demeure un apport bien relatif. En ne contribuant que pour moins de 1 % des dépenses totales en santé et en services sociaux, les initiatives fédérales n'ont donc qu'un effet très limité sur le niveau global des services et sur la réponse aux besoins de la population du Québec.

Malgré leur importance toute relative, les interventions fédérales ont l'« avantage », aux yeux de certains intervenants québécois, de forcer la main au Québec et de l'obliger à investir davantage ou à devancer des investissements dans certains secteurs. Convaincus de cet effet d'entraînement, certains deviennent mêmes partisans de ces interventions, quand ils ne vont pas jusqu'à s'en faire les promoteurs. Or, nos consultations auprès des autorités québécoises nous ont persuadés que cette croyance n'est pas fondée. Même lorsque les programmes fédéraux impliquent une contrepartie financière de la part du Québec, cela n'a pas pour effet de faire augmenter d'autant le budget consacré à la santé et aux services sociaux. Le MSSS doit plutôt dans ces circonstances trouver les sommes requises à l'intérieur de ses crédits et, par conséquent, réduire ou reporter d'autres dépenses en santé et en services sociaux.

5.2.2. Un financement inéquitable pour le Québec

Cela dit, le financement consacré par le gouvernement fédéral à ses interventions en santé et en services sociaux s'avère nettement inéquitable pour le Québec. Comme l'indiquent les tableaux présentés à la section 4 et comme nos travaux le montrent clairement, le Québec ne reçoit pas la part qui devrait lui revenir dans les dépenses effectuées par le gouvernement fédéral. Il s'agit d'un problème majeur puisque nous pouvons raisonnablement estimer le « manque à gagner » du Québec dans ces différents programmes à 103 millions de dollars annuellement depuis 2007.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, sans qu'il ne soit toutefois possible de déterminer précisément le poids relatif de chacun. Dans quelques cas, l'enveloppe réservée pour le Québec est inférieure à son poids démographique dans l'ensemble canadien. Lorsque qu'ils sont assujettis à un appel de projets, sans enveloppe réservée pour le Québec, les budgets obtenus par les projets québécois représentent une proportion nettement moindre que le poids relatif de la province. Ces programmes semblent donc susciter moins d'intérêt au Québec qu'ailleurs au Canada, soit parce qu'ils répondent moins bien aux préoccupations des intervenants québécois, soit parce qu'ils sont moins connus d'eux ou parce que la lourdeur des procédures à suivre en rebutent certains. Dans d'autres cas, comme il existe déjà des mesures équivalentes dans les programmes du Québec, les organismes québécois semblent se limiter à cette source de financement.

Sur un autre plan, le financement accordé par le gouvernement fédéral s'avère inéquitable lorsqu'il ne tient pas compte des investissements déjà consentis par une province ou un territoire sur le même objet. Dans ces situations, les juridictions qui ont adopté des mesures sans attendre l'intervention fédérale sont pénalisées par rapport à celles qui ne l'ont pas fait et qui s'en remettent aux initiatives fédérales pour exercer des fonctions qui, en principe, relèvent de leur responsabilité. Comme ces dépenses fédérales sont financées à même les impôts de tous les Canadiens, y compris ceux des Québécois, ces derniers se trouvent à payer davantage pour des interventions que leur gouvernement a déjà mises en place.

5.2.3. Un double emploi coûteux

Notre analyse nous permet par ailleurs de constater qu'en santé et en services sociaux, le gouvernement fédéral s'est doté d'un appareil administratif imposant qui s'appuie sur des ressources humaines et financières considérables. En fait, le nombre de fonctionnaires fédéraux dans le domaine de la santé est carrément étonnant si on le compare, toutes proportions gardées, à celui dont dispose le gouvernement du Québec qui, lui, a la charge de gérer le système de santé et de services sociaux.

À cet égard, nous avons estimé les sommes qui pourraient être transférées au Québec, comme dans les autres provinces ou territoires, si le gouvernement fédéral le laissait exercer pleinement ses responsabilités en santé et en services sociaux. Il est très difficile, à partir des données disponibles, de distinguer la part de dépenses fédérales directement reliées aux champs de compétences propres au Québec, d'autant plus que cette distinction pourrait être longuement débattue. De plus, la documentation portant sur les comptes publics fédéraux ne

permet pas d'isoler les dépenses consacrées aux services sociaux tels qu'ils sont définis au Québec. Malgré ces contraintes, et même en supposant que les deux tiers des dépenses actuelles de fonctionnement du gouvernement fédéral devraient y être maintenues, on peut estimer que, pour le seul domaine de la santé, 210 millions pourraient être transférés annuellement au Québec.

5.3. Les conséquences sur la gestion et l'administration du système québécois

5.3.1. La continuité et la qualité des services fragilisés

Dans presque tous les cas que nous avons pu étudier, les interventions fédérales ont une durée limitée. Même lorsqu'il s'agit de programmes qui se renouvellent depuis plusieurs années, ce renouvellement est toujours conditionnel à l'approbation de nouveaux crédits ou à la signature d'une nouvelle entente avec le Québec.

Dans ce contexte, ni les autorités québécoises, ni les organismes receveurs ne peuvent compter sur le maintien du financement fédéral pour les années à venir. Il va sans dire que cette situation engendre de l'incertitude chez les gestionnaires, laquelle plane sur les ressources engagées grâce à ces budgets. Cette incertitude est particulièrement néfaste dans les organismes communautaires, dont les budgets limités sont plus menacés par le retrait du financement fédéral.

La non-pérennité des programmes fédéraux et le caractère non reproductible des crédits qui y sont associés posent de sérieux problèmes pour la planification des activités des établissements et des organismes ainsi que pour la gestion des ressources humaines, dont la stabilité est alors compromise. Comme les interventions reposent d'abord sur le capital humain des établissements et des organismes, c'est la continuité, sinon la qualité des services qui est en jeu, au détriment non seulement des fournisseurs de services mais aussi, et surtout, des personnes bénéficiant de ceux-ci.

5.3.2. Des enjeux éthiques

En examinant les interventions fédérales des dernières années, nous avons vu se dessiner un modèle ou une stratégie d'action qui soulève à nos yeux des enjeux importants, particulièrement sur le plan éthique. Dans de tels cas, le gouvernement fédéral utilise sa capacité de dépenser pour offrir à des personnes vulnérables de nouveaux services dont il n'entend pas assurer la continuité.

Dans ce type de stratégie, le gouvernement fédéral vient sur le terrain et offre un nouveau service, un « projet pilote », qui vise à expérimenter une nouvelle façon de faire pour répondre aux besoins d'un groupe. Le projet pilote peut être accompagné d'un dispositif d'évaluation, voire de recherche, afin d'en mesurer l'efficacité ou de préciser les conditions de son succès. Au terme de cette période d'« expérimentation », le gouvernement fédéral se retire et met fin

au projet, tout en constatant, souvent à juste titre par ailleurs, la pertinence et l'utilité de celui-ci.

Évidemment, pendant toute cette période d'« expérimentation », les personnes qui ont participé au projet ont bénéficié d'une aide, souvent très appréciée. Quel choix s'offre au gouvernement du Québec à la fin de ce type de projet ? Quel choix s'offre alors aux personnes qui en ont bénéficié ? Pour celles-ci et pour les partenaires, le seul choix est de se tourner vers le gouvernement du Québec et de lui demander d'en assurer la continuité. Ce dernier est alors forcé, à la fois sur les plans clinique, éthique et politique, de prendre la relève du gouvernement fédéral et d'assurer la continuité de l'intervention à même ses ressources.

Il nous semble que, dans ce type d'approche, le gouvernement du Québec est pris en otage. Or, notre analyse nous amène à croire qu'il s'agit pour les autorités fédérales d'un moyen acceptable, mais à nos yeux hautement questionnable, de forcer les gouvernements des provinces et territoires à emprunter la voie qu'il a tracée.

5.3.3. Des coûts de gestion accrus

Le mandat qui nous a été confié prévoyait une estimation des coûts engendrés, pour le Québec, par les doublons et les chevauchements des interventions fédérales par rapport aux actions québécoises en santé et en services sociaux. Il est certain que de nombreux acteurs du réseau québécois doivent consacrer des efforts souvent importants s'ils veulent bénéficier de l'aide fédérale. Qu'il s'agisse de préparer des dossiers, de participer aux mécanismes mis en place par le gouvernement fédéral ou de répondre à ses exigences en matière de reddition de compte, de nombreux témoignages que nous avons recueillis font ressortir la lourdeur des démarches à suivre.

Plusieurs des personnes que nous avons rencontrées ont indiqué que, si le gouvernement fédéral versait les budgets directement au Québec au lieu de maintenir le mode de fonctionnement actuel, les processus administratifs seraient bien moins lourds pour des résultats équivalents, sinon améliorés. On a notamment insisté sur le poids que font porter le double processus de soumission et d'évaluation des projets ainsi que la double reddition de compte dans le cadre actuel. Toutefois, les données disponibles ne nous permettent pas de chiffrer ces dépenses pour l'ensemble des acteurs du réseau.

Pour ce qui est du MSSS lui-même, on constate que les interventions fédérales en santé et en services sociaux entraînent des coûts importants. Sur le seul plan de la gestion des interfaces (négociation des ententes, participation aux mécanismes mixtes, etc.), c'est plus de 26 personnes en équivalent temps complet, pour une dépense annuelle d'environ 2 millions de dollars, que le MSSS doit consacrer à la gestion des interventions fédérales en santé et en services sociaux.

Dans certains dossiers, les exigences fédérales sont imposantes au point où l'on peut se demander si les coûts pour le Québec ne dépassent pas les avantages qu'il en retire. À cet égard, les modes de gestion imposés par Inforoute Santé Canada apparaissent particulièrement lourds. Sans reprendre ici les éléments déjà mentionnés dans le présent rapport concernant

cette intervention, on peut se demander, comme le font d'ailleurs plusieurs des personnes rencontrées, si le jeu en valait la chandelle ou si le Québec n'aurait pas dû agir seul.

5.3.4. Des relations fédérales-provinciales ardues et coûteuses

Notre démarche nous a permis de constater que les initiatives fédérales en santé et en services sociaux conduisent souvent à de longues, laborieuses et coûteuses négociations. En effet, les représentants du MSSS, appuyés par leurs collègues du Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, doivent consacrer beaucoup de temps et d'énergie à faire modifier les propositions fédérales, à convenir de leurs modalités, à faire préciser (et souvent à faire réduire) les modalités relatives à la reddition de compte.

5.4. Les conséquences sur la gouvernance

C'est sur le plan de la gouvernance du système de santé et de services sociaux que les interventions fédérales soulèvent les questions les plus sérieuses.

5.4.1. Des interventions qui empiètent sur les compétences du Québec

Dans certains domaines particuliers, le gouvernement fédéral a une responsabilité reconnue par les provinces et territoires, dont le Québec : protection de la santé publique, homologation des médicaments, sécurité nucléaire, salubrité des aliments, services de santé et services sociaux aux Autochtones ainsi qu'aux membres des forces armées et aux anciens combattants. Il est aussi reconnu que le gouvernement fédéral et les provinces ont des responsabilités partagées en matière de financement de la recherche.

En dehors de ces domaines particuliers, les interventions du gouvernement fédéral en santé et en services sociaux, quelles qu'elles soient, empiètent sur les compétences du Québec. C'est notamment le cas lorsque ces interventions portent sur des activités de promotion ou de prévention, sur des services de traitement ou de réadaptation, sur l'établissement de normes ou de guides de pratiques et, à plus forte raison, sur l'évaluation des services ou de la performance des systèmes provinciaux de santé et de services sociaux.

Historiquement, le Québec a voulu exercer pleinement ses compétences en santé et en services sociaux, et l'évolution de son système démontre largement qu'il y est parvenu, ce qui semble moins le cas dans d'autres juridictions. Cela incite le gouvernement fédéral à prendre en charge, de sa propre initiative ou à l'invitation de certaines de ces juridictions, des fonctions qui sont de compétence provinciale ou territoriale.

On observe donc entre le Québec et le gouvernement fédéral une vision divergente du rôle de ce dernier en santé et en services sociaux. Reposant assez clairement sur le concept d'un système de santé unique pour l'ensemble du Canada, l'action du gouvernement fédéral en santé et en services sociaux cherche à le positionner comme le « gardien » du système de santé canadien, un enjeu qu'il situe au cœur de l'« identité canadienne ».

Ces empiètements ou ces ingérences entretiennent la confusion au sein de la population, et même au sein du réseau et des professionnels, quant à l'identité du gouvernement qui est responsable et qui doit rendre des comptes en matière de santé et de services sociaux.

5.4.2. Des relations de moins en moins directes entre les deux gouvernements

Le clivage entre les perspectives fédérale et québécoise se manifeste de différentes manières, mais s'illustre notamment lorsque le gouvernement fédéral consulte directement des intervenants québécois ou négocie avec eux des ententes en vue d'instaurer des initiatives en santé et en services sociaux, plutôt que de consulter le gouvernement du Québec ou de négocier avec lui. Ce faisant, le gouvernement fédéral discrédite le processus administratif et politique qui devrait présider aux rapports de gouvernement à gouvernement.

Sur un autre plan, on constate que le gouvernement fédéral a créé des organismes juridiquement distincts qui assument des fonctions stratégiques ou administrent des programmes majeurs. Des rôles et des budgets très importants sont ainsi sortis de l'appareil gouvernemental pour être confiés à un tiers qui sert d'intermédiaire entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et territoires : Inforoute Santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, la Commission de la santé mentale du Canada, le Partenariat canadien contre le cancer, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, etc. La création de ces organismes pancanadiens a souvent reçu l'aval de plusieurs provinces et territoires mais jamais de celui du Québec, ce qui n'en a pas empêché la mise en place. Dans certains cas, le Québec s'est résigné, *a posteriori*, à participer à ces organismes pour ne pas se priver des sommes rendues disponibles.

Cette stratégie fait en sorte que, dans des domaines clés comme la santé mentale, le cancer, les dossiers de santé électroniques ou l'évaluation de la performance, les interventions fédérales en santé et en services sociaux échappent à la dynamique normale des rapports entre gouvernements puisque les provinces et territoires doivent transiger avec un organisme « indépendant » et son conseil d'administration. Cette situation réduit la capacité des provinces et territoires, dont le Québec, de négocier directement avec le gouvernement fédéral et d'exercer le pouvoir politique qui devrait être le leur relativement à des enjeux importants pour leurs systèmes de santé et de services sociaux.

5.5. Le retrait du gouvernement fédéral

Parallèlement à ces empiètements dans les champs de compétence du Québec, les consultations menées dans le cadre de la présente étude ont fait ressortir un phénomène paradoxal, soit le retrait du gouvernement fédéral de certains champs d'activité où son rôle est non seulement légitime, mais souhaité.

Cette question se situant en dehors de notre mandat, nous nous limiterons ici à dresser une liste, sans doute incomplète, des dossiers pour lesquels le gouvernement fédéral s'est montré réticent à jouer le rôle attendu ou a revu à la baisse le niveau des services rendus jusqu'ici : l'approvisionnement en médicaments lorsque se produisent des pénuries ;

l'approvisionnement en isotopes médicaux, la couverture des soins de santé pour les réfugiés, le remboursement des soins et services pour les Inuits et les membres des Premières Nations, le financement des soins de santé et des services sociaux pour les membres des forces armées et de la Gendarmerie royale ainsi que la collecte, par Statistique Canada, des données pertinentes à la planification des services de santé et des services sociaux.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de constater que les ingérences fédérales en santé et en services sociaux sont un phénomène qui ne cesse de se répéter au fil des ans. Bien que les montants en cause modifient peu le niveau des ressources disponibles pour répondre aux besoins de la population québécoise, ces interventions fédérales perturbent le fonctionnement et, surtout, la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec.

Malgré les efforts importants qu'il y consacre, le Québec n'arrive pas à arrimer l'action du gouvernement fédéral à ses propres priorités et façons de faire, ni à obtenir sa juste part des sommes que celui-ci alloue à ses interventions en santé et en services sociaux. Dans quelques dossiers, les exigences fédérales sont imposantes au point où l'on peut se demander si les coûts pour le Québec ne dépassent pas les avantages qu'il en retire.

Nous sommes persuadés que la cohésion et l'efficacité du système québécois seraient améliorées si le gouvernement fédéral se retirait de ce champ de compétence du Québec et transférait au gouvernement du Québec les ressources qu'il y consacre.

**ANNEXE A - QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX DIRECTIONS DU MSSS AINSI QU'À DES
ORGANISMES RELEVANT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX**

CONSIGNES

- Le questionnaire a 3 sections et compte un maximum de 33 questions
- Pour plusieurs questions, un choix de réponses s'offre dans un menu déroulant lorsque vous cliquez dans la cellule. Veuillez noter qu'aucune autre réponse que celles proposées ne pourra être inscrite.

1. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION FÉDÉRALE

Questions	Réponses / précisions	
1.1. Veuillez identifier l'intervention fédérale en question.		
1.2. Dans vos propres mots et selon vos connaissances, veuillez rédiger un bref historique ainsi qu'une description générale (nature, ampleur, portée, fonctionnement, etc.) de l'intervention fédérale en question.		
1.3. L'intervention visée est-elle de nature financière, normative ou mixte? (précisez au besoin)		
1.4. Si l'intervention est de nature financière :		
1.4.1. est-elle unique ou récurrente? (précisez au besoin)		
1.4.2. est-elle conditionnelle ou inconditionnelle? (précisez au besoin)		
1.4.3. à l'échelle canadienne, quelle somme le fédéral consacre-t-il à cette intervention? (sur une base annuelle)		
1.4.4. à l'échelle du Québec, quelle somme le fédéral consacre-t-il à cette intervention? (sur une base annuelle)		

1. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION FÉDÉRALE (SUITE)		
Questions	Réponses / précisions	
1.5. Si l'intervention est de nature normative :		
1.5.1. s'agit-il d'une loi, d'un règlement ou d'un autre type de norme (scientifique, technique, etc.)?		<u>Veillez nommer la ou les normes en question:</u>
1.5.2. l'application de la norme est-elle obligatoire ou facultative? (précisez au besoin)		
1.6. Si l'intervention est de nature mixte (financière ET normative), veuillez préciser.		
1.7. Veuillez identifier, le cas échéant, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux concernés par cette intervention (individus, directions, organismes, etc.).		
2. CONDITIONS LIÉES À L'INTERVENTION		
2.1. Si l'intervention est de nature financière :		
2.1.1. le Québec doit-il y participer financièrement (financement partagé) ? Si oui, veuillez préciser le montant de la contribution québécoise (sur une base annuelle).		
2.1.2. la contribution du Québec a-t-elle fait l'objet de négociations avec le fédéral ? Si oui, avec quels résultats ?		
2.1.3. le Québec doit-il rendre des comptes au gouvernement fédéral ou être évalué par ce dernier, notamment en matière de gestion financière ou d'atteinte d'objectifs ? Si oui, veuillez préciser.		
2.1.4. le Québec doit-il faire des ajustements normatifs (loi, règlement, autre norme) ? Si oui, veuillez préciser.		

2. CONDITIONS LIÉES À L'INTERVENTION (SUITE)

Questions	Réponses / précisions	
2.1.5. le Québec doit-il faire des ajustements administratifs (réaffectation ou recrutement de personnel, nouveau processus, création de structure, etc.)? Si oui, veuillez préciser.		
2.1.6. le Québec doit-il procéder à certains ajustements en matière de propriété intellectuelle?		
2.1.7. le Québec doit-il procéder à certains ajustements en matière linguistique?		
2.1.8. le Québec fait-il face à d'autres conditions ou contraintes que celles mentionnées ci-haut? Si oui, veuillez préciser.		
2.2. Si l'intervention est de nature normative :		
2.2.1 le Québec a-t-il (ou a-t-il eu) un délai précis pour se conformer à la nouvelle norme? Si oui, veuillez préciser.		
2.2.2. le Québec fait-il face à d'autres conditions ou contraintes que celle mentionnée ci-haut? Si oui, veuillez préciser.		
3. IMPACTS DEL'INTERVENTION		
3.1. Quel bilan général, positif ou négatif, dressez-vous de cette intervention, notamment en ce qui concerne la capacité du Québec à planifier, organiser, gérer et évaluer les services dans le domaine de la santé et des services sociaux?		

3. IMPACTS DE L'INTERVENTION (SUITE)

Questions	Réponses / précisions
3.2. De façon plus précise, cette intervention:	
3.2.1. correspond-elle aux priorités du Québec en matière de santé et de services sociaux?	<u>Veillez préciser:</u>
3.2.2. représente-t-elle un chevauchement ou un dédoublement d'une intervention québécoise existante dans le domaine de la santé et des services sociaux?	<u>Veillez préciser:</u>
3.3. Quels sont les principaux bénéfices liés à cette intervention d'un point de vue:	
3.3.1. humain (clientèles, professionnels de la santé, ressources humaines, etc.)	
3.3.2. administratif (planification, organisation, gestion, évaluation, imputabilité, etc.)	
3.3.3. financier	
3.3.4. autre	

BIBLIOGRAPHIE

- (ASPC) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2013). *Rapport ministériel sur le rendement 2012-2013*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 45 p.
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2002). *Journal des débats*, Cahier 136, p. 7947-7948.
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2005). *Journal des débats*, Cahier 145, p. 8374-8375.
- BERGERON, P., et F. GAGNON (2003). « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans V. Lemieux *et al.* (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, 2^e éd., chap. 1, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 7-33.
- BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA (2008). *Le Canada et la Première Guerre mondiale*, rubrique « Saviez-vous que... », section « Si certaines choses ne changent jamais, quand ont-elles commencé ? », Ottawa, Bibliothèque et Archives Canada, [En ligne], [<http://www.collectionscanada.gc.ca/firstworldwar/025005-3300-f.html>] (Consulté le 9 octobre 2013).
- CARTER, G.E. (2012). « Imposition », *L'Encyclopédie canadienne*, [En ligne], [<http://www.thecanadianencyclopedia.com/fr/article/taxation/>] (Consulté le 8 octobre 2013).
- DICKIN, J. (2012). « Santé publique », *L'Encyclopédie canadienne*, [En ligne], [<http://www.thecanadianencyclopedia.com/fr/article/public-health/>] (Consulté le 27 août 2013).
- (DPB) DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET (2013). *Rapport sur la viabilité financière de 2013*, préparé par M. Askari *et al.*, Ottawa, Bureau du directeur parlementaire du budget, II, 49 p.
- EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA (2013). *Directions générales de EDSC*, Site Web du ministère de l'Emploi et du Développement social du Canada, rubrique « À propos de nous », section « Structure organisationnelle », Mise à jour du 15 juillet 2013, Ottawa, Emploi et Développement social Canada, [En ligne], [<http://www.rhdcc.gc.ca/fra/apropos/directions/index.shtml>] (Consulté le 30 août 2013).
- FORTIN, S. (2006). « De l'union sociale canadienne à l'union sociale fédérale du Canada (1990-2006) », dans A.G. Gagnon (sous la dir. de), *Le fédéralisme canadien contemporain : Fondements, traditions, institutions*, chap. 11, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, coll. « Paramètres », p. 339-369.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). « Entrée en vigueur de l'assurance hospitalisation – 1^{er} janvier 1961 », Site Web du gouvernement du Québec, *Révolution tranquille – 50 ans : Un courant d'inspiration*, rubrique « Faits et gestes », section « Fil du temps », thème « Système social », [En ligne], [http://www.revolutiontranquille.gouv.qc.ca/index.php?id=104&tx_ttnews%5Btt_news%5D=5&cHash=076bc68e7b8f02e8251f8073f73bff9e] (Consulté le 8 septembre 2013).

- GUAY, J.H., sous la dir. de (2009a). « Création du ministère des Affaires fédérales-provinciales », dans *Bilan du siècle*, Site Web de l'École de politique appliquée, Université de Sherbrooke, [En ligne], [\[http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/1418.html\]](http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/1418.html) (Consulté le 16 octobre 2013).
- GUAY, J.H., sous la dir. de (2009b). « Présentation du rapport de la Commission Rowell-Sirois », dans *Bilan du siècle*, Site Web de l'École de politique appliquée, Université de Sherbrooke, [En ligne], [\[http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/634.html\]](http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/634.html) (Consulté le 17 octobre 2013).
- MAIONI, A. (2011). « Health Care in Quebec », dans S. Gervais, C. Kirkey et J. Rudy (sous la dir. de), *Quebec Questions: Quebec Studies for the Twenty-First Century*, chap. 21, Toronto, Oxford University Press, p. 324-337.
- MAIONI, A., et M. SMITH (2003). « Health Care and Canadian Federalism », dans F. Rocher et M. Smith (sous la dir. de), *New Trends in Canadian Federalism*, 2^e éd., chap. 11, Toronto, University of Toronto Press, p. 295-312.
- (MSSS) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, XI, 140 p.
- (MSSS) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, rédigé par M.A. Saint-Pierre, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 194 p.
- (MSSS) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Comprendre les coûts du système de santé du Canada*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 69 p.
- (MFEQ) MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE DU QUÉBEC (2012). *Budget 2013-2014 : Plan budgétaire*, [Québec], ministère des Finances et de l'Économie du Québec, pag. variée.
- PELLETIER, R. (2009). « Constitution et fédéralisme », dans R. Pelletier et M. Tremblay (sous la dir. de), *Le parlementarisme canadien*, chap. 2, 4^e édition revue et augmentée, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 41-87.
- PELLETIER, R. (2002). *Les mécanismes de coopération intergouvernementale : facteurs de changement ?*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n^o 29, VI, 38 p.
- PELLETIER, R. (2001). *Le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral : dépenser ou contrôler ?*, Mémoire présenté à la Commission sur le déséquilibre fiscal, 20 p.
- QUÉBEC (1961). « Loi instituant le ministère des affaires fédérales-provinciales = An Act to establish the Department of Federal-Provincial Affairs », dans *Statuts de la province de Québec*, chap. 22, Québec, Roch Lefebvre, Imprimeur de la Reine, p. 145-146.

- (RGC) RECEVEUR GÉNÉRAL DU CANADA (2013). *Comptes publics du Canada 2013 – Volume 2 : Détails des charges et des revenus*, [Ottawa], Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, pag. variée.
- (RHDC) RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA (2013). *Rapport ministériel sur le rendement 2012-2013*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, II, 129 p.
- ROCHER, F. (2006). « La dynamique Québec-Canada ou le refus de l'idéal fédéral », dans A.G. Gagnon (sous la dir. de), *Le fédéralisme canadien contemporain : Fondements, traditions, institutions*, chap. 3, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, coll. « Paramètres », p. 93-146.
- SANTÉ CANADA (2013). *Rapport ministériel sur le rendement 2012-2013*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- SANTÉ CANADA (2012). *Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013*, Ottawa, Santé Canada, 57 p.
- SANTÉ CANADA (2011). *Le système des soins de santé du Canada*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>] (Consulté le 9 octobre 2013).
- SANTÉ CANADA (2008). *Activités et responsabilités*, Section du site Web de Santé Canada, rubrique « À propos de Santé Canada », [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/index-fra.php>] (Consulté le 26 août 2013).
- (SAIC) SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES (2001). *Positions du Québec dans les domaines constitutionnel et intergouvernemental – De 1936 à mars 2001*, Québec, Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, ministère du Conseil exécutif, 543 p.
- (SAIC) SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES (1998). *Position historique du Québec sur le pouvoir fédéral de dépenser, 1944-1998*, Québec, Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, ministère du Conseil exécutif, 47 p.
- SIMEON, R. (2012). « Commission royale d'enquête sur les relations fédérales-provinciales », *L'Encyclopédie canadienne*, [En ligne], [<http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/commission-royale-denquete-sur-les-relations-federalesprovinciales>] (Consulté le 27 août 2013).
- SIMEON, R. (2005). « Plus ça change.. ? Les relations intergouvernementales d'hier à aujourd'hui », *Options politiques*, vol. 26, n° 2, mars-avril, p. 87-91.
- TIEDEMANN, M. (2011). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, série « En bref », publication n° 2011-91-F, I, 6, 1 p.