
La contribution santé, de sa création à son abolition : quels constats en tirer?¹

Maryse Tétreault, professionnelle de recherche
Luc Godbout, professeur titulaire et chercheur principal
Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques

15 mars 2018

Au Québec, la mission Santé et des services sociaux constitue le poste de dépenses gouvernementales le plus important. Selon la mise à jour économique de novembre 2017, ces dépenses se chiffraient à 40,5 milliards de dollars ou 42,7 % des dépenses de missions. Comparativement, la mission Éducation et culture, le second poste en importance, représentait 24 % des dépenses². Or, le gouvernement du Québec anticipe une croissance des dépenses en santé qui découle principalement aux coûts liés à l'adoption de nouvelles technologies et au vieillissement de la population.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses publiques de santé, exprimées par habitant en dollars constants de 1997, sont passées de 1 959 \$ en 2000 à 2 683 \$ en 2015, soit une hausse de 27 %. Elles sont estimées à 2 796 \$ pour 2017³. Aussi, plusieurs études ont projeté une croissance forte des dépenses de santé totales des gouvernements dans les

¹ La Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques de l'Université de Sherbrooke tient à remercier de son appui renouvelé le ministère des Finances du Québec et désire lui exprimer sa reconnaissance pour le financement dont elle bénéficie afin de poursuivre ses activités de recherche.

² Ministère des Finances (2017), *Le Plan économique du Québec. Mise à jour de novembre 2017*, p. A.43.

³ Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 1975 à 2017, Tableau B.3.5 Dépenses de santé du secteur public par habitant, par province et territoire, Canada, en dollars constants de 1997, de 1975 à 2017.

prochaines années, en partie causée par le vieillissement de la population. La croissance attendue de ce poste de dépenses est plus élevée que celle des autres dépenses et que la croissance des revenus (voir notamment Godbout, Dao et Fortin, 2014, et Clavet et al., 2016).

Pour créer des revenus supplémentaires visant à répondre à la hausse rapide des dépenses publiques de santé, le ministre des Finances du Québec, Raymond Bachand, a introduit en 2010 une mesure permettant d’aller chercher des fonds supplémentaires du côté des contribuables. Dans sa première version, cette « contribution santé » prenait la forme d’une taxe forfaitaire applicable à tous. Afin de limiter la pression sur les ménages à faible revenu, un seuil d’exemption avait été prévu afin de les exonérer de payer ce montant. Cette mesure a suscité de nombreuses critiques et débats à l’Assemblée nationale, mais aussi dans la sphère publique. Elle a aussi été au cœur des campagnes électorales de 2012 et 2014. Dès le budget 2015-2016, soit à peine six ans après sa mise en œuvre, le ministre des Finances du Québec annonçait son abolition progressive. Puis, dans les deux budgets suivants, cette abolition sera chaque fois en partie devancée pour se finaliser en 2017 pour l’ensemble des contribuables.

L’analyse proposée ici vise à recenser les principaux événements liés à l’introduction, à la mise en application, puis à l’abolition de la contribution santé. Entre 2010 et 2017, que s’est-il passé pour que le gouvernement décide de mettre fin à une mesure qui, selon le gouvernement précédent, allait donner un coup de pouce aux finances publiques en matière de santé?

Création de la contribution santé

Mise en place

Le ministre québécois des Finances, Raymond Bachand, annonçait, lors du discours du budget 2010-2011, qu'une contribution santé annuelle serait instaurée à compter du 1^{er} juillet 2010, et ce, en vue de créer des revenus supplémentaires visant à répondre à la hausse rapide des dépenses publiques de santé dans un contexte de retour à l'équilibre budgétaire. Cette contribution s'appliquerait à tous les contribuables adultes par la voie des déclarations de revenus⁴. Il avait alors été annoncé que la contribution serait d'un montant fixe (200 \$) et qu'elle serait mise en place progressivement sur une période de trois ans : une contribution annuelle pour chaque adulte de 25 \$ en 2010, de 100 \$ en 2011 et de 200 \$ en 2012⁵. Cette dernière année, à l'exception des contribuables exemptés, tous les Québécois auraient à payer une contribution de 200 \$ sur une base annuelle, soit 3,2 millions de ménages québécois⁶.

Dans cette première mouture, le gouvernement avait annoncé que le seuil d'assujettissement allait varier selon la composition du ménage. Il prévoyait exempter les ménages qui étaient déjà dispensés de contribuer au régime public d'assurance médicaments, soit les ménages ayant des revenus très bas (seuil de 14 040 \$ pour une personne seule en 2010). Au-delà de ce seuil, chaque contribuable devait acquitter le plein montant.

Avec cette mesure, le gouvernement anticipait, dans son budget de 2010-2011, percevoir 945 millions de dollars par année à compter de 2013-2014⁷. Les sommes recueillies au moyen de cette contribution santé seraient alors déposées dans un fonds dédié au financement des services de santé et des services sociaux (FINESSS). L'argent recueilli dans ce fonds serait redistribué aux établissements de santé en fonction de la performance des hôpitaux (voir l'encadré).

Basé sur les recommandations faites dans le Rapport Castonguay sur le financement du système de santé de 2008, le ministre des Finances annonce également, dans le budget 2010-2011, que le gouvernement envisageait l'introduction d'une franchise santé dont le montant varierait en fonction du nombre de visites médicales effectuées par l'utilisateur et qui serait payable lors de la production de la déclaration fiscale annuelle. L'impact de cette mesure était

Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)

Dans son budget 2010-2011, le gouvernement du Québec a créé un fonds réservé au financement des services de santé et des services sociaux. Les sommes qui y sont versées permettent, notamment, de poursuivre le développement des services de santé et des services sociaux, d'assurer le soutien à des projets prometteurs destinés à améliorer la performance du système et de combler une partie de l'écart entre la croissance des dépenses de santé et celle des revenus qui servent à leur financement.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017), Comptes de la santé 2014-2015 à 2016-2017, p. 14.

⁴ Ministère des Finances du Québec (2010), *Budget 2010-2011*.

⁵ Idem., p. A.33.

⁶ Ministère des Finances du Québec (2010), *Vers un système de santé plus performant et mieux financé, Budget 2010-2011*, p. 24.

⁷ Idem., p. 22.

évalué à 50 millions de dollars pour 2012-2013 et à 500 millions de dollars pour 2013-2014⁸. Cette dernière mesure fut cependant abandonnée en raison de la complexité bureaucratique et des coûts d'administration importants qui auraient, au final, excédé les revenus escomptés⁹. Autre élément avancé, elle risquait également d'enfreindre la Loi canadienne sur la santé qui exige la gratuité des soins assurés offerts dans le réseau de santé public.

Évolution

L'année 2012 marque un changement de gouvernement. Pendant la campagne électorale, l'abolition de la contribution santé faisait alors partie des engagements du nouveau gouvernement. La contribution santé avait été critiquée. On la qualifiait notamment de taxe « régressive ». Or, une fois élu, le gouvernement a reculé sur son intention de mettre fin à la contribution santé¹⁰. Par contre, il l'a modifiée en la rendant progressive, c'est-à-dire modulée en fonction des revenus des particuliers. Par ailleurs, un autre changement est aussi introduit à partir du 1^{er} janvier 2013; le montant de la contribution est déterminé en fonction du revenu individuel plutôt que familial. Avec cette nouvelle formule, 2,13 millions de contribuables étaient exemptés de payer la contribution santé, soit plus de 892 000 contribuables supplémentaires¹¹. Ce sont les mieux-nantis qui ont dû assumer une contribution plus élevée : les personnes aux revenus supérieurs à 130 000 \$ devaient acquitter des montants se situant entre 201 \$ et 1000 \$.

Même si la modulation atteignait 1 000 \$ pour les contribuables à revenu élevé, sous cette forme progressive et calculée en fonction du revenu individuel, la contribution santé devait rapporter 322 M\$ de moins, comparativement à 1 013 M\$¹². Pour compenser cette perte de revenus due à la transformation de la contribution santé, le gouvernement a ajouté une nouvelle tranche d'imposition à partir de 2013, soit un taux d'impôt de 25,75 %, une hausse de 1,75 point de pourcentage applicable à l'égard des revenus imposables supérieurs à 100 000 \$¹³. Ces modifications divergent cependant de la promesse d'abolir la contribution santé en augmentant le taux supérieur du barème d'imposition, la taxation des gains en capital et des dividendes.

Le FINESSS créé par le budget 2010-2011 avait, quant à lui, été conservé, mais d'autres sources de revenus viennent alimenter le fonds, comme la hausse d'impôts des hauts revenus, une partie de la compensation reçue du gouvernement fédéral pour l'harmonisation de la TVQ et une partie des transferts fédéraux pour la santé¹⁴.

L'annulation de la contribution santé a aussi été au cœur de la campagne électorale de 2014. Le Parti libéral promettait alors de la faire disparaître progressivement et, une fois élu, il a fait savoir que la réduction débiterait en 2017. Ce n'est pas le seul parti ayant fait une telle promesse : la

⁸ Idem., p. 13.

⁹ Médecins québécois pour le régime public (2011), *État des lieux : main basse sur le système public de santé*, Assemblée générale, p. 42.

¹⁰ L'élection des péquistes entraîne des changements dans la gestion du Fonds FINESSS. Auparavant, on comptabilisait les dépenses du Fonds en cumulant les revenus générés par la cotisation santé. Par la suite, on compte également d'autres sources de revenus dans ce fonds, comme ceux liés à la hausse d'impôts des hauts revenus, à une partie de la compensation pour l'harmonisation de la TVQ à la TPS et à une partie des transferts fédéraux pour la santé.

¹¹ http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR_GraTabsContriSante.pdf

¹² Ministère des Finances du Québec (2013), *Plan budgétaire. Budget 2013-2014*, p. A.75.

¹³ Ministère de la Santé et des services sociaux (2014), *Comptes de la santé 2014-2015 à 2016-2017*, p. 17.

¹⁴ Ministère des Finances du Québec (2013), *Budget 2013-2014*, p. A.50.

Coalition Avenir Québec (CAQ) ainsi que Québec solidaire proposaient également l’abolition de la contribution santé pour tous les contribuables¹⁵.

Abolition

Dans le budget 2015-2016, le ministre des Finances a annoncé un plan d’élimination progressive de la contribution santé sur trois ans à partir du 1^{er} janvier 2017¹⁶, élimination qui serait complétée en 2019¹⁷. Il en est de même du FINESSS qui allait être aboli en date du 1^{er} avril 2017, en vertu de l’adoption en mai 2016 d’un projet de loi à ce sujet¹⁸. À la suite de cette abolition, toutes les dépenses de santé seront financées à même les dépenses de programmes, dont le niveau sera alors relevé d’un montant équivalent à ce qui était dans le FINESSS.

Puis, le plan de réduction de la contribution santé qui avait été annoncée a été modifié dans le budget de 2016-2017; avec les changements annoncés, la quasi-totalité des contribuables assujettis au paiement de la contribution santé bénéficie, dès 2016, d’un allègement de leur fardeau fiscal¹⁹. Concrètement, plusieurs contribuables se trouvant dans des conditions particulières seront maintenant exemptés de payer la contribution, comme les personnes ayant un ou des enfants à charge et un salaire inférieur à 27 055 \$, ou les personnes âgées de 65 ans ou plus²⁰. Par contre, les contribuables à revenu élevé, c’est-à-dire ceux gagnant plus de 134 095 \$, devront encore payer jusqu’à 1 000 \$ pour l’année fiscale 2016. Le budget 2017-2018 annonçait de plus l’abolition de la contribution santé pour tous les contribuables québécois dès 2017. Cette décision fait suite aux nombreuses critiques formulées, mais aussi à la suggestion faite par la Commission d’examen sur la fiscalité québécoise (2015b).

¹⁵ CAQ (2014), *Plateforme de la Coalition Avenir Québec*, p. 12; Québec Solidaire (2014), *Plateforme de Québec solidaire*.

¹⁶ Ministère des Finances du Québec (2015), *Budget 2015-2016. Plan économique de mars 2017*, p. B.17.

¹⁷ Ministère des Finances du Québec (2015), *Budget 2015-2016, Renseignements additionnels*, p. A5.

¹⁸ Assemblée nationale (2016), *Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 26 mars 2015, Projet de loi no 74* (2016, chapitre 7).

¹⁹ Ministère des Finances du Québec (2016), *Budget 2016-2017, Renseignements additionnels*, p. A5.

²⁰ Pour plus de détails, voir l’annexe 1 ou le site suivant : Revenu Québec, Ligne 448, contribution santé, <http://www.revenuquebec.ca/fr/citoyen/declaration/produire/comment/aideligne/ligne448.aspx>.

Tableau 1 : **Synthèse de l'évolution de la contribution santé, de 2010 à 2019**

	Débuts	Progressivité	Élimination progressive	Élimination devancée
2010	Budget 2010-2011 Mise en place progressive Contribution fixe 25 \$			
2011	100 \$			
2012	200 \$	Nouveau gouvernement		
2013		Budget 2013-2014 Contribution santé modifiée : Progressivité De 0 \$ à 1 000 \$ en fonction du revenu et de la situation familiale		
2014			Nouveau gouvernement	
2015			Budget 2015-2016 Élimination annoncée	
2016			↓	Budget 2016-2017 Élimination devancée à 2016 Garde la tranche de revenus la plus élevée = Contribution de 0 à 1 000 \$ en fonction du revenu
2017			Début prévu	Fin réelle de la contribution santé
2018				
2019			Fin prévue	

Contribution santé comme source de financement

En 2010, avec la mise en place de la contribution santé, le gouvernement libéral avait recueilli 252 millions de dollars. Pour l'année 2011-2012, ce montant s'élevait à 609 millions de dollars, puis à 925 millions de dollars pour 2013-2014. Les revenus ont baissé par la suite en raison de l'introduction de la modulation en fonction des revenus à partir de 2013. Entre 2010 et 2017, la mesure a généré au total un peu moins de 4 milliards de dollars²¹.

L'abolition graduelle entraîne nécessairement un impact sur les recettes de l'État : les sommes représentaient autour de 1 % des revenus autonomes²² pour une année complète. Mais l'effet sera aussi notable sur le fardeau fiscal de plusieurs ménages québécois.

L'annonce de l'abolition de la contribution santé s'est faite dans un contexte économique particulier. En effet, l'année 2015-2016 marque le retour à l'équilibre budgétaire. Des surplus budgétaires de l'ordre de 2,2 milliards de dollars ont été enregistrés en 2015-2016 et de près de 2,4 milliards de dollars pour l'année 2016-2017. Le solde budgétaire, au sens de la Loi sur l'équilibre budgétaire et après utilisation de la réserve de stabilisation, est prévu être de zéro en 2017-2018²³. Les surplus générés ont non seulement permis d'annoncer des mesures d'allègement fiscal pour les contribuables, dont l'abolition de la contribution santé, mais contribueront à l'injection de nouvelles sommes au ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour le gouvernement, l'abolition de la contribution santé coûtera 754 millions de dollars en 2018-2019.

²¹ Ministère des Finances du Québec (2011, 2012 et 2013), *Plan budgétaire. Budget diverses années*; Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016), *Comptes de la santé 2013-2014 à 2015-2016*, p. 17, pour 2013-2014 à 2015-2016. Les données pour 2015-2016 sont une prévision; Ministère des Finances du Québec (2016), *Budget 2016-2017*, p. A.44; Ministère des Finances du Québec (2017), *Budget 2017-2018*, p. B.26.

²² Ministère des Finances (2017), *Budget 2017-2018. Statistiques budgétaires du Québec. Plan économique Section F*.

²³ Ministère des Finances (2017), *Le Plan économique du Québec. Mise à jour de novembre 2017*, p. A.11.

Au cœur d'un débat de société

S'il ne fait pas de doute que les coûts des services de santé augmentent et continueront de croître dans les années à venir, plusieurs ont remis en question le moyen envisagé par le gouvernement pour arriver à financer le système de santé, soit la contribution santé et la franchise santé envisagée dans le budget de 2010-2011. Ces mesures ont suscité un véritable débat dans l'espace public. Nombreux se sont montrés contre; d'autres ont applaudi ces propositions. Le Commissaire à la santé et au bien-être a décrié la mesure et les risques de ses effets pervers²⁴. Une forte majorité de Québécois (72 % contre 21 % en faveur) se montrait tout particulièrement contre le projet d'une franchise santé, selon un sondage Léger Marketing (Léger Marketing/Le Devoir, 2010).

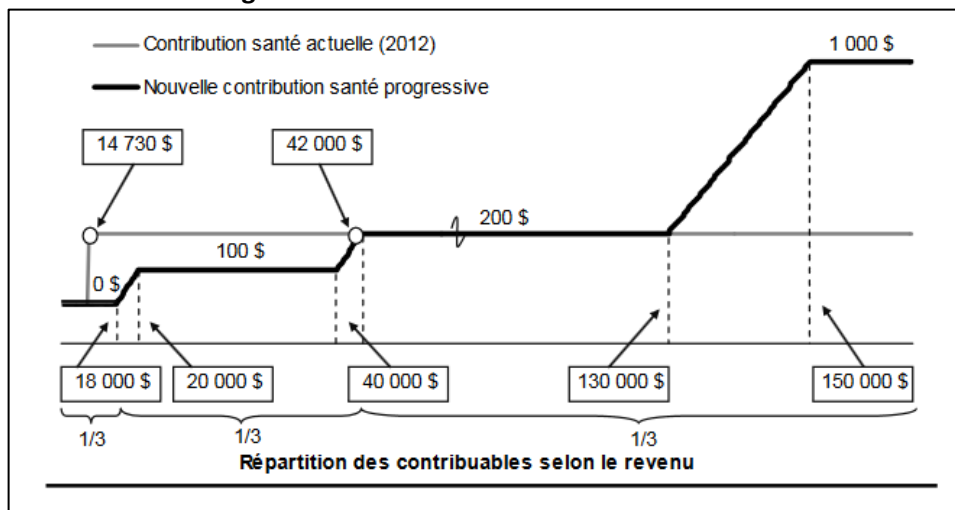
Sans faire une revue exhaustive des arguments exprimés par les différents camps, cette section permettra tout de même d'identifier les principaux points de discordance exprimés dans la sphère publique.

Bien que l'intention d'utiliser les revenus amassés avec la contribution santé pour financer le système de la santé soit justifiable, il est clair qu'elle porte au départ préjudice à certains groupes plus vulnérables de la société. L'imposition d'une contribution santé n'a pas le même poids pour tous. Une charge supplémentaire de 200 \$ pour une personne aux revenus modestes a de plus lourdes conséquences que pour une personne dont les revenus sont plus élevés. Malgré l'établissement d'un seuil d'exemption pour des personnes ayant des revenus très faibles, d'autres groupes de la société sont également fortement touchés. La modulation en fonction du revenu a ensuite permis de faire déplacer une partie du poids de la contribution vers des contribuables à revenus plus élevés.

Une analyse permet de voir comment la mesure proposée a eu une incidence sur les ménages puis sur les contribuables au fil des ans. À titre d'exemple, en 2012, le fardeau d'une personne seule ayant des revenus de 20 000 \$ était beaucoup plus lourd que pour celles gagnant 250 000 \$. Ce phénomène s'est atténué en 2013 (graphique 1).

²⁴ Commissaire à la santé et au bien-être. *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion de maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications. Un portrait de la performance du système, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques*, 164 p. 13 mai 2010.

Graphique 1 : **Contribution santé progressive selon le revenu du contribuable, budget 2013-2014**



Source : Ministère des Finances du Québec, *Budget 2013-2014*, Graphique A.18., p. A.65.

Tableau 2 : **Montant pour contribution santé, années 2010, 2012 et 2013**

En 2010 : pour une personne seule

Revenu par ménage	Contribution santé	Proportion du revenu brut
20 000 \$	25 \$	0,13 %
40 000 \$	25 \$	0,06 %
60 000 \$	25 \$	0,04 %
100 000 \$	25 \$	0,03 %
150 000 \$	25 \$	0,02 %
250 000 \$	25 \$	0,01 %

En 2012

Revenu par personne	Contribution santé	Proportion du revenu brut
20 000 \$	200 \$	1,00 %
40 000 \$	200 \$	0,50 %
60 000 \$	200 \$	0,33 %
100 000 \$	200 \$	0,20 %
150 000 \$	200 \$	0,13 %
250 000 \$	200 \$	0,08 %

En 2013

Revenu par personne	Contribution santé	Proportion du revenu brut
20 000 \$	100 \$	0,50 %
40 000 \$	100 \$	0,25 %
60 000 \$	200 \$	0,33 %
100 000 \$	200 \$	0,20 %
150 000 \$	1 000 \$	0,67 %
250 000 \$	1 000 \$	0,40 %

Selon divers groupes, ce sont les femmes, la classe moyenne, les personnes âgées et les personnes retraitées qui ont été les plus touchées par la contribution santé. Les femmes étaient plus pénalisées par une telle mesure, surtout dans sa première version (Conseil du statut de la femme, 2014). L'une des conclusions du rapport de 2015, portant sur l'application de l'analyse différenciée selon le sexe au Québec, était que l'introduction d'une contribution santé progressive a été avantageuse pour les femmes (Secrétariat à la condition féminine, 2015). L'examen fait par Vincent, St-Cerny et Godbout (2017 : 17) des statistiques fiscales des particuliers de 2012 et 2013 permet de confirmer cette affirmation. La mesure de progressivité a fait en sorte que les montants soient payés par une proportion plus importante d'hommes (53,5 %) que de femmes (46,5 %) et que les montants moyens des hommes soient plus élevés que ceux des femmes, ces dernières ayant des revenus en moyenne plus bas.

Les effets négatifs chez les personnes à faible revenu sont aussi importants. Ce n'est pas un thème nouveau; maintes études ont fait état des répercussions de la pauvreté sur la santé (Phipps, 2003; Wagstaff, 2002). Selon celles-ci, les personnes pauvres ont plus tendance à être malades et, donc, à utiliser davantage les services de santé. L'instauration d'une franchise santé aurait eu un impact négatif important pour eux. La contribution santé forfaitaire aurait également eu des effets négatifs. Elle aurait contribué au rehaussement des inégalités (Sama Wata et Adbou, 2015). L'effet négatif serait plus important chez les groupes initialement plus pauvres et viendrait accroître les inégalités intragroupes. Toutefois, comme le souligne cette étude, l'imposition de seuils d'exemption adéquats est capitale pour la réduction des inégalités. L'instauration d'une mesure progressive en 2012 a par conséquent permis de limiter les effets néfastes comparativement à une contribution santé forfaitaire. Ce constat a également été confirmé par les chercheurs Boccanfuso et Yergeau (2016). Ceux-ci ont vérifié l'effet régressif de la contribution santé initiale (forfaitaire) en mesurant les effets sur la pauvreté et l'inégalité au Québec en 2012. Leur analyse a permis de conclure que la version modulée de la contribution santé vient diminuer les inégalités générées par la première mouture. Elle s'avère donc effectivement progressive puisqu'elle réduit les inégalités, sans accroître le nombre de personnes pauvres (Boccanfuso et Yergeau, 2016 : 36).

L'abolition de cette mesure a également fait partie des recommandations de la Commission sur l'examen de la fiscalité québécoise en 2015. Selon le rapport de la Commission, la contribution santé créerait des distorsions dans l'imposition totale (taux combiné provincial et fédéral), faisant en sorte que certains contribuables doivent, avec la contribution santé, acquitter une imposition dont le taux marginal va au-delà de 50 % (Commission sur l'examen de la fiscalité québécoise 2015a : 59). De plus, la Commission suggérait également une réflexion sur l'existence même de cet impôt spécifique, cette contribution n'étant ni indexée au coût des services de santé, ni déterminée par l'utilisation des services (Commission sur l'examen de la fiscalité québécoise 2015b : 5).

Remarques finales

Que nous soyons pour, contre ou simplement indifférent à la contribution santé, elle a néanmoins mis le doigt sur le problème récurrent du financement du système de santé. Ce sont des faits connus et acceptés de tous, dans un contexte de vieillissement de la population, que les dépenses de santé iront en s'accroissant. Pour affronter la pression grandissante sur les dépenses en soins de santé, le ministre des Finances de l'époque, Raymond Bachand, a décidé en 2010 de mettre en place une contribution santé visant à augmenter les revenus de l'État et de dédier les sommes recueillies par cette contribution à un fonds dédié au financement des services de santé et des services sociaux (« FINESSS »). Parallèlement, il a été mis de l'avant l'idée d'instaurer une mesure visant à contrôler la demande de services de santé, soit une franchise santé; mesure qui n'a jamais vu le jour. La contribution santé et le FINESSS ont été tous deux abandonnés.

Maintenant que la contribution santé est abolie, on peut se questionner. Quel était réellement le rôle attendu de la contribution santé? Revoir la manière de financer le système de santé, améliorer son financement ou simplement trouver des recettes supplémentaires pour le financer dans un contexte déficitaire?

Tôt ou tard, une réflexion devra être faite pour proposer des solutions efficaces et équitables à l'égard du financement de la santé au Québec. Est-ce qu'apporter toujours plus d'argent au système constitue une solution efficace et soutenable dans une perspective à long terme? Au-delà du financement de la santé, il est pertinent de revenir plus largement sur les leçons à tirer de l'expérience de la contribution santé.

En premier lieu, l'histoire de la contribution santé montre qu'il est difficile de mettre en place un nouvel impôt, d'où l'adage qu'une vieille taxe est une bonne taxe!

En deuxième lieu, le choix de recourir à une contribution fixe, sans égard à la capacité contributive, explique en bonne partie l'absence d'adhésion à la contribution santé par divers organismes issus de la société civile. Par exemple, pour les femmes ayant des revenus plus faibles que les hommes, une contribution forfaitaire de 200 \$ avait une incidence négative plus grande pour elles que pour les hommes.

En troisième lieu, le choix de recourir à un fonds dédié a également été critiqué. Plusieurs intervenants souhaitaient que le financement des services de santé passe uniquement par le fonds consolidé.

En quatrième lieu, la contribution santé perdait beaucoup de sa pertinence étant donné qu'elle n'était ni indexée au coût des services de santé, ni déterminée par l'utilisation des services par les citoyens. À titre illustratif, une contribution santé devant financer une proportion précise des dépenses de santé, où le gouvernement indique chaque année son montant, aurait pu conduire la population à vouloir accroître l'efficacité des services de santé pour éviter une forte croissance des dépenses de santé et, par voie de conséquence, de la contribution santé.

Bref, l'introduction de la contribution santé, et même la franchise santé envisagée, avaient pour but d'apporter plus de revenus à l'État, dans une logique de recherche de fonds. Tour à tour, les

quatre principaux partis politiques (la Coalition Avenir Québec, Québec solidaire, le Parti libéral du Québec et le Parti Québécois) ont proposé entre 2012 et 2014 d’abolir la contribution santé. La Commission d’examen de la fiscalité québécoise allait aussi dans le même sens. Selon elle, il apparaissait plus transparent et cohérent que la contribution santé soit intégrée directement au barème d’imposition.

Cela dit, gardons en tête que la contribution santé a été abolie, mais que la pression sur les dépenses de santé, elle, reste bien présente.

Bibliographie

- Boccanfuso, Dorothee et Marie-Ève Yergeau. « La contribution santé épargne-t-elle les pauvres du Québec? ». *Revue Interventions économiques* 55 (2016).
- Clavet, Nicholas-James, Lacroix, Guy, Michaud, Pierre-Carl et Alexandre Parent. *Les effets de l'équilibre budgétaire et du transfert canadien en santé sur les finances publiques du Québec*, Cahier de recherche, Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques, 2016.
- Commissaire à la Santé et au Bien-être. *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion de maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications. Un portrait de la performance du système, en particulier celle des soins et services liés aux maladies chroniques*, 164 p. 13 mai 2010.
- Commission sur l'examen de la fiscalité québécoise. *Volume 1 – Une réforme de la fiscalité québécoise*, 2015a. Québec : Gouvernement du Québec, 2015a.
- Commission sur l'examen de la fiscalité québécoise. *Volume 2 – Une réforme touchant tous les modes d'imposition*. Québec : Gouvernement du Québec, 2015b.
- Conseil du patronat du Québec. « Commentaires du Conseil du patronat du Québec présentés à la Commission des finances publiques dans le cadre des consultations particulières sur le rapport de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise », novembre 2015.
- Conseil du statut de la femme. « Consultations pré-budgétaires ». Québec : Conseil du statut de la femme, 2014.
- Godbout, L., Dao, N. H. et P. Fortin (2014). « On the Importance of Taking End-of-Life Expenditures into Account when Projecting Health-Care Spending ». *Canadian Public Policy*, 40(1), 45-56.
- Léger Marketing/Le Devoir. « Rapport de sondage. La politique provinciale et fédérale au Québec », 2010. http://www.ledevoir.com/documents/pdf/sondage_questions.pdf
- Phipps, Shelley. « Répercussions de la pauvreté sur la santé : Aperçu de la recherche ». Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
- Sama Wata, Zeinabou Abdou. « Impacts de la « contribution santé » sur la pauvreté et les inégalités au Québec ». Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke, 2015.
- Secrétariat à la condition féminine. « Bilan de la mise en œuvre du plan d'action en matière d'analyse différenciée selon les sexes ». Québec : Secrétariat à la condition féminine, 2015.
- Vincent, Carole, St-Cerny, Suzie et Luc Godbout. *La fiscalité est-elle neutre par rapport au sexe? Une analyse différenciée selon le sexe des mesures fiscales*. Cahier de recherche 2017/06. Sherbrooke : Chaire de recherche en fiscalité et finances publiques.
- Wagstaff, Adam. « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 7 (2002) : 100-108.

Annexe 1 : Montants pour la contribution santé, de 2010 à 2017

2010

La contribution santé est de 25 \$ par personne si le revenu familial net est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	14 080
1 adulte, 1 enfant à charge	22 820
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	25 875
2 adultes, aucun enfant à charge	22 820
2 adultes, 1 enfant à charge	25 875
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	28 695

Source : Revenu Québec (2010), *Guide de la déclaration de revenus 2010*, p. 58.

2011

La contribution santé est de 100 \$ par personne si le revenu familial net est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	14 410
1 adulte, 1 enfant à charge	23 360
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	26 455
2 adultes, aucun enfant à charge	23 360
2 adultes, 1 enfant à charge	26 455
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	29 310

Note : D'autres exemptions s'appliquent pour les personnes de 65 ans et plus qui ont eu un versement net des suppléments fédéraux dans leur déclaration.

Source : Revenu Québec (2011), *Guide de la déclaration de revenus 2011*, p. 59-60.

2012

La contribution santé est de 200 \$ par personne si le revenu familial net est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	14 730
1 adulte, 1 enfant à charge	23 880
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	27 055
2 adultes, aucun enfant à charge	23 880
2 adultes, 1 enfant à charge	27 055
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	29 985

Note : D'autres exemptions s'appliquent pour les personnes de 65 ans et plus qui ont eu un versement net des suppléments fédéraux dans leur déclaration.

Source : Revenu Québec (2012), *Guide de la déclaration de revenus 2012*, p. 62.

2013

La grille de calcul de la contribution santé doit être complétée par chaque contribuable si le revenu net individuel est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (revenu familial net en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	18 000
1 adulte, 1 enfant à charge	23 880
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	27 055
2 adultes, aucun enfant à charge	23 880
2 adultes, 1 enfant à charge	27 055
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	29 985

Note : D'autres exemptions s'appliquent pour les personnes de 65 ans et plus qui ont eu un versement net des suppléments fédéraux dans leur déclaration.

Grille de calcul

Revenu net individuel	Contribution santé	Maximum
De 18 000 à 40 000 \$	5 % de l'excédent de 18 000 \$	-
De 40 000 à 130 000 \$	5 % de l'excédent de 40 000 \$ + 100 \$	200 \$
Au-delà de 130 000 \$	4 % de l'excédent de 130 000 \$ + 200 \$	1 000 \$

Source : Revenu Québec (2013), *Guide de la déclaration de revenus 2013*, p. 68 et *Grilles de calcul*, p. 5.

2014

La grille de calcul de la contribution santé doit être complétée par chaque contribuable si le revenu net individuel est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (revenu familial net en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	18 175
1 adulte, 1 enfant à charge	23 880
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	27 055
2 adultes, aucun enfant à charge	23 880
2 adultes, 1 enfant à charge	27 055
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	29 985

Note : D'autres exemptions s'appliquent pour les personnes de 65 ans et plus qui ont eu un versement net des suppléments fédéraux dans leur déclaration.

Grille de calcul

Revenu net individuel	Contribution santé	Maximum
De 18 175 à 40 390 \$	5 % de l'excédent de 18 175 \$	-
De 40 390 à 131 260 \$	5 % de l'excédent de 40 390 \$ + 100 \$	200 \$
Au-delà de 131 260 \$	4 % de l'excédent de 131 260 \$ + 200 \$	1 000 \$

Source : Revenu Québec (2014), *Déclaration de revenus 2014*, *Grilles de calcul*, p. 4 et 5.

2015

La grille de calcul de la contribution santé doit être complétée par chaque contribuable si le revenu net individuel est supérieur au seuil d'exemption applicable à la situation familiale du contribuable :

Situation familiale	Seuil d'exemption (revenu familial net en \$)
1 adulte, aucun enfant à charge	18 370
1 adulte, 1 enfant à charge	23 880
1 adulte, 2 enfants à charge ou plus	27 055
2 adultes, aucun enfant à charge	23 880
2 adultes, 1 enfant à charge	27 055
2 adultes, 2 enfants à charge ou plus	29 985

Note : D'autres exemptions s'appliquent pour les personnes de 65 ans et plus qui ont eu un versement net des suppléments fédéraux dans leur déclaration.

Grille de calcul

Revenu net individuel	Contribution santé	Maximum
De 18 370 à 40 820 \$	5 % de l'excédent de 18 370 \$	-
De 40 820 à 132 650 \$	5 % de l'excédent de 40 820 \$ + 100 \$	200 \$
Au-delà de 132 650 \$	4 % de l'excédent de 132 650 \$ + 200 \$	1 000 \$

Source : Revenu Québec (2015), *Déclaration de revenus 2015, Grilles de calcul*, p. 4 et 5.

2016

Grille de calcul

Revenu net individuel	Contribution santé	Maximum
Jusqu'à 134 095 \$	0 \$	
Au-delà de 134 095 \$	4 % de l'excédent de 134 095 \$	1 000 \$

Source : Budget 2017-2018.

2017

En 2017, la contribution santé est abolie pour tous les contribuables.