

## **Document de réflexion**

Pour en avoir « vraiment »  
pour notre argent :  
un système public  
de santé

Réflexion sur le rapport  
du Groupe de travail  
sur le financement  
du système de santé  
*En avoir pour notre argent*

Mai 2008

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

### **Recherche et rédaction**

Francine Lepage

### **Soutien technique**

Francine Bérubé

### **Révision linguistique**

Pierre Senéchal

### **Éditeur**

Conseil du statut de la femme  
Service des communications  
800, place D'Youville, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 6E2  
Téléphone : (418) 643-4326 ou 1 800 463-2851  
Télécopieur : (418) 643-8926  
Internet : [www.csf.gouv.qc.ca](http://www.csf.gouv.qc.ca)  
Courrier électronique : [publication@csf.gouv.qc.ca](mailto:publication@csf.gouv.qc.ca)

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
ISBN : 978-2-550-53038-1 (Version imprimée)  
ISBN : 978-2-550-53039-8 (Version électronique)  
© Gouvernement du Québec

Toute demande de reproduction totale ou partielle doit être faite au Service de la gestion des droits d'auteur du gouvernement du Québec à l'adresse suivante : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca)



Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé, fabriqué au Québec, contenant 100 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

# *T*ABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION .....	5
CHAPITRE PREMIER – LA REDÉFINITION DES PRINCIPES FONDATEURS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ PROPOSÉE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL .....	9
1.1 La liberté de choix et la liberté de pratique au détriment de l’accessibilité et de l’universalité .....	9
1.2 Les effets prévisibles sur les femmes en tant qu’utilisatrices du système de santé .....	12
1.3 L’intégration de la recherche de profits dans les lieux de pratique et une segmentation de la population en diverses clientèles à l’encontre de la qualité des soins pour tous, de la protection des plus démunis et d’un système public fort .....	13
CHAPITRE II – LES SOLUTIONS ENVISAGÉES POUR AUGMENTER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	17
2.1 La prévention et les services de première ligne .....	17
2.2 La décentralisation des décisions touchant l’allocation des ressources et la dispensation des services .....	18
CHAPITRE III – LA CRÉATION D’UN FONDS DE STABILISATION DÉDIÉ À LA SANTÉ .....	21
CONCLUSION .....	23
LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME .....	25
BIBLIOGRAPHIE .....	29



## INTRODUCTION

---

Le Conseil du statut de la femme (Conseil) s'intéresse, depuis sa fondation, aux questions qui touchent l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Pour le Conseil, notre régime public constitue un acquis social extraordinaire qui favorise incontestablement le bien-être des personnes, l'atteinte de l'égalité et le développement économique et social. Il en est ainsi notamment parce que les soins sont accessibles, sans égard au revenu, et que le régime public est financé, de façon solidaire, à partir des impôts généraux.

L'avenir du système de santé concerne et interpelle également, de façon particulière, la population féminine. En plus d'être des usagères du système de santé, les femmes forment la principale force de travail du secteur, elles se préoccupent des questions relatives à la santé à l'intérieur de la famille et, enfin, elles jouent souvent le rôle d'aidante auprès de leurs proches malades ou en perte d'autonomie. Pour toutes ces raisons, le Conseil croit qu'il faut choisir les avenues qui permettront de résoudre les difficultés actuelles de notre système de santé et d'assurer sa pérennité tout en respectant les principes qui le caractérisent et font sa force.

La publication, en février 2008, du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, intitulé *En avoir pour notre argent*, donne au Conseil l'occasion de se prononcer à nouveau sur le sujet<sup>1</sup>. Rappelons que le Groupe de travail, mis sur pied en mai 2007 par la ministre des Finances, M<sup>me</sup> Monique Jérôme-Forget, avait pour mandat de :

- suggérer une structure pour un nouveau « compte santé » dans le but d'améliorer la transparence du financement de la santé et de mieux informer la population;
- recommander des sources additionnelles de financement pour la santé;
- préciser le rôle que le secteur privé peut jouer pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente en préservant un système public fort, dans le respect des valeurs qui le caractérisent;
- proposer des moyens d'accélérer le remboursement de la dette et faciliter ainsi le financement de la santé à long terme;
- examiner l'*Entente sur la santé* conclue entre les premiers ministres des provinces et du Canada sur le financement de la santé; et, finalement,

---

<sup>1</sup> Groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, gouvernement du Québec, février 2008, 317 p. Le Groupe de travail était composé de M. Claude Castonguay à la présidence et de M<sup>me</sup> Joanne Marcotte et de M. Michel Venne à la vice-présidence. M. Venne a inscrit sa dissidence à l'endroit de trois des recommandations formulées par le Groupe de travail et il s'en explique à l'annexe 3 du rapport.

- examiner les modifications qui pourraient être nécessaires à la Loi canadienne de la santé<sup>2</sup>.

Selon les indications reçues, les recommandations du Groupe de travail devaient, en outre, être compatibles avec les trois principes suivants :

- le maintien d'un régime public de santé fort;
- la protection des plus démunis, notamment l'accès aux soins, peu importe leur statut social et leur niveau de revenu;
- le maintien de critères de qualité élevée, autant pour le secteur public que pour la prestation privée<sup>3</sup>.

Bien que les premières réactions gouvernementales à la sortie du document laissent à penser que les propositions et les recommandations du Groupe de travail ne seront pas appliquées dans leur intégralité, le Conseil juge tout de même pertinent d'en examiner la portée. Celles-ci font partie du débat en cours et un certain nombre d'entre elles sont de nature à conduire, selon le Conseil, à un affaiblissement de notre système public de santé.

La présente réflexion s'inscrit dans la foulée des prises de position que le Conseil a soutenues au cours des dernières années relativement à l'avenir de notre système de santé et de services sociaux. On pense, notamment, à l'avis *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*<sup>4</sup> de même qu'au *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*<sup>5</sup> (commission Clair) rendus publics en 2000. On songe, plus récemment, au *Mémoire sur le document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de solidarité*<sup>6</sup> et aux commentaires sur le projet de loi 33, adressés à la Commission des affaires sociales en 2006, ainsi qu'à la lettre que le Conseil a fait parvenir au ministre de la Santé et des Services sociaux en janvier dernier sur le projet de règlement intitulé *Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*.

---

<sup>2</sup> Ministère des Finances, *Relever le défi du financement de la santé : budget 2007-2008*, Québec, le Ministère, mai 2007, p. 20.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Conseil du statut de la femme, *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Québec, le Conseil, mai 2000, 58 p.

<sup>5</sup> Conseil du statut de la femme, *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, Québec, le Conseil, octobre 2000, 62 p.

<sup>6</sup> Conseil du statut de la femme, *Mémoire sur le document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de solidarité*, Québec, le Conseil, avril 2006, 54 p.

Les commentaires exprimés dans ce document ne portent pas sur l'ensemble du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé. Le Conseil a plutôt choisi de se concentrer sur trois points principaux : la redéfinition des principes fondateurs de notre système de santé proposée par le Groupe de travail, les solutions envisagées pour accroître la performance du système de santé et, enfin, l'institution d'un fonds de stabilisation dédié à la santé.



## *CHAPITRE PREMIER*

### *LA REDÉFINITION DES PRINCIPES FONDATEURS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ PROPOSÉE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL*

---

#### *1.1 LA LIBERTÉ DE CHOIX ET LA LIBERTÉ DE PRATIQUE AU DÉTRIMENT DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE L'UNIVERSALITÉ*

Selon le Conseil, le Groupe de travail réinterprète de façon toute particulière, à travers le prisme des modalités de financement, les valeurs et les principes qui devraient inspirer notre système de santé. On comprend, à la lumière des recommandations qui sont formulées par la suite, que ces modalités font référence tant à des sources de financement public qu'à des sources de financement privé (contribution de l'utilisateur, assurances privées, tarification, franchise, frais d'inscription annuels à une clinique, etc.), rompant ainsi avec les valeurs qui sont à la base de nos lois en santé.

Par exemple, le Groupe de travail met l'accent sur le principe de liberté qu'il définit, d'une part, comme la liberté individuelle du patient de choisir par qui, comment et quand il sera traité et d'en défrayer le coût individuellement et, d'autre part, comme la liberté individuelle du médecin employé par le secteur public de travailler également contre une rétribution privée, s'il le souhaite. En revanche, les auteurs occultent le principe d'accessibilité qui est, avec celui d'universalité, le plus fondamental dans les lois québécoises et dans la Loi canadienne sur la santé, lui préférant celui plus restreint de solidarité envers les plus démunis, les personnes âgées et les jeunes. Les auteurs donnent un sens très étroit au concept de solidarité qui reflète mal le caractère inclusif de notre système de santé.

Or, le principe d'accessibilité affirmé dans la loi canadienne<sup>7</sup>, beaucoup plus englobant, implique que les résidents d'une province doivent avoir un accès raisonnable aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés, selon des modalités uniformes, sans que cet accès ne soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation et une discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière. Pour sa part, le principe d'universalité précise que tous les résidents d'une province ont droit aux services de santé assurés par le régime d'assurance maladie selon des modalités uniformes.

De l'avis du Conseil, ces principes, avec ceux de la gestion publique et de l'intégralité inscrits également dans la loi canadienne, reposent sur des valeurs collectives qui font encore consensus au Québec et qui élèvent l'accès aux soins médicalement requis au statut de droit fondamental. On reconnaît que toutes les personnes sont égales en valeur et en dignité et qu'elles ont, en conséquence, le même droit à la vie, à la sécurité et à l'intégrité.

---

<sup>7</sup> Pour un aperçu de la Loi canadienne sur la santé, consulter : [[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-aperçu\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-aperçu_f.html)].

Pour donner des assises à ces principes ainsi qu'aux autres valeurs qui inspirent nos lois dans le domaine de la santé, le gouvernement québécois, à l'instar des autres provinces canadiennes, s'est réservé un pouvoir important au regard de la planification et de la dispensation des services médicaux et hospitaliers, du développement des infrastructures et de l'allocation des ressources matérielles et humaines (permis d'établissement et d'exercice, formation des médecins, exclusivité de pratique, etc.). De plus, il a adopté des dispositions visant à minimiser l'offre de services médicaux et hospitaliers, en dehors du régime public, en limitant la possibilité de recourir à un financement privé en échange de services et en réduisant l'intérêt d'une pratique privée à but lucratif : prohibition de la surfacturation et des frais accessoires, interdiction de l'assurance privée duplicative, opposition à la mise en place d'hôpitaux privés, règles encadrant le désengagement et la non-participation des médecins, etc.

Or, il paraît évident que certaines des propositions formulées par le Groupe de travail viendraient affaiblir ces dispositions qui protègent le secteur public et favoriseraient le développement du financement privé des soins et des lieux de pratique privés à but lucratif.

Ainsi, le Groupe de travail recommande :

- de permettre aux médecins de pratiquer à la fois dans le secteur à financement public et dans celui à financement privé;
- de lever complètement les interdictions touchant l'assurance privée duplicative, tant pour les services hospitaliers que pour les services médicaux;
- de louer les équipements publics au secteur privé à but lucratif;
- de privilégier un développement rapide des cliniques médicales et de les soutenir financièrement avec les deniers publics (informatisation, équipement, personnel), et ce, peu importe leur statut, qu'elles soient à but lucratif, publiques ou à but non lucratif;
- d'introduire des frais d'inscription pour les usagers d'une clinique sous la forme d'une cotisation annuelle;
- d'instaurer une tarification dans les cliniques spécialisées pour les actes qui, bien qu'étant assurés par le système public, n'ont pas fait l'objet d'une entente spécifique avec un établissement public en ce qui touche, entre autres, les frais accessoires ou de clinique;
- d'imposer une franchise aux patients en fonction du nombre de visites médicales effectuées et du revenu familial.

Selon le Conseil, l'adoption de ces propositions aurait pour effet d'accroître la place du privé dans le financement et dans la production des soins et de démanteler à terme notre système public de santé.

En effet, cette ouverture au financement privé est proposée en dépit du fait que le secteur public souffre d'une pénurie relative de personnel qualifié, que les délais d'attente sont longs et que le Québec affiche les dépenses publiques en santé par habitant les plus faibles parmi les provinces canadiennes. Dans de telles circonstances, on permettrait ouvertement aux personnes mieux nanties de passer avant les autres et de mobiliser à leur profit des ressources professionnelles déjà rares. Ce fractionnement en diverses clientèles de la population, qui était auparavant réunie sous le parapluie du système public, irait sans conteste à l'encontre de l'égalité souhaitée pour tous les citoyens et les citoyennes en matière d'accès aux soins médicaux et hospitaliers, quel que soit leur statut ou leur revenu.

## **Recommandations**

**Le Conseil recommande :**

- 1. Que la philosophie à la base du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé soit rejetée parce qu'elle :**
  - **accorde préséance au principe de liberté individuelle sur les autres principes et valeurs de notre système de santé, et**
  - **reconnaît à certains individus le droit d'avoir un accès privilégié aux soins médicaux et hospitaliers au détriment d'un accès égal pour toutes et tous à des services de qualité, selon des modalités uniformes, quel que soit le statut social, la capacité de payer ou le caractère assurable de la personne.**
- 2. Que les lois québécoises en matière de santé et de services sociaux continuent de s'inspirer des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité inscrits dans la Loi canadienne sur la santé.**
- 3. Que le gouvernement du Québec se prononce clairement en faveur du financement public des soins médicaux et hospitaliers et qu'il s'oppose fermement aux propositions du Groupe de travail prônant :**
  - **la fin de l'exclusivité de pratique des médecins;**
  - **l'extension de l'assurance privée duplicative pour les services médicaux et hospitaliers faisant partie du panier des services assurés;**
  - **l'introduction dans le système de santé d'un financement privé permettant un accès privilégié aux services médicaux et hospitaliers assurés, dispensés par les médecins participants au sein du système public.**

De surcroît, dans le contexte où les remises en question actuelles de notre système de santé prennent appui notamment sur l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, le Conseil réitère la recommandation suivante :

4. **Que le gouvernement ne renonce pas définitivement à la possibilité d'invoquer la clause dérogatoire dans l'éventualité où de nouveaux jugements des tribunaux pourraient, dans l'avenir, porter atteinte à l'intégrité de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et aux objectifs consensuels poursuivis au Québec au regard de la protection des droits collectifs en matière de santé.**

## 1.2 *LES EFFETS PRÉVISIBLES SUR LES FEMMES EN TANT QU'UTILISATRICES DU SYSTÈME DE SANTÉ*

Quels seraient les effets sur les femmes de cette entorse aux principes qui sous-tendent nos lois en matière de santé? Pour en juger, il faut prendre acte que la population féminine a, dans l'ensemble, une capacité de payer nettement inférieure à celle de la population masculine. Les statistiques fiscales indiquent, en effet, que le revenu moyen de toute provenance des Québécoises de 20 ans et plus s'élevait à 24 581 \$ en 2004, alors que celui des Québécois atteignait 36 633 \$, un écart de 12 052 \$<sup>8</sup>. De plus, cette infériorité relative du revenu des femmes se vérifiait dans toutes les tranches d'âge à partir de 20 ans. Enfin, on connaît également la faiblesse du revenu, en absolu, de certaines catégories de femmes, notamment des femmes âgées seules, des immigrantes et des femmes responsables d'une famille monoparentale.

Il est également nécessaire de regarder les dépenses publiques en santé effectuées pour chacun des sexes. Les statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent que le gouvernement québécois consacrait globalement plus de ressources financières à la population féminine qu'à la population masculine en 2004, et cela, bien que les dépenses par personne réalisées pour les hommes aient été plus élevées que celles engagées pour les femmes dans toutes les tranches d'âge, sauf de 15 à 44 ans.<sup>9</sup> Deux phénomènes principaux expliquent cette supériorité globale des dépenses faites pour la population féminine. D'abord, les besoins liés à leur santé reproductive et à la maternité conduisent les femmes âgées de 15 à 44 ans à consulter davantage que les hommes de la même cohorte (dépenses de 1 347,78 \$ par femme et de 962,17 \$ par homme). Ensuite, le nombre de femmes âgées surpasse celui des hommes âgés à mesure que l'on s'élève en âge compte tenu de la longévité féminine, alors que les dépenses moyennes de santé par personne s'accroissent progressivement à partir de 65 ans.

On comprend sans peine que, dans un système où la capacité de payer entrerait davantage en ligne de compte pour l'accès aux soins, les femmes pourraient éprouver plus de difficultés à satisfaire leurs besoins en soins de santé que les hommes, de façon générale, et, à plus forte raison, lorsqu'elles sont enceintes ou âgées.

À cet égard, les auteurs du rapport ne semblent pas avoir fait usage de l'analyse différenciée selon les sexes. Cet instrument leur aurait permis de tenir compte des situations et des besoins différents des populations masculine et féminine, de tester les

---

<sup>8</sup> Nos propres calculs. Ministère des Finances et ministère du Revenu, *Statistiques fiscales des particuliers : année d'imposition 2004*, Québec, gouvernement du Québec, juin 2007, tableau 3, p. 55-90.

<sup>9</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006*, Ottawa, l'Institut, 2006, tableau E.1.7, p. 151.

conséquences potentielles de leurs propositions sur les femmes et sur les hommes et d'ajuster le tir au besoin. Ce processus nous apparaît essentiel et incontournable pour arriver à une prise de décision éclairée qui soit respectueuse de l'égalité entre les sexes.

## **Recommandation**

**Le Conseil recommande :**

**5. Que l'analyse différenciée selon les sexes soit intégrée dès le départ à la conception et à l'élaboration de tous les projets de politique et de réforme d'importance dans le domaine des services de santé et des services sociaux afin que les mesures et les politiques soient :**

- **adaptées aux besoins des différentes populations; et**
- **respectueuses de l'égalité entre les femmes et les hommes.**

### ***1.3 L'INTÉGRATION DE LA RECHERCHE DE PROFITS DANS LES LIEUX DE PRATIQUE ET UNE SEGMENTATION DE LA POPULATION EN DIVERSES CLIENTÈLES À L'ENCONTRE DE LA QUALITÉ DES SOINS POUR TOUS, DE LA PROTECTION DES PLUS DÉMUNIS ET D'UN SYSTÈME PUBLIC FORT***

Selon le mandat reçu, le Groupe de travail devait formuler des recommandations qui garantissent : 1) des soins de qualité élevée, quel que soit le lieu de dispensation des services; 2) la protection des plus démunis; et 3) le maintien d'un régime public de santé fort.

Or, il est douteux que les recommandations dont nous venons de faire état conduisent à ces résultats. En effet, les médecins pourraient cumuler à la fois des revenus de source privée et de source publique, dans un contexte où ils sont également encouragés à pratiquer et à investir dans des centres médicaux spécialisés privés à but lucratif qui n'ont plus beaucoup en commun avec les anciens cabinets privés et où la recherche de revenus et de profits serait encore plus présente. Cette diversification des lieux d'appartenance et des modes de rétribution des médecins ferait en sorte que plusieurs d'entre eux, au lieu de se définir uniquement comme des artisans au service de la population et du secteur public, porteraient également le chapeau de l'entrepreneur, soucieux de rentabiliser sa pratique et ses investissements.

On fournirait des assises à un système à deux vitesses, élargissant les brèches qui sont déjà perceptibles. En effet, dans notre régime, la possibilité de se procurer des services diagnostiques auprès des cliniques de radiologie et des laboratoires d'analyse privés permet à ceux qui peuvent en assumer le coût d'obtenir un accès plus rapide aux soins médicaux requis. De nouveaux services sont également offerts contre argent sonnante (bilan de santé privé, prise de rendez-vous, consultation médicale par Internet, cliniques exploitées par des médecins non participants, etc.), services qui vont à l'encontre du principe d'égalité d'accès. Les recommandations du Groupe de travail viendraient régulariser ces pratiques et même les étendre aux soins médicaux spécialisés puisque les centres médicaux spécialisés privés seraient autorisés à imposer une tarification

couvrant les frais accessoires et de clinique aux patients qui ne sont pas traités dans le cadre d'une entente conclue avec un établissement public. Tout porte à croire que ces patients passeraient plus rapidement que les autres, car, sinon, pourquoi accepteraient-ils de payer? Or, la rapidité d'obtention des soins médicalement nécessaires et, *a contrario*, les délais d'attente font partie intégrante des critères qui permettent de juger de la qualité des services reçus.

La levée des interdictions touchant l'assurance privée duplicative stimulerait également le développement d'un secteur privé à but lucratif en santé, renforçant ainsi l'inégalité d'accès en fonction du statut ou de la capacité financière. De plus, les auteurs du rapport recommandent que l'utilisateur d'une clinique paie des frais d'inscription sous la forme d'une cotisation annuelle, une pratique qui a présentement cours dans les cliniques privées exploitées par les médecins non participants et qui pourrait, encore là, introduire une différenciation entre les personnes selon la clinique d'affiliation, la hauteur de la cotisation exigée et les services reçus en retour.

Enfin, comme le rapport recommande de faire davantage appel aux cliniques médicales, le Conseil s'interroge à savoir si le patient jouirait des mêmes droits et recours lorsque l'intervention a lieu en dehors d'un établissement public, sans engager sa responsabilité. Par exemple, dans le cas d'un traitement spécialisé, l'article 349.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise maintenant que les services reçus en centre médical spécialisé (CMS), dans le cadre d'une entente de clinique médicale associée, peuvent être soumis à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement public ou de l'agence qui est partie à l'entente de même qu'aux dispositions de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, comme si l'intervention avait eu lieu dans l'établissement public. Le Conseil craint que le patient n'ait pas accès à des recours administratifs de portée comparable lorsque le traitement spécialisé est donné dans un CMS par un médecin participant, mais hors entente, ou encore, quand l'intervention est pratiquée dans un CMS par un médecin non participant au régime public.

Si c'est bien le cas et si de plus en plus de chirurgies d'un jour devaient être effectuées dans les centres médicaux spécialisés, cette distinction de droits pour les patients pourrait devenir appréciable, compte tenu du champ d'action maintenant passablement étendu des CMS<sup>10</sup> et étant donné que le gouvernement n'a toujours pas donné l'assurance que tous les services spécialisés dispensés dans les CMS sous la responsabilité d'un médecin participant feront l'objet d'une entente de clinique médicale associée avec un établissement public ou une agence<sup>11</sup>. Rappelons, à ce propos, que rien ne garantit que certains patients traités dans un CMS ne se verront pas imposer, dans le

---

<sup>10</sup> En effet, le projet de règlement intitulé Traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, publié dans la *Gazette officielle du Québec* du 14 novembre 2007, prévoit une longue liste de chirurgies qui, en plus de l'arthroplastie de la hanche et du genou et du remplacement de la cataracte, peuvent être effectuées dans un centre médical spécialisé.

<sup>11</sup> Selon notre compréhension de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2<sup>e</sup> alinéa de l'article 233.3), le ministre aurait le pouvoir de décréter que tous les traitements spécialisés dispensés dans un CMS par un médecin participant doivent faire l'objet d'une entente. L'objectif serait de s'assurer que tous les patients sont traités de la même façon pour un service assuré, quel que soit le lieu de pratique (recours, frais accessoires, etc.).

futur, certains frais additionnels (frais accessoires, frais de clinique, etc.) à acquitter pour leur intervention. À la lecture de l'article 349.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on constate, en effet, que seuls les patients traités dans un CMS dans le cadre d'une entente de clinique médicale associée ont la garantie qu'ils n'auront pas à payer plus pour leur intervention en CMS qu'ils n'auraient eu à déboursier si l'intervention s'était déroulée dans un établissement public.

Compte tenu de tous ces éléments, on peut craindre que les propositions du Groupe de travail conduisent à une segmentation en plusieurs clientèles de la population qui était auparavant couverte par un seul et même régime. Cette fragmentation en diverses clientèles pourrait s'opérer à partir de facteurs comme le lieu de l'intervention, le fait que l'utilisateur y soit dirigé ou non par un établissement public, les droits qui lui sont reconnus, la capacité de payer du patient, la détention ou non d'une assurance privée, le statut du médecin traitant, sa disponibilité de pratique dans le secteur public, la clinique d'appartenance, etc.

Pour le Conseil, il apparaît nettement que la meilleure façon de protéger les plus démunis et de s'assurer que les services sont d'égale qualité, quels que soient l'endroit où ils sont dispensés et le patient, est que tous et toutes, riches ou pauvres, PDG comme simples employés, aient accès aux mêmes services hospitaliers et médicaux, dans les mêmes lieux de pratique et dans les mêmes conditions. En ce sens, il faut rester fidèle aux principes d'accessibilité et d'universalité tels qu'ils sont définis dans la Loi canadienne sur la santé qui précise bien que les services doivent être dispensés selon des modalités uniformes.

Enfin, le Groupe de travail ne fait pas la démonstration que ses recommandations ne mèneraient pas à un affaiblissement du secteur public. En effet, malgré le quasi-monopole exercé par le système public dans le financement des soins hospitaliers et médicaux, la part des dépenses privées dans l'ensemble des dépenses en santé au Québec a atteint quand même plus de 28,4 % en 2006, selon l'ICIS<sup>12</sup>. Une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>13</sup> sur les dépenses privées en santé effectuées dans un ensemble de pays indique que le Canada, avec des dépenses privées en santé s'élevant à 29 % des dépenses totales en santé et des assurances privées couvrant 11,4 % des dépenses totales en santé, se situait pas très loin des meneurs en ce qui a trait à l'importance relative du secteur privé en santé<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, le régime public assume l'essentiel du coût des soins médicaux et hospitaliers. Cependant, les dépenses engagées dans les autres domaines de la santé sont habituellement financées par les patients eux-mêmes ou par les assurances privées : médicaments obtenus à l'extérieur d'un établissement public, services des professionnels de la santé, autres que les médecins, qui sont dispensés hors d'un établissement public (soins dentaires, vision, services infirmiers, physiothérapie, ergonomie, services de maintien à domicile autres que médicaux, etc.). Source de la statistique mentionnée : Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, p. 133.

<sup>13</sup> Organisation de coopération et de développement économiques, « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », Synthèses, Paris, *L'Observateur OCDE*, 2004, graphique 1, p. 5.

<sup>14</sup> Dans plusieurs pays européens, le régime public s'étend à une gamme plus étendue de services de santé qu'au Canada, mais les coûts ne sont pas couverts en totalité.

Dans ces circonstances, on voit difficilement comment l'accroissement du financement privé pour les soins médicaux et hospitaliers, la fin de l'exclusivité de pratique des médecins et la hausse du nombre de cliniques privées à but lucratif ne viendraient pas affaiblir le secteur public au Québec, d'autant plus que le Québec investit moins en santé que les autres provinces et que les auteurs du rapport proposent de réduire progressivement le taux de croissance annuel des dépenses publiques en santé et services sociaux. Pour le Conseil, le recours accru à la chirurgie d'un jour, souhaitable dans la mesure où elle permet de dispenser des services à moindre coût, ne doit pas donner lieu à un essor du financement privé et de la pratique à but lucratif dans le secteur public.

### **Recommandations**

**Le Conseil recommande :**

- 6. Que le gouvernement mise avant tout sur les établissements publics (centres hospitaliers, centres ambulatoires, etc.) pour la chirurgie d'un jour et ne réserve qu'un rôle résiduel aux centres médicaux spécialisés en privilégiant, dans ce cas, ceux qui sont à but non lucratif.**
- 7. Que le lieu de l'intervention n'ait pas d'effets appréciables sur les recours dont le patient dispose et les frais exigibles lorsqu'un traitement spécialisé faisant partie du panier assuré est dispensé par un médecin participant au régime public.**

## CHAPITRE II

### LES SOLUTIONS ENVISAGÉES POUR AUGMENTER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

---

#### 2.1 LA PRÉVENTION ET LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Le Groupe de travail souhaite que le gouvernement accentue ses efforts en matière de prévention, une préoccupation qui a été saluée et que le Conseil partage entièrement. Le Conseil acquiesce également à l'objectif d'accorder la priorité au déploiement des services de première ligne, un domaine pivot dans l'organisation des services où, malgré les avancées réalisées, il reste encore beaucoup à accomplir. Le rapport contient plusieurs recommandations à cette fin, mais ne privilégie pas une forme d'organisation donnée, contrairement à ce que suggère l'étude commandée par le Groupe de travail intitulée *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*<sup>15</sup>.

En effet, après une revue exhaustive de la littérature, les auteurs de cette dernière étude invitent le gouvernement à se concentrer sur les organisations privées à but non lucratif (diverses formules sont possibles<sup>16</sup>) ou les organisations publiques pour la dispensation des services de première ligne. Celles-ci leur apparaissent, en effet, beaucoup plus performantes que les organisations privées à but lucratif à la lumière des nombreux critères retenus pour en mesurer les effets<sup>17</sup>. Le Conseil trouve particulièrement intéressantes l'analyse et les conclusions des auteurs et il croit que le gouvernement devrait s'en inspirer le plus possible.

#### Recommandations

Le Conseil recommande :

8. **Que le gouvernement poursuive les efforts entrepris en faveur de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de l'acquisition des bonnes habitudes de vie.**
9. **Que le gouvernement mette l'accent sur le déploiement des services de première ligne en santé en se centrant sur les organisations publiques et les organisations privées à but non lucratif, de préférence aux entreprises privées à but lucratif.**

---

<sup>15</sup> Paul A. LAMARCHE, Raynald PINEAULT et Yvon BRUNELLE, *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé, 31 octobre 2007, 63 p.

<sup>16</sup> Organisations communautaires, coopératives ou municipales, groupes de médecine familiale, etc.

<sup>17</sup> Neuf critères ont été retenus aux fins de l'analyse : l'efficacité, l'accessibilité, la continuité, la qualité, la globalité, l'utilisation, la réactivité, la productivité et la rentabilité.

## **2.2 LA DÉCENTRALISATION DES DÉCISIONS TOUCHANT L'ALLOCATION DES RESSOURCES ET LA DISPENSATION DES SERVICES**

Par ailleurs, le Groupe de travail formule un ensemble de propositions qui visent à modifier la gouvernance, la gestion du réseau, le mode d'allocation des ressources et les contrôles exercés sur les producteurs de services dans le but d'accroître l'efficacité et l'efficience du système. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) serait responsable de l'élaboration des grandes orientations de la politique, du partage des ressources entre les agences régionales et de l'évaluation des résultats. Les agences régionales deviendraient des acheteurs de services tandis que les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les autres établissements et les cliniques auraient davantage d'autonomie dans la production et la dispensation des services tout en devant répondre davantage de leur gestion.

Le gouvernement s'est montré particulièrement intéressé par cette partie du rapport et a mis sur pied rapidement cinq chantiers de travail et d'implantation dans le but d'approfondir la portée de ces propositions, de tester certaines d'entre elles à la faveur de projets pilotes et, finalement, d'y donner suite, s'il y a lieu, en évitant les écueils.

Le Conseil est conscient que la recherche de l'efficacité et de l'efficience doit être une préoccupation constante dans le domaine de la santé et des services sociaux qui constitue le poste budgétaire le plus important de l'État. Pour le Conseil, il importe d'améliorer les façons de faire en respectant, toutefois, la nature de notre système actuel qui repose sur la gestion et le financement public de même que les exigences de continuité dont les organisations ont besoin pour performer. À cet effet, le Conseil ne croit pas que la solution aux problèmes actuels réside dans l'ouverture des soins médicaux et hospitaliers aux règles du marché parce que, dans un domaine aussi vital, complexe et fondamental pour une société que la santé, le critère de rentabilité sociale doit demeurer au premier rang.

Par ailleurs, le Groupe de travail recommande de réduire le nombre des agences de la santé ainsi que la taille des conseils d'administration de ces agences et des établissements. Au sujet de la composition des conseils d'administration, il propose d'abandonner le critère de représentativité des membres et de valoriser plutôt l'indépendance, la compétence, le jugement et les aptitudes de gestion des membres des conseils d'administration. Or, le Conseil s'étonne que le Groupe de travail oppose la représentativité à l'expertise, au bon jugement et à la capacité d'agir pour le bien commun. Si les modes de fonctionnement ou de représentation des agences et des établissements peuvent toujours être perfectibles, ne pas donner de voix aux artisans du système et aux usagers et aux usagères à l'intérieur des conseils d'administration va à l'encontre de l'orientation démocratique que le Conseil a privilégiée au cours des années, soit celle d'une représentation diversifiée reflétant les diverses composantes de la société québécoise. Selon le Conseil, les citoyennes et les citoyens ne doivent pas être relégués seulement à des instances consultatives parallèles, comme les auteurs du rapport le préconisent. Sinon, l'éventail des points de vue se trouvera limité uniquement à ceux des gestionnaires de carrière qui, quels que soient leurs mérites, risquent alors de

se retrouver entre eux pour discuter et décider de la bonne marche et du devenir du système de santé et des services sociaux qui concernent pourtant l'ensemble de la société.

Enfin, les modifications apportées dans l'organisation des soins de santé doivent être respectueuses du personnel qui y travaille. On doit se garder d'amplifier le problème de rareté de main-d'œuvre spécialisée dans le secteur public et de nourrir la désaffection qui est notable présentement à l'endroit de certaines des professions de la santé. Cette question nous touche particulièrement puisque la force de travail y est très majoritairement féminine. Il faut éviter que des conditions d'emploi trop pénibles au quotidien dans nos institutions publiques amènent cette main-d'œuvre qualifiée à délaisser des carrières qui pourraient être gratifiantes pour se tourner vers le travail au service des agences de placement ou des plus petites organisations qui offrent souvent moins d'avantages sociaux, de perspectives de formation et de sécurité d'emploi.

### **Recommandation**

**Le Conseil recommande :**

**10. Que, dans sa recherche de solutions en vue d'accroître la performance du système de santé, le gouvernement place au premier rang le critère de la rentabilité sociale et écarte, en conséquence, les avenues suggérées par le Groupe de travail qui auraient pour effet :**

- **d'annihiler l'autorité et le pouvoir d'action du gouvernement du Québec et du ministre de la Santé et des Services sociaux;**
- **de confier la destinée des conseils d'administration des agences et des établissements publics aux seuls administrateurs privés de carrière au détriment de tout souci de représentativité;**
- **de fragiliser les établissements publics ou les organisations à but non lucratif et de favoriser l'émergence des dispensateurs de services à but lucratif dans les soins médicaux et hospitaliers;**
- **de déstructurer le marché du travail dans le domaine de la santé et des services sociaux et d'accentuer la pénurie de la main-d'œuvre spécialisée dans le secteur public.**



## CHAPITRE III

### LA CRÉATION D'UN FONDS DE STABILISATION DÉDIÉ À LA SANTÉ

---

Le Groupe de travail recommande la création d'un fonds qui serait alimenté par un pourcentage de la TVQ et une franchise imposée au patient, modulée selon l'utilisation des soins et le revenu familial. Ce fonds permettrait de soutenir la hausse des dépenses de santé durant la mise en place des mesures destinées à améliorer la performance du système public et à en limiter la croissance au taux d'augmentation du PIB. Selon le rapport, il permettrait de diminuer progressivement l'apport provenant des revenus généraux de l'État et, une fois cet objectif atteint, le fonds jouerait un rôle de stabilisation en cas d'imprévus (ralentissement économique, hausse subite des dépenses en santé, etc.).

L'idée du fonds semble très intéressante. Par contre, le Conseil n'est pas favorable à l'imposition d'une franchise en fonction de l'utilisation des soins pour le financer. En raison des nombreuses exceptions prévues, l'application de cette franchise serait complexe et, même fiscalisée, elle aurait quand même l'effet d'un ticket modérateur. Selon le Conseil, la constitution d'un fonds alimenté par la taxe de vente permettrait de diversifier les sources de financement du système de santé, de soutenir les réformes que l'on jugera bon de mettre en place et de garder le cap advenant un ralentissement économique.

Dans le contexte où l'on souhaite apporter des modifications importantes dans le fonctionnement du réseau pour en augmenter la performance, il faut tirer des leçons du passé et ne pas répéter les erreurs faites au moment de l'implantation du virage ambulatoire. On se souvient que les femmes en tant qu'aidantes, mais aussi comme artisanes du secteur de la santé, ont porté le poids de cette réforme qui a été instaurée en période de restrictions budgétaires et sans que les budgets pour les services qui devaient accompagner la déshospitalisation précoce aient été prévus.

Enfin, il faudra également dégager des ressources pour faire face au vieillissement de la population, une question qui touche particulièrement les femmes étant donné leur longévité relative et le fait qu'elles sont souvent appelées à jouer le rôle d'aidante auprès de leurs parents ou leur conjoint plus âgé. Si l'on souhaite que le bon service soit donné à la bonne personne, au bon moment et au bon endroit, il faut s'assurer que les personnes âgées et leurs proches puissent compter sur un ensemble de services (soins de première ligne, services de proximité, soutien à domicile, infrastructures d'hébergement, soins de longue durée, etc.). On pourra alors éviter que les personnes âgées se présentent à l'urgence du centre hospitalier ou, encore, occupent un lit de soins aigus, alors qu'un autre service, moins coûteux, aurait été plus indiqué dans leur condition.

En définitive, le Conseil craint que, à défaut de doter le système public des ressources financières nécessaires, les pressions pour un financement privé accru des soins de santé et une pratique axée sur la recherche de profits ne s'accroissent à l'avantage d'un petit nombre parmi les patients et les producteurs de soins et en viennent à déstabiliser le régime public de santé à l'encontre de la majorité. On pourrait alors assister à une

hausse des dépenses globales en santé sans que cela se traduise par un accroissement réel de l'offre de soins en faveur de l'ensemble de la population.

## **Recommandation**

**Le Conseil recommande :**

**11. Que le gouvernement envisage la création d'un fonds dédié à la santé qui serait alimenté par les revenus de la taxe de vente du Québec, compte tenu :**

- de l'appui de la population québécoise au financement public de notre système de santé;
- de la faiblesse relative, à l'échelle canadienne, des dépenses publiques en santé au Québec;
- des sommes d'argent requises annuellement pour couvrir les coûts du système, intégrer les changements technologiques et les nouveaux médicaments lorsque requis et faire face au vieillissement de la population;
- de la nécessité de dégager une marge de manœuvre pour implanter les réformes aptes à accroître la performance du système de santé sans pour autant occasionner d'effets pervers;
- de l'utilité de diversifier les sources de revenus et de constituer une réserve afin d'être en mesure d'affronter les périodes de ralentissement économique et de faire face aux imprévus (épidémie, pandémie, etc.); et, finalement,
- de l'urgence de contrer efficacement les pressions qui risquent autrement de se manifester en faveur de l'accroissement de la place du privé dans le financement et la dispensation des services de santé si le système public n'arrive pas, faute de ressources financières suffisantes, à relever les défis qu'il doit affronter.

## CONCLUSION

---

En définitive, le Conseil se montre particulièrement critique à l'endroit de certaines des propositions du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé *En avoir pour son argent*. Celles-ci auraient pour effet d'accroître la place du privé dans le financement et la dispensation des services médicaux et hospitaliers et de fragmenter, en différentes clientèles, la population qui se retrouve présentement couverte pour l'essentiel par un seul et même régime.

Pour le Conseil, le principe d'accessibilité aux soins, de manière uniforme, selon les besoins, sans égard au revenu, au statut social ou aux risques de maladie de la personne doit continuer de primer celui de la liberté individuelle, invoquée par le Groupe de travail pour justifier l'attribution d'un accès privilégié aux soins à une minorité. Il importe de conserver les principes et les valeurs qui inspirent actuellement notre système public de santé. Pour le Conseil, il est le meilleur garant des droits collectifs et représente une condition essentielle à l'atteinte de l'égalité.

Dans ce domaine où la rentabilité sociale doit demeurer au premier plan, les solutions aux difficultés rencontrées ne se trouvent pas dans l'ouverture des soins médicaux et hospitaliers aux règles du marché et aux impératifs de profits, elles résident plutôt à l'intérieur du système public de santé lui-même. En conséquence, le Conseil estime que le gouvernement ne doit pas renoncer définitivement à la possibilité d'invoquer la clause dérogatoire dans l'éventualité où de nouveaux jugements des tribunaux pourraient, dans l'avenir, porter atteinte à l'intégrité de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et aux objectifs consensuels poursuivis au Québec en matière de santé.



## *LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME*

---

1. Que la philosophie à la base du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé soit rejetée parce qu'elle :
  - accorde préséance au principe de liberté individuelle sur les autres principes et valeurs de notre système de santé, et
  - reconnaît à certains individus le droit d'avoir un accès privilégié aux soins médicaux et hospitaliers au détriment d'un accès égal pour toutes et tous à des services de qualité, selon des modalités uniformes, quel que soit le statut social, la capacité de payer ou le caractère assurable de la personne.
2. Que les lois québécoises en matière de santé et de services sociaux continuent de s'inspirer des principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité inscrits dans la Loi canadienne sur la santé.
3. Que le gouvernement du Québec se prononce clairement en faveur du financement public des soins médicaux et hospitaliers et qu'il s'oppose fermement aux propositions du Groupe de travail prônant :
  - la fin de l'exclusivité de pratique des médecins;
  - l'extension de l'assurance privée duplicative pour les services médicaux et hospitaliers faisant partie du panier des services assurés;
  - l'introduction dans le système de santé d'un financement privé permettant un accès privilégié aux services médicaux et hospitaliers assurés, dispensés par les médecins participants au sein du système public.
4. Que le gouvernement ne renonce pas définitivement à la possibilité d'invoquer la clause dérogatoire dans l'éventualité où de nouveaux jugements des tribunaux pourraient, dans l'avenir, porter atteinte à l'intégrité de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et aux objectifs consensuels poursuivis au Québec au regard de la protection des droits collectifs en matière de santé.
5. Que l'analyse différenciée selon les sexes soit intégrée dès le départ à la conception et à l'élaboration de tous les projets de politique et de réforme d'importance dans le domaine des services de santé et des services sociaux afin que les mesures et les politiques soient :
  - adaptées aux besoins des différentes populations; et
  - respectueuses de l'égalité entre les femmes et les hommes.

6. Que le gouvernement mise avant tout sur les établissements publics (centres hospitaliers, centres ambulatoires, etc.) pour la chirurgie d'un jour et ne réserve qu'un rôle résiduel aux centres médicaux spécialisés en privilégiant, dans ce cas, ceux qui sont à but non lucratif.
7. Que le lieu de l'intervention n'ait pas d'effets appréciables sur les recours dont le patient dispose et les frais exigibles lorsqu'un traitement spécialisé faisant partie du panier assuré est dispensé par un médecin participant au régime public.
8. Que le gouvernement poursuive les efforts entrepris en faveur de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de l'acquisition des bonnes habitudes de vie.
9. Que le gouvernement mette l'accent sur le déploiement des services de première ligne en santé en se centrant sur les organisations publiques et les organisations privées à but non lucratif, de préférence aux entreprises privées à but lucratif.
10. Que, dans sa recherche de solutions en vue d'accroître la performance du système de santé, le gouvernement place au premier rang le critère de la rentabilité sociale et écarte, en conséquence, les avenues suggérées par le Groupe de travail qui auraient pour effet :
  - d'annihiler l'autorité et le pouvoir d'action du gouvernement du Québec et du ministre de la Santé et des Services sociaux;
  - de confier la destinée des conseils d'administration des agences et des établissements publics aux seuls administrateurs privés de carrière au détriment de tout souci de représentativité;
  - de fragiliser les établissements publics ou les organisations à but non lucratif et de favoriser l'émergence des dispensateurs de services à but lucratif dans les soins médicaux et hospitaliers;
  - de déstructurer le marché du travail dans le domaine de la santé et des services sociaux et d'accentuer la pénurie de la main-d'œuvre spécialisée dans le secteur public.
11. Que le gouvernement envisage la création d'un fonds dédié à la santé qui serait alimenté par les revenus de la taxe de vente du Québec, compte tenu :
  - de l'appui de la population québécoise au financement public de notre système de santé;
  - de la faiblesse relative, à l'échelle canadienne, des dépenses publiques en santé au Québec;
  - des sommes d'argent requises annuellement pour couvrir les coûts du système, intégrer les changements technologiques et les nouveaux médicaments lorsque requis et faire face au vieillissement de la population;

- de la nécessité de dégager une marge de manœuvre pour implanter les réformes aptes à accroître la performance du système de santé sans pour autant occasionner d'effets pervers;
- de l'utilité de diversifier les sources de revenus et de constituer une réserve afin d'être en mesure d'affronter les périodes de ralentissement économique et de faire face aux imprévus (épidémie, pandémie, etc.); et, finalement,
- de l'urgence de contrer efficacement les pressions qui risquent autrement de se manifester en faveur de l'accroissement de la place du privé dans le financement et la dispensation des services de santé si le système public n'arrive pas, faute de ressources financières suffisantes, à relever les défis qu'il doit affronter.



## **BIBLIOGRAPHIE**

---

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, Québec, le Conseil, octobre 2000, 62 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire sur le document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de solidarité*, Québec, le Conseil, avril 2006, 54 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Québec, le Conseil, mai 2000, 58 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ. *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, gouvernement du Québec, février 2008, 317 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006*, Ottawa, l'Institut, 2006, 151 p.

LAMARCHE, Paul A., Raynald PINEAULT et Yvon BRUNELLE. *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé, 31 octobre 2007, 63 p.

MINISTÈRE DES FINANCES. *Relever le défi du financement de la santé : budget 2007-2008*, Québec, le Ministère, mai 2007, 20 p.

MINISTÈRE DES FINANCES ET MINISTÈRE DU REVENU. *Statistiques fiscales des particuliers : année d'imposition 2004*, Québec, gouvernement du Québec, juin 2007, 237 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », Synthèses, Paris, *L'Observateur OCDE*, 2004, 8 p.