

chiffres pour tenir compte de ces différences, les dépenses au titre de la sécurité sociale par habitant, exprimées en dollars constants de 1971, sont passées de \$190 à \$844, ce qui signifie que les prestations réelles accordées au Canadien moyen ont plus que quadruplé, alors que leur revenu réel doublait presque pendant la même période.

Les mesures de sécurité sociale de l'après-guerre ont été dominées par des programmes comme les allocations familiales et la sécurité de la vieillesse, qui accordent à la population en âge de travailler un soutien limité par l'intermédiaire d'un programme d'assurance-chômage destiné aux travailleurs à faible revenu et d'un programme d'assistance-chômage pour les personnes inaptes au travail. En 1956-57, ces programmes figuraient pour plus de la moitié (52.6%) des dépenses totales de la sécurité sociale. En 1978-79, les mêmes programmes, devenus universels et offrant des prestations accrues, intervenaient pour moins d'un tiers (29.9%) dans le montant total de \$35.6 milliards.

Trois principaux domaines ont été responsables de l'augmentation des coûts:

**Assurance sociale.** Le besoin ressenti par les Canadiens d'investir dans des programmes publics d'assurance destinés à satisfaire aux exigences concernant la prestation de services ainsi qu'aux besoins futurs de revenu s'est accru rapidement pendant le dernier quart de siècle. Les progrès réalisés dans ce domaine comprennent l'introduction de l'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces et les territoires dès 1961, l'adoption du programme universel d'assurance-maladie dès 1971, l'application du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec entrés en vigueur en 1966, et l'établissement d'un régime universel et élargi d'assurance-chômage, devenu applicable en 1971.

**Financement global.** Pendant la fin des années 60, le Québec a assumé le contrôle direct du financement de ses principaux programmes de santé et de bien-être selon un régime de cotisations fédérales déterminées au lieu d'un partage direct des coûts. En 1976-77, le gouvernement fédéral a abandonné le principe du partage direct des coûts de tous les programmes provinciaux d'assurance-maladie pour adopter celui des cotisations déterminées dans le cadre du financement global aux termes de la Loi sur le financement des programmes établis.

**Dégrèvements et abattements fiscaux.** Il a fallu attendre les années 70 pour que l'impôt négatif devienne un élément des programmes de sécurité sociale. A présent, presque toutes les provinces offrent des programmes de dégrèvement fiscal, et le gouvernement fédéral a instauré un crédit d'impôt pour enfants en 1979.

## Éléments de l'évolution

8.8.1

L'élaboration d'autres programmes et l'application de nouvelles mesures ont quelque peu modifié provisoirement le rôle des administrations fédérale et provinciales dans le financement de la sécurité sociale mais, de 1957 à 1979, la part relative du gouvernement fédéral est restée inchangée (65%). Toutefois, dans le domaine de la santé, la participation fédérale s'est accrue, passant de 20.9% à 49.3%. Les provinces et les municipalités ont financé la portion restante, mais le rôle financier des municipalités a diminué de plus en plus, pour tomber à 1.5% en 1978-79 (voir le tableau 8.18).

**Rapport entre les coûts et le revenu personnel.** Les dépenses de sécurité sociale comprennent à la fois des transferts en espèces et des transferts en nature (services). Ces deux types de transferts ont un effet sur la consommation, qu'il s'agisse de prestations ou de paiements directs pour des services sociaux et de santé. Pendant la période comprise entre 1956-57 et 1978-79, le rapport entre les dépenses au chapitre de la sécurité sociale et chaque tranche de \$100 du revenu personnel a plus que doublé, passant de 9.0 à 18.8. Pour le bien-être, le rapport a augmenté de 6.9 à 12.0, et pour la santé, il est passé de 2.1 à 6.8. Ces dernières années, le rapport relatif à la santé a peu changé, tandis que celui concernant le bien-être a continué d'augmenter. Cette évolution reflète une certaine stabilité dans la demande de services de santé mais, dans le domaine du bien-être, on peut prévoir que l'augmentation rapide du nombre de