

UN JUSTE PRIX POUR LES SERVICES DE SANTÉ

Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS

LE QUEBEC A-T-IL LES MOYENS DE MAINTENIR UN SYSTÈME PUBLIC DE SERVICES DE SANTÉ, ACCESSIBLES À TOUS?.....

LES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ : LES FAITS.....

LE VOLUME DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ.....

1. Les dépenses totales per capita.....
2. La part de la richesse collective consacrée
aux services de santé

LE RYTHME D'AUGMENTATION DES DÉPENSES TOTALES

LES FACTEURS D'AUGMENTATION DES DÉPENSES TOTALES DE SERVICES DE SANTÉ.....

1. La croissance accélérée des programmes de médicaments
gratuits et des services médicaux.....
 . les médicaments et les services pharmaceutiques.....
 . les services médicaux.....
2. Un recours important **aux** services en établissement
3. L'augmentation du financement privé

DES CHOIX CRUCIAUX POUR LE QUEBEC

LES STRATÉGIES UTILISÉES POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE ET RÉDUIRE LES DÉPENSES DES SERVICES DE SANTÉ

TARIF, TICKET MODÉRATEUR, COASSURANCE :

QUAND LE CONSOMMATEUR DEVIENT LA CIBLE

1. La consommation globale de services.....
2. Les différences de consommation selon les groupes.....
3. L'état de santé.....
4. L'évolution des dépenses publiques et des dépenses totales.....

LES LEÇONS À TIRER DES RÉFORMES EN OCCIDENT	15
1. Le Québec.....	15
2. Le Canada.....	16
3. Les pays européens	17
4. Les États-Unis.....	17
LES SOLUTIONS SE TROUVENT AU SEIN DES SYSTÈMES DE SERVICES	18
DES ACTIONS DÉCISIVES.....	21
I. FUSIONNER LES RÉGIMES D'ASSURANCE.....^	
Recommandation	24
II. DÉCENTRALISER LA GESTION DES RESSOURCES	25
Recommandation	26
III. REVOIR L'ORGANISATION DES SERVICES, LOCALEMENT	28
Consolider la prévention et la promotion de la santé dans les activités du système de services	29
Recommandation	29
Organiser et coordonner les services au niveau local.....	29
Recommandation	30
Rationaliser l'utilisation des lits hospitaliers	30
Recommandations.....^	
Développer les services de première ligne et les services de soutien dans le milieu de vie	32
Recommandation	33

**IV. INFORMER L'USAGER : UNE CONDITION
RECONNUE D'EFFICIENCE**

Recommandation

V. OPTIMISER LES SERVICES MÉDICAUX

La démographie médicale.....

Recommandation

Les modes de rémunération.....

Recommandations.....

La pratique médicale.....

Recommandations

Des responsabilités pour le médecin à la mesure de la place qu'il
occupe dans les services de santé.....

Recommandation

VI. REVOIR LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE...

Recommandation.....

VII. RENOUVELER LES RAPPORTS DE TRAVAIL.....

Recommandations.....

VIII. AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS APPROPRIÉS À UN COÛT ACCEPTABLE POUR LA SOCIÉTÉ	46
Le prix.....	46
L'utilisation.....	^?
Recommandations.....	48
CONCLUSION.....	49

AVANT-PROPOS

Depuis trente ans, le Québec s'est doté d'un ensemble d'instruments collectifs de protection sociale. Les régimes d'assurance-hospitalisation, d'assurance-maladie et autres assurances complémentaires font partie de ces instruments. Ils ont permis et permettent toujours aux Québécoises et Québécois de partager, solidairement, les risques financiers liés à la maladie et à l'incapacité.

Au fil des ans, la gamme de services de santé s'est graduellement élargie, sans que l'on remette vraiment en cause les façons de faire usuelles. Aujourd'hui, à l'aube de l'an 2000, la poursuite d'une meilleure accessibilité aux services demeure, plus que jamais, un objectif d'actualité. Mais cet objectif ne vient plus seul; on ne peut plus le dissocier des impératifs d'efficacité et d'efficience auxquels sont soumis désormais tous les systèmes publics de services. En d'autres mots, l'accessibilité aux services de santé passe aujourd'hui nécessairement par l'amélioration de la performance des systèmes de services de santé.

D'abord sur le plan de l'efficacité, il faut rechercher les interventions qui démontrent, eu égard aux problèmes prioritaires, le plus grand potentiel d'amélioration de la santé de la population. Conséquemment, l'accent doit résolument porter sur la prévention des maladies, des déficiences et des handicaps. Des gains additionnels peuvent aussi être obtenus dans le choix des interventions visant à restaurer la santé ou à rehausser les capacités fonctionnelles des individus.

Sur un plan plus global, l'efficacité du système de services repose également sur sa capacité à s'ajuster rapidement pour répondre aux nouveaux besoins en émergence et pour assurer une meilleure continuité des soins et des services, par la complémentarité, par la coopération entre intervenants professionnels et institutionnels du secteur et avec les intervenants d'autres secteurs.

Parallèlement, la préoccupation de l'efficience a pris des proportions évidentes, qui sont à la hauteur des problèmes financiers des gouvernements et de la dette publique accumulée. Elle se traduit dans la restructuration économique de nos systèmes publics de services, comme partout ailleurs dans les pays industrialisés. La transformation qui s'opère dans le réseau de la santé et des services sociaux en est une illustration vivante.

Des gains d'efficience peuvent être escomptés dans plusieurs domaines d'activité du système de services de santé. De nouvelles technologies de production et de distribution de soins sont disponibles pour soutenir l'amélioration de la performance; elles la rendent même incontournable. Oui, la transformation du réseau de services est réalisable et souhaitable. Nous avons l'occasion et le devoir de la mener à bien en tenant compte de l'expérience des autres, de façon à éviter les dérapages. Cette transformation doit enfin permettre l'aboutissement d'un cheminement de plus de dix ans : celui menant à un réseau intégré de services, plus diversifié, plus souple, moins «institutionnel» et mieux adapté aux besoins d'aujourd'hui.

C'est sur cette toile de fond que le présent avis du Conseil de la santé et du bien-être a pris forme. Par cet avis, le Conseil veut alimenter la réflexion sur des éléments-clés, structurants, de l'organisation des services, qui présentent un fort potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience : l'administration des régimes d'assurance publics de services de santé, la décentralisation, l'organisation des services au niveau local, l'information à l'usager, la pratique médicale et les modes de rémunération des médecins, la réglementation professionnelle, les rapports de travail et, enfin, l'accès aux médicaments.

Le Conseil de la santé et du bien-être souhaite que les intervenants et décideurs concernés par cet avis s'en inspirent pour adopter les stratégies de changement qui permettront à la société québécoise de consolider les acquis en matière d'universalité, d'accessibilité, de continuité des services et, surtout, de solidarité.

LE PRÉSIDENT,

Norbert Rodrigue

LE QUÉBEC A-T-IL LES MOYENS DE MAINTENIR UN SYSTÈME PUBLIC DE SERVICES DE SANTÉ, ACCESSIBLES À TOUS ?

Au moment de la création du Conseil de la santé et du bien-être, en mai 1992, le système de services de santé québécois entrait dans une période déterminante pour son avenir. En même temps que s'amorçait la réforme du système, à la suite des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux (Commission Rochon) et de la publication des orientations du ministère (*Une réforme axée sur le citoyen* et *La politique de la santé et du bien-être*), l'idée progressait que le Québec ne pouvait plus maintenir un système de services universels, accessibles à tous sans égard au revenu et financés principalement à même les fonds publics. Les arguments le plus souvent avancés : le Québec n'a plus les mêmes moyens qu'auparavant; le déficit budgétaire gouvernemental et la dette publique ont atteint des niveaux critiques; le taux d'imposition est déjà très élevé et toute hausse menacerait la compétitivité du Québec sur les marchés continentaux; aussi, le problème ne pourra être résolu que par une baisse des dépenses gouvernementales, en particulier dans le secteur de la santé puisque ce secteur accapare près du tiers du budget de l'Etat.

Suivant cette ligne de pensée, le gouvernement a pris plusieurs décisions depuis le milieu des années 1980 pour restreindre sa participation au financement des services de santé. D'abord, il a désassuré graduellement les soins dentaires et augmenté la contribution des personnes hébergées dans les établissements publics. Plus récemment, il désassurait les services optométriques, imposait un tarif de 2,00 \$ par ordonnance aux personnes âgées et remettait en question la gratuité des médicaments pour les personnes atteintes de certaines maladies comme le cancer, la fibrose kystique, etc. (la circulaire *Malades sur pied*).

Certains ont vu dans ces décisions une sérieuse remise en cause de l'accès universel aux services de santé, qu'ils considèrent comme l'un des acquis majeurs de la société québécoise. L'universalité, garantie par le financement public du régime, a en effet permis d'améliorer l'équité entre les groupes de la population et ce, de deux manières : par un transfert financier des riches vers les plus démunis, les riches payant proportionnellement plus d'impôts; par un transfert financier des personnes en bonne santé vers les personnes malades, le financement n'étant pas lié à la consommation des services. D'autres considéraient par ailleurs qu'il était impossible de régler le déficit gouvernemental par une baisse des dépenses des services de santé parce que le réseau est actuellement sous-financé et que les besoins augmentent sans cesse.

Le sujet est devenu de grande actualité, à l'heure où le système de services de santé doit composer avec d'importantes compressions et, en même temps, amorcer une transition majeure. Le Conseil de la santé et du bien-être a donc décidé de faire

le point. Il a soumis une série de questions à un groupe de travail présidé par Paul-A. Lamarche, membre du Conseil et professeur au département de médecine sociale et préventive de l'université Laval. Le Groupe de travail était aussi composé de Jean-Bernard Trudeau, vice-président du Conseil, de André Archambault, Christophe Auger, Robert Busilacchi, Pierre Gosselin et Miriam Green, membres du Conseil, ainsi que de Lionel Robert, Gilbert Normand et Hervé Anctil, du Secrétariat du Conseil. Le Groupe de travail s'est penché spécifiquement sur les questions suivantes :

- Quel est le niveau, le rythme d'accroissement et la répartition des dépenses de services de santé par secteur d'activité au Québec en comparaison avec les autres provinces canadiennes et les pays industrialisés?
- Quels sont les effets sur la consommation et les coûts des services des mesures ayant pour effet de transférer le financement des services de la collectivité aux familles et aux personnes?
- Quelles mesures les autres provinces canadiennes et les pays industrialisés ont-ils adoptées pour solutionner les problèmes auxquels font aussi face leurs systèmes de services de santé?
- Quelles solutions devraient être retenues au Québec?

Les conclusions et recommandations du Groupe de travail ont été entérinées par le Conseil, pour constituer cet avis.

Si le Conseil a concentré pour le moment son attention sur les services de santé, c'est d'abord et avant tout parce qu'il s'agit du secteur le plus coûteux du système de santé et de services sociaux. C'est aussi le secteur qui est particulièrement visé par les décisions récentes du gouvernement. C'est enfin un secteur qui offre des données fort nombreuses et standardisées; il est donc possible de comparer les sociétés entre elles.

En centrant son attention sur les services de santé, le Conseil ne veut aucunement laisser entendre que ces services constituent le déterminant le plus important de la santé de la population. Au contraire, la recherche fournit de plus en plus d'évidences selon lesquelles le travail, le revenu, le support social, l'éducation **et** l'environnement représentent des éléments-clés, tout aussi sinon plus importants que le système de services. Par son choix, le Conseil ne veut pas laisser entendre non plus qu'aucune amélioration n'est requise ou même possible dans le réseau des services sociaux.

LES DEPENSES DE SERVICES DE SANTÉ : LES FAITS

Quel est le niveau optimal de dépenses de services de santé pour une société? Celui du Royaume-Uni, qui consacre 6,6 % de sa richesse collective à ces services? Ou encore celui de l'Allemagne (8,5 %), de la France (9,1 %), du Canada (10 %), des Etats-Unis (13,4 %)? Personne n'a pu à ce jour répondre à cette question. Les niveaux de dépenses relevés reflètent essentiellement les choix culturels et historiques que les sociétés ont faits. Mais c'était avant que l'on s'interroge sur l'efficacité des services au regard des sommes investies, sommes qui n'ont d'ailleurs cessé d'augmenter au fil des ans. C'était aussi avant que la plupart des gouvernements des pays occidentaux soient confrontés à des problèmes budgétaires, accentués par un ralentissement durable de la croissance économique. C'était enfin avant l'ouverture des frontières et la mondialisation des échanges : aucune société développée ne pourrait se permettre d'entretenir un secteur public peu performant, à cause du poids que ce secteur représente dans l'économie nationale. L'inefficacité constitue plus que jamais un frein au développement.

Puisqu'il est impossible de déterminer objectivement le niveau optimal des dépenses, comment savoir si le Québec dépense aujourd'hui assez, trop ou trop peu pour les services de santé? Il faut aborder la question autrement et se demander plutôt :

- si le niveau de dépenses de la société québécoise est comparable, supérieur ou inférieur à celui d'autres sociétés similaires;
- si le rythme d'augmentation des dépenses de santé est comparable, inférieur ou supérieur à celui que l'on observe dans les autres sociétés.

Une fois que l'on a mesuré le niveau et le rythme d'augmentation des dépenses, il faut chercher à comprendre la dynamique d'évolution de ces dépenses. On doit alors se demander :

- quels secteurs d'activité du système de services exercent les plus fortes pressions sur l'augmentation des dépenses, soit parce qu'ils accaparent une part importante du budget des services de santé, soit parce qu'ils connaissent un rythme d'augmentation accéléré, ou les deux?

Enfin, il faut se pencher sur un dernier aspect : la répartition des dépenses publiques et privées de services de santé, puisqu'il est maintenant reconnu qu'il s'agit là d'un élément central dans l'évolution des dépenses totales.

LE VOLUME DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ

1. LES DÉPENSES TOTALES PER CAPITA

Les dépenses totales de services de santé comprennent les dépenses publiques et les dépenses privées. Les dépenses publiques sont assumées par l'Etat et couvrent, au Québec, les services de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance-maladie et des programmes complémentaires (médicaments gratuits aux personnes âgées et aux prestataires de la sécurité du revenu, services dentaires aux enfants, services optométriques, orthèses-prothèses). Les dépenses privées sont constituées par la somme des contributions des individus, ou de leur assureur, pour l'achat de services non couverts par les régimes d'assurance publics. Au Québec, ces dépenses couvrent essentiellement des frais d'hébergement (contribution des personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, contribution pour une chambre individuelle à l'hôpital), des services professionnels (dentiste, psychologue, thérapeute en cabinet privé...), des médicaments et des appareils.

Au Québec, les dépenses totales de services de santé *per capita* s'élevaient en 1991 à 2 174 \$, soit 336 \$ de moins qu'en Ontario et 186 \$ de moins que dans l'ensemble du Canada. Le Québec arrivait alors au huitième rang des provinces canadiennes pour les dépenses par habitant. Pour sa part, le Canada se classait deuxième parmi les 18 pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), juste après les Etats-Unis, seul pays développé qui ne se soit pas encore donné un système public de services de santé.

Au total, les dépenses totales de services de santé *per capita* sont donc moins élevées au Québec que dans l'ensemble du Canada. Toutefois, à l'échelle internationale, le Québec appartient au peloton de tête. A titre illustratif, pour rejoindre la Suisse au troisième rang mondial, le Québec aurait dû diminuer ses dépenses totales d'environ 450 M \$, en 1991.

2. LA PART DE LA RICHESSE COLLECTIVE CONSACRÉE AUX SERVICES DE SANTÉ

Les dépenses totales *per capita* ne donnent qu'une indication sommaire de l'effort fourni par les sociétés pour financer leurs services de santé. Il faut également considérer la proportion qu'occupent ces dépenses (dépenses *per capita* multipliées par la population totale) par rapport à la richesse collective, c'est-à-dire le produit intérieur brut (valeur monétaire des biens et services produits sur un territoire donné).

Le Québec canalise vers les services de santé une part plus élevée de sa richesse que la moyenne des provinces canadiennes. En 1991, les dépenses pour les services de santé représentaient 9,9 % du PIB au Québec, la moyenne canadienne s'établissant à 9,8 %. Quant au Canada, il se classait bon deuxième, juste après les États-Unis (13,4 %). Il était suivi de la France (9,1 %), de la Finlande (8,9 %), de la Suède et de l'Australie (8,6 %) et de l'Allemagne (8,5 %). À titre illustratif, pour rejoindre la France au troisième rang mondial, le Québec aurait dû soustraire 1,3 milliard de dollars à ses dépenses de services de santé, en 1991.

Il faut donc conclure que le Québec se compare très avantageusement aux autres sociétés quant au volume de ressources consacrées aux services de santé.

LE RYTHME D'AUGMENTATION DES DEPENSES TOTALES

Au cours de la décennie 1970, le rythme d'augmentation des dépenses totales de services de santé au Québec a suivi, à peu de choses près, le rythme de croissance de la richesse collective : 12,7 % par rapport à 13 % pour la période 1971-1979. Par contre, au cours de la décennie 1980, le rythme d'augmentation des dépenses de services de santé a été sensiblement supérieur à celui de la richesse collective.

La comparaison avec les autres pays montre que le rythme d'augmentation des dépenses totales a été plus modeste au Canada, de 1970 à 1975, que dans les autres pays. Toutefois, contrairement à la tendance internationale, le rythme n'a pas diminué durant les années 1980 : il a été plus élevé au Canada que dans tous les autres pays, sauf les États-Unis, durant la première moitié de la décennie.

Au Québec, le taux d'augmentation annuel des dépenses totales de services de santé a été de 7,3 % pour la période 1987-1991, un taux plus élevé que la moyenne canadienne (7,0 %), et largement supérieur à la croissance de la richesse collective, l'augmentation annuelle du PIB se chiffrant à environ 2 % par année. En clair, les dépenses de services de santé ont augmenté 3,5 fois plus rapidement que la richesse collective au cours de la période 1987-1991. Il se pourrait bien cependant que les effets des mesures de compression, conjugués à une nouvelle croissance du revenu national due à la reprise économique récente, modifient ce rapport.

LES FACTEURS D'AUGMENTATION DES DÉPENSES TOTALES DE SERVICES DE SANTÉ

Trois facteurs semblent exercer des pressions à la hausse sur les dépenses totales de services de santé au Québec :

- la croissance accélérée des programmes de médicaments gratuits (prestataires de la sécurité du revenu et personnes âgées) et des services médicaux;
- l'accent mis sur les services en établissement, en particulier les services hospitaliers;
- le recours de plus en plus important au financement privé.

1. LA CROISSANCE ACCÉLÉRÉE DES PROGRAMMES DE MÉDICAMENTS GRATUITS ET DES SERVICES MÉDICAUX

Depuis le début des années 1980, le rythme d'augmentation des dépenses de ces programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie a dépassé largement l'enrichissement collectif.

les médicaments et les services pharmaceutiques

De 1982 à 1992, les dépenses du programme de médicaments gratuits destiné aux prestataires de la sécurité du revenu ont augmenté de 133 %. Quant aux dépenses du programme de médicaments gratuits pour les personnes âgées, elles ont connu une hausse extraordinaire de 218 % : 188,6 points de plus que l'enrichissement collectif (29,4 %), pour la même période. Le budget du programme de médicaments gratuits aux personnes âgées s'élevait en 1992 à 458 M \$. Il dépassait les dépenses de services médicaux payés à l'acte destinés à cette même clientèle (401,3 M \$).

Pour la période 1985-1992, la croissance des coûts des programmes de médicaments gratuits serait due, à 43,9 %, à l'augmentation du nombre de bénéficiaires, à 26,5 % à l'arrivée de nouveaux produits, à 23,7 % à la hausse des prix des génériques et des produits d'origine et à 11,6 % à la hausse de la marge bénéficiaire du pharmacien et des honoraires professionnels. La coassurance, instaurée au début des années 1990 (frais de 2,00 \$ par ordonnance), aurait par ailleurs entraîné une nouvelle entrée de fonds à la RAMQ qui aurait réduit la croissance totale de 5,7 %.

Selon cette évaluation, l'effet combiné de l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules et l'augmentation des prix des génériques et des produits d'origine expliquerait la moitié (50,2 %) de la hausse totale enregistrée.

les services médicaux

De 1982 à 1992, le coût des services médicaux a enregistré une hausse de 50 %, soit 20,6 points de plus que l'enrichissement collectif (29,4 %), pour la même période. Trois facteurs expliqueraient cette augmentation : l'accroissement du nombre de médecins et du volume de services (27,4 % plus de services alors que la population augmentait de 7,6 %); l'augmentation du nombre moyen de services par médecin (6,5 %); la hausse des coûts moyens par service (22 %). En somme, il y a plus de médecins en 1992 qu'il y en avait dix ans auparavant, ils offrent plus de services et ces services coûtent plus cher. En conséquence, le nombre de services médicaux *per capita* a augmenté, passant de 9,9 à 11,6. Enfin, la proportion de la population qui a consulté en 1991-1992 s'est élevée à 80,6 % par rapport à 77,8 % dix ans auparavant.

2. UN RECOURS IMPORTANT AUX SERVICES EN ÉTABLISSEMENT

Les façons de répondre aux problèmes de santé diffèrent d'une société à l'autre. Ainsi, telle société privilégiera davantage les services ambulatoires ou les services à domicile, telle autre les services en établissement. Ces façons de faire sont traduites dans les modes d'organisation, les structures même des systèmes de services de santé. Les choix des sociétés comportent donc des coûts.

Parmi les provinces canadiennes, c'est le Québec qui, après Terre-Neuve, canalise la plus grande proportion de ses dépenses totales de services de santé vers les services en établissement. La position du Québec apparaît très élevée quand on considère que le Canada détient, sur ce plan, le premier rang parmi les pays du Groupe des Sept. Précisément, la proportion des dépenses totales des services de santé consacrée aux services en établissement atteignait, en 1991, 54,2 % au Québec par rapport à 48,8 % au Canada (1991). Quant à la moyenne des pays de l'OCDE, elle s'établissait à 46,1 % en 1990.

Autre fait à signaler, la proportion des dépenses totales dirigée vers les services en établissement n'a cessé de croître au Québec depuis le début des années 1960. Au Canada, on note une augmentation constante jusqu'au début des années 1980, puis la tendance s'inverse; la proportion des dépenses de services en établissement passe de 53 % en 1980 à 48,8 % en 1991. Le Québec n'a pas suivi cette tendance, du moins jusqu'à tout récemment.

À titre illustratif, une réduction des dépenses des services en établissement pour les ramener à la moyenne canadienne se traduirait par des économies de quelque 870 M \$ pour le Québec. Une diminution au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE entraînerait, cette fois, une économie d'environ 1,3 milliard. Précisons qu'il ne s'agirait pas d'économies nettes, puisqu'une partie de ces sommes devrait être investie dans d'autres services, beaucoup moins coûteux toutefois.

3. L'AUGMENTATION DU FINANCEMENT PRIVÉ

On ne peut établir de corrélation directe entre la hauteur du financement privé et le volume total des dépenses de services de santé. Tout dépend du système de régulation en place pour contrôler les dépenses et leur rythme d'accroissement. Il semble toutefois qu'un «glissement» graduel vers le financement privé dans un système axé essentiellement sur la régulation des dépenses publiques entraîne invariablement une augmentation des dépenses totales de services de santé. C'est que le tiers payant public n'est alors plus en mesure d'exercer les mêmes contrôles sur les dépenses, puisqu'elles ne ressortent plus de son budget. Une analyse récente de la situation dans les pays de l'OCDE montre que plus le secteur privé prend de l'importance dans les services de santé, moins les dépenses totales sont maîtrisées. Le transfert du public au privé ne peut donc représenter une solution pour contrôler les coûts.

A l'échelle internationale, la situation a évolué comme suit au cours des deux dernières décennies : la plupart des pays ont accru leur participation au financement des services de santé dans les années 1970 pour la diminuer graduellement par la suite. En 1980, la proportion des dépenses publiques s'élevait à 80,7 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE observés qui se sont donné un système public (tous sauf les Etats-Unis).

Au Québec, près des trois quarts des dépenses de services de santé (73,1 % en 1991) sont actuellement de nature publique. Le Québec occupe sur ce plan le sixième rang parmi les provinces canadiennes. Cette proportion a peu varié depuis 1987, puisqu'elle s'établissait alors à 73,9 %. La diminution a plutôt eu lieu au milieu des années 1980 : en 1983, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales se chiffrait encore à 80,3 %. Aujourd'hui, l'écart entre le Québec et l'Ontario n'est plus que de 1,5 point, alors qu'il était traditionnellement de près de 10 points en faveur du Québec.

De 1987 à 1991, les dépenses totales québécoises de services de santé ont augmenté, comme on l'a vu, à un rythme supérieur à celui des dépenses canadiennes. Cette importante augmentation s'explique à la fois par une hausse des dépenses publiques, supérieure à l'enrichissement collectif, mais plus encore par l'augmentation accélérée des dépenses privées : 8,1 % pour le Québec comparativement à 6,1 % pour l'Ontario et 6,9 % pour le Canada.

DES CHOIX CRUCIAUX POUR LE QUEBEC

Le Québec est l'une des sociétés qui dépensent le plus actuellement pour les services de santé. Or, rien ne nous permet d'affirmer que ces dépenses se traduisent, dans l'ensemble, par de meilleurs résultats de santé comparativement aux sociétés qui consacrent moins de ressources aux services. De plus, les dépenses du Québec apparaissent encore plus élevées si l'on considère que la population québécoise est encore relativement jeune par rapport à celle des autres pays industrialisés.

De fortes pressions à la hausse ont continué de s'exercer, du moins jusqu'à tout récemment, sur les dépenses de services de santé. Le rythme d'augmentation de ces dépenses dans ce secteur a dépassé la croissance de la richesse collective au cours des années 1980 et ce, jusqu'en 1991, dernière année où les données comparatives sont disponibles. Depuis ce temps, des compressions ont été imposées, mais on ne peut pour le moment en évaluer précisément les effets. Les pressions à la hausse provenaient essentiellement de trois facteurs : l'augmentation élevée des dépenses dans deux programmes administrés par la RAMQ[^] soit les médicaments gratuits et les services médicaux; un recours plus intensif qu'ailleurs aux services en établissement; l'augmentation graduelle et constante des dépenses privées. L'évolution de ces facteurs place aujourd'hui le Québec devant des choix cruciaux.

LES STRATEGIES UTILISEES POUR AMELIORER LA PERFORMANCE ET RÉDUIRE LES DÉPENSES DES SERVICES DE SANTÉ

Les gouvernements occidentaux ont eu recours à diverses stratégies pour réduire les dépenses et améliorer l'efficacité et l'efficience de leur système de services de santé. Ces stratégies peuvent être regroupées autour de deux pôles :

- le transfert d'une partie des dépenses de services aux individus;
- les reformes des modes de production des services.

Le transfert de dépenses aux individus a emprunté essentiellement deux voies : soit l'instauration de nouvelles contributions à l'usager de services, soit l'augmentation des contributions déjà en vigueur. Certes, il existe plusieurs formes de contribution privée au financement de services de santé. Mais la tarification et la coassurance sont certainement, et de loin, les plus répandues. Ce sont celles également qui semblent présenter le plus d'attrait actuellement chez les décideurs et dans la population. Enfin, leur impact est bien mesuré.

Rappelons que la tarification prend la forme d'un montant fixe (appelé *tarif* ou *ticket modérateur*, selon l'objectif qu'on lui assigne) que l'on exige au moment de la consultation; ce montant n'est aucunement lié au prix du service. Quant à la coassurance, elle se traduit plutôt par le paiement *d'un pourcentage du prix réel du service utilisé*.

Le Conseil est par ailleurs conscient qu'une autre forme de contribution privée semble actuellement prendre de l'ampleur, de façon parfois même insidieuse : la désassurance de services. Jusqu'à récemment, on avait surtout assisté au Québec à la désassurance sélective de services dit «complémentaires» : désassurance graduelle des soins dentaires aux enfants et désassurance des services optométriques. Mais, de façon générale, il faut bien dire que l'on a plutôt connu, au cours des dernières décennies, une augmentation constante de l'engagement des gouvernements dans les services de santé, particulièrement les services médicaux et hospitaliers. Vu la nouveauté du phénomène de désassurance, on ne dispose encore pas d'études expérimentales sur le sujet. Le Conseil est par ailleurs conscient que la question mérite toute l'attention nécessaire. Il compte donc, dans la suite de ses travaux, dresser un inventaire complet des mesures actuelles de désassurance dans le réseau des services de santé et faire le point sur ce sujet.

Dans cet avis, le Conseil a concentré son attention sur les deux grandes stratégies utilisées ces dernières années par les gouvernements pour résoudre leurs problèmes de financement de services de santé, soit la tarification et la coassurance et les réformes des systèmes de services. L'examen des avantages et des inconvénients de l'une ou l'autre de ces orientations permettra de déterminer les véritables choix qui s'offrent au Québec.

TARIF, TICKET MODÉRATEUR, COASSURANCE : QUAND LE CONSOMMATEUR DEVIENT LA CIBLE

L'idée d'imposer un tarif individuel ou encore de faire assumer par la personne qui consulte un pourcentage des coûts des services auxquels elle a recours gagne de plus en plus de terrain au Québec. Selon une opinion largement répandue, il y aurait plusieurs avantages à exiger une telle contribution à l'usager. Cette contribution permettrait en particulier :

- de sensibiliser le consommateur aux coûts et de réduire ainsi les abus;
- de s'attaquer à la consommation de services jugés inappropriés ou inefficaces;
- de diminuer les dépenses publiques de santé et de réduire ainsi les pressions sur les finances publiques;
- de trouver une nouvelle source de financement pour le système de services qui, de l'avis de plusieurs, a besoin de fonds.

Qu'en est-il exactement dans la réalité? Plusieurs études expérimentales nous renseignent précisément sur les effets de l'imposition d'une contribution individuelle liée à la consommation de services. Le Conseil tire ses conclusions des évaluations d'expériences qui se sont déroulées dans plusieurs sociétés : les Etats-Unis (étude de la RAND Health Insurance Corporation), l'Etat de la Californie, la France, l'Irlande, la Saskatchewan, le Québec. Ces études révèlent que la tarification et la coassurance ont des effets à la fois sur : la consommation globale de services; le profil de consommation selon les groupes; l'état de santé; l'évolution des dépenses publiques et des dépenses totales de santé.

1. LA CONSOMMATION GLOBALE DE SERVICES

-La tarification et la coassurance réduisent la consommation de services médicaux ambulatoires à court terme, en dressant un obstacle à l'entrée (la première consultation). Généralement, la consommation revient à son niveau antérieur après quelque temps.

Ce phénomène a notamment été remarqué au Québec, tout récemment. La tarification des médicaments pour les personnes âgées a entraîné une diminution la première année. Dès la deuxième année cependant, le niveau de consommation a repris sa progression.

-Après la première consultation, la tarification et la coassurance n'ont aucun effet sur la consommation, le nombre de services restant stable. En d'autres mots, l'imposition d'une contribution privée ne réduit pas l'intensité des services une fois que l'usager est «entré» dans le système.

C'est que le consommateur a peu d'influence sur les décisions qui suivent la première consultation. Des chercheurs ont évalué, pour les services des omnipraticiens, que la part qui dépendait de la décision des usagers représenterait environ 10 % des coûts. La majorité des dépenses découlerait donc, directement ou indirectement, des décisions des médecins (tests diagnostiques, traitements, médications, hospitalisations, références à d'autres praticiens, etc.).

- *La tarification et la coassurance auraient peu d'effets sur les services hospitaliers, à court terme. Cependant, une différence importante de tarif entre les services médicaux ambulatoires et les services hospitaliers peut entraîner une hausse des admissions hospitalières.*
- *La tarification et la coassurance affectent la consommation de services pour tous les problèmes de santé, y compris ceux pour lesquels il existe un traitement efficace.*
- *La tarification et la coassurance affectent la consommation des services préventifs et des consultations pour maladies aiguës.*

A titre d'exemple, avec la coassurance le taux de recours à la mammographie chez les femmes de plus de 45 ans est passé de 65 % à 52 %, sur une période de trois ans (étude de la RAND).

- *La tarification et la coassurance affectent tous les types de médicaments à la baisse, même les médicaments efficaces et essentiels, à une exception près : les médicaments pour les maladies chroniques.*

2. LES DIFFÉRENCES DE CONSOMMATION SELON LES GROUPES

- *La tarification et la coassurance affectent surtout les personnes pauvres, particulièrement les enfants et les personnes âgées. Par ailleurs, elles peuvent entraîner une hausse de la consommation chez les gens à revenus élevés et le recours aux services les plus coûteux.*

Deux motifs agissant dans le même sens pourraient expliquer une hausse de la consommation chez certains groupes moins sensibles au prix : l'auto-référence pratiquée plus souvent à leur endroit; une plus grande disponibilité des ressources humaines et matérielles. Ces raisons exigent de rechercher des moyens de contrecarrer une offre indue de services à laquelle certains usagers se plient plus volontiers, soit que leur niveau élevé de revenu les rend imperméables au prix, soit qu'ils sont exonérés du paiement.

3. L'ÉTAT DE SANTÉ

- *La tarification et la coassurance peuvent entraîner un report de consultation qui peut, à son tour, se traduire par une aggravation de l'état de santé (et une hausse des hospitalisations).*

Dans l'importante étude de la RAND, la prévalence de symptômes sérieux s'est révélée 26 % plus élevée chez les coassurés à bas revenu que chez les coassurés à haut revenu (pour le groupe dont l'état de santé était jugé inférieur à la moyenne).

- *La tarification et la coassurance augmentent encore les risques de décès chez les personnes présentant les risques les plus élevés.*

Dans l'étude de la RAND, on a noté une différence de plus de 10 % entre les coassurés et les personnes exemptées de paiement (pour le groupe des personnes les plus pauvres et en moins bonne santé).

4. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES ET DES DÉPENSES TOTALES

- *La tarification et la coassurance entraînent généralement une réduction des dépenses publiques à court terme, due à une diminution temporaire de la consommation.*
- *La tarification et la coassurance entraînent généralement une hausse des dépenses publiques à moyen terme, due :*
 - *à une aggravation possible de l'état de santé de certains groupes;*
 - *à un transfert des services légers vers les services plus onéreux;*
 - *à une augmentation de la consommation chez les personnes moins sensibles au prix;*
 - *à une réaction des fournisseurs pour combler la perte de revenu entraînée par l'implantation de la mesure.*

Les sommes dégagées immédiatement après l'introduction d'une contribution privée profitent souvent aux fournisseurs de services dans leurs négociations avec le tiers payant. Ainsi, au Québec, lorsque certains actes qualifiés de non médicalement requis ont été désassurés (comme le traitement des varices par injection), les montants globaux accordés pour la rémunération des médecins n'ont pas été diminués en conséquence. Les coûts assumés privément se sont donc ajoutés aux coûts publics totaux, qui sont demeurés constants.

La tarification et la coassurance entraînent une augmentation des dépenses totales :

- *les contributions privées viennent s'ajouter aux dépenses publiques, qui reprennent leur niveau antérieur à moyen terme (Californie, France).*
- *d'autres sources d'augmentation apparaissent : hausse des frais d'administration et de la bureaucratie, difficulté de contrôler l'évolution des dépenses.*

Le prélèvement d'un tarif exige des frais administratifs additionnels. Ces frais peuvent se traduire par un relèvement d'honoraires ou encore une hausse du tarif, à moyen terme, à la demande des producteurs.

Par ailleurs, l'arrivée sur le marché de compagnies offrant des régimes d'assurance privés complémentaires entraîne généralement une augmentation des frais d'administration. De plus, ce phénomène contribuera à diminuer la capacité de contrôler les coûts : la multiplication des sources de financement — c'est la situation qui prévaut aux Etats-Unis — empêche un contrôle efficace.

En somme, la tarification et la coassurance n'offrent aucun avantage pour diminuer ou même contenir les dépenses. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle en arrivait l'OCDE après avoir analysé l'expérience de certains pays européens qui ont accru leur recours à ces mesures durant les années 1980, afin d'infléchir la demande.

LES LEÇONS À TIRER DES RÉFORMES EN OCCIDENT

La plupart des pays occidentaux ainsi que toutes les provinces canadiennes ont entrepris ces dernières années de réformer leur système de services de santé. Les diagnostics des nombreux comités d'experts et commissions d'enquête convergent. Par contre, les stratégies adoptées pour contenir la croissance des coûts et, surtout, pour améliorer la performance des systèmes de services comportent plusieurs variantes. On peut toutefois relever des lignes de force.

1. LE QUEBEC

Au Québec, à la fin des années 1980, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) et le ministère de la Santé et des Services sociaux arrivent à la même conclusion : les problèmes du système québécois ne proviennent pas du mode de financement ou même du niveau de financement. C'est plutôt toute la dynamique interne, les règles du jeu qu'il faut changer.

Sur la question du financement, la Commission concluait que :

- le financement du système ne constitue pas un problème;
- le Québec a très bien réussi jusque-là à contrôler ses dépenses de services de santé;
- le gouvernement doit maintenir un système public fort.

Parmi les principales mesures suggérées, la Commission proposait d'orienter le système vers des objectifs de résultats, en adoptant notamment une politique de la santé et du bien-être. Elle recommandait par ailleurs la planification triennale du financement et des dépenses et ce, à tous les échelons du système, l'allocation d'un budget global fermé aux régions (incluant le budget des services médicaux) sur une base de population (selon un *per capita* ajusté aux trois ans) et l'octroi aux régions régionales d'un pouvoir de taxation marginal. La Commission précisait également la mission des établissements et recommandait de revoir l'organisation professionnelle et la gestion des ressources humaines. Enfin, elle suggérait d'accroître la représentation de la population aux différents conseils d'administration du réseau.

Plusieurs de ces recommandations ont été retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réforme qui allait suivre, en particulier l'adoption d'une politique de la santé et du bien-être, la création des régions régionales (mais sans pouvoir de taxation), la redéfinition des fonctions des établissements, et la démocratisation des instances du réseau de services. L'organisation professionnelle n'a cependant toujours pas été revue, la régionalisation tarde à être appliquée et les mécanismes d'allocation budgétaire n'ont pas été changés.

2. LE CANADA

Au Canada, pas plus qu'au Québec, aucune commission d'enquête ne conclut que l'augmentation du financement représenterait LA solution aux problèmes que connaissent les systèmes de services de santé. Au contraire, plusieurs soulignent explicitement qu'une escalade des coûts ne se traduirait pas nécessairement par une amélioration de la santé de la population. Aucune commission ne pointe non plus le comportement des consommateurs comme étant la principale cause des difficultés financières des systèmes. Toutes jugent plutôt que les problèmes auxquels font face les systèmes dépendent des modes d'organisation de la production des services de santé. En somme, les thèmes communs aux commissions qui ont étudié les soins de santé au Canada, c'est que l'argent n'est pas utilisé aussi judicieusement qu'il pourrait l'être et que la structure et la gestion du système laissent beaucoup à désirer. En palliant à ces lacunes, on réussirait certainement à diminuer les coûts et à rendre le système plus «abordable».

Les recommandations des commissions visent, d'une part, à resserrer la régulation centrale afin d'empêcher une escalade des coûts de production (plafonnement des budgets, rationalisation des services et des équipements, développement des services «légers», dans le milieu de vie...), en particulier dans le secteur des services hospitaliers, des services médicaux et des médicaments; d'autre part, les commissions proposent de régionaliser et de démocratiser les systèmes de services.

3. LES PAYS EUROPÉENS

Les pays européens ont également mis l'accent sur le contrôle des coûts et l'amélioration de la productivité de leurs systèmes de services de santé. Pour ce faire, plusieurs ont introduit de nouveaux mécanismes de régulation centrale en direction des producteurs. Mais la plupart ne se sont pas limités à resserrer les contrôles; ils ont cherché, en parallèle, de nouveaux moyens de dynamiser la base. Certains d'entre eux ont entrepris de décentraliser l'organisation et la gestion des services de santé. D'autres se sont plutôt tournés vers diverses formes de compétition publique (*managed competition*) afin de changer radicalement les règles du jeu au sein du système de production. Dans la plupart des pays, la compétition publique ne porte pas sur le financement (entre assureurs par exemple, comme c'est le cas aux Pays-Bas). Les budgets proviennent toujours de la même source, soit de l'Etat, soit des caisses d'assurance-maladie. Ce sont les producteurs exclusivement qui sont placés en situation de concurrence. Trois idées de base guident ces expériences :

- une allocation de ressources qui repose sur les décisions d'achat des consommateurs (ou de leurs représentants) plutôt que par un financement passif;
- l'organisation d'une concurrence entre fournisseurs de services (**le** fournisseur étant payé selon le nombre de clients qu'il reçoit);
- le respect de la liberté de choix du consommateur.

Les pays qui se sont tournés vers la compétition publique, comme d'ailleurs ceux qui ont conservé le modèle du système public intégré, favorisent une grande autonomie de gestion des administrateurs locaux, qu'il s'agisse de gestionnaires, d'élus ou de médecins généralistes responsables d'un territoire (*fundholders*). Mais quelle que soit l'approche adoptée — système intégré ou système du contrat — la maîtrise des dépenses de santé dans les pays européens n'a pas été obtenue par une plus grande sensibilisation des consommateurs aux coûts ou encore en désassurant des services ou des clientèles, mais plutôt «en renforçant le poids des tiers payants, ou alors par l'exercice d'un contrôle direct sur les montants versés aux producteurs et sur la capacité du système. Dans les pays où l'on a choisi la gestion de la concurrence, les décisions individuelles du consommateur sont même devenues un élément-clé pour orienter le fonctionnement des systèmes de services.

4. LES ETATS-UNIS

Aux Etats-Unis, le pays qui dépense le plus, et de loin, pour les services de santé, le financement constitue un réel problème, non pas le manque de fonds mais bien l'ampleur des sommes que la population et les individus doivent injecter. Pour régler le problème et rendre les services plus accessibles (16 % de la population ne détient pas d'assurance), le président américain a recommandé la création d'un système public de services de santé. Le modèle proposé repose sur la définition d'un panier de services, accessibles à tous, et sur l'amélioration du système actuel de production.

Le projet Clinton misait sur une régulation centrale forte (notamment par la fixation d'une enveloppe fermée et la création d'un organisme central de contrôle) et sur la compétition publique, en vue d'améliorer la productivité et de favoriser l'autonomie de décision des responsables locaux (Alliances de santé).

LES SOLUTIONS SE TROUVENT AU SEIN DES SYSTEMES DE SERVICES

Tous les systèmes de services de santé occidentaux semblent affectés par des problèmes similaires. Aussi les diagnostics convergent.

- Nulle part, la hausse du financement des services de santé n'est retenue comme une solution.
- Nulle part, les consommateurs ne sont pointés comme étant les grands responsables de l'augmentation des coûts.
- Partout, on reconnaît que les pressions inflationnistes proviennent, pour l'essentiel, de l'orientation des services, des modes de production, de l'organisation même des systèmes et de la dynamique des relations qui s'est développée entre ses composantes, bref de la logique interne de fonctionnement des systèmes.

Quelles sont les solutions à envisager pour régler les problèmes financiers du système de services de santé? L'analyse des expériences menées ailleurs indique qu'il faut écarter d'emblée toute mesure qui viserait à augmenter le financement actuel, en particulier le recours au financement privé par la tarification ou le ticket modérateur. Les études et avis démontrent que c'est du côté de la production, et non de la consommation, qu'il faut agir d'abord et avant tout. Toute forme de contribution directe de l'utilisateur ne saurait donc être envisagée pour le panier de services actuel avant que l'on ait la certitude que le système de services a atteint son rendement optimal. La solution ne réside pas non plus dans une nouvelle injection d'argent; le défi est plutôt de mieux s'organiser, de mieux administrer afin d'en avoir davantage pour son argent. Dans la course à l'efficacité et à l'efficience que la plupart des sociétés occidentales ont entreprise, deux avenues se dessinent clairement :

- le resserrement de la régulation au niveau central
 - en maximisant le rôle du tiers payant;
 - en plafonnant le développement des ressources (immobilisations, équipements, technologies) ainsi que les traitements et les salaires.

Les stratégies utilisées pour améliorer la performance et réduire les dépenses des services de santé

- l'instauration d'une nouvelle dynamique aux niveaux régional et local
 - par l'allocation de ressources sur une base de population;
 - par diverses formes de décentralisation;
 - par la création de marchés internes et la gestion de la concurrence, c'est-à-dire la formation de groupes d'acheteurs de services (représentés par un médecin, un groupe de médecins ou une «Alliance de santé») qui choisissent leurs fournisseurs.

Ces deux tendances constituent la toile de fond des recommandations du Conseil.

DES ACTIONS DÉCISIVES

Comment améliorer la performance du système de services de santé tout en réduisant les coûts? Pour répondre à cette question, il faut considérer les facteurs qui exercent actuellement les plus fortes pressions à la hausse sur les dépenses totales de services de santé. Ce sont : l'augmentation graduelle de la part de dépenses privées dans les dépenses totales de services de santé; la place occupée par les soins en établissements; la croissance accélérée du programme de services médicaux et du programme de médicaments gratuits.

Le premier élément, soit l'augmentation des dépenses privées, apparaît comme une conséquence plutôt que comme une cause des pressions qui s'exercent sur le système. En effet, moins le système public est en mesure de répondre à la demande, plus les services privés se développent. La meilleure façon de contrer la hausse des dépenses privées, c'est donc de maintenir un panier de services public le plus large possible et de faire en sorte que ces services soient efficaces et efficaces. Tout nous ramène donc au même constat : la nécessité d'améliorer la performance d'ensemble du système public de services de santé. C'est une condition essentielle pour mieux contrôler le rythme d'évolution des dépenses totales de services de santé, préserver l'équité dans l'accès aux services et maintenir un haut degré de solidarité sociale.

Mais comment donc améliorer la performance du système? Les solutions passeront nécessairement par la réponse aux questions suivantes :

- Pourquoi la société québécoise recourt-elle autant à l'institutionnalisation, et en particulier à l'hospitalisation, et comment inverser cette tendance, lourde (coûteuse, qui freine le développement de services dans le milieu de vie?
- Pourquoi l'organisation des services médicaux est-elle essentiellement fondée sur des incitatifs destinés à accroître toujours davantage l'offre de services, et en particulier l'offre de services spécialisés? Quelles sont les conditions à mettre en place pour favoriser des pratiques mieux adaptées à la demande, c'est-à-dire l'évolution démographique, aux caractéristiques des clientèles desservies et aux différents lieux de pratique, ceci en conformité avec l'évolution des connaissances?
- Comment exercer un meilleur contrôle sur le poste budgétaire du système de services de santé qui connaît actuellement la plus forte augmentation, les médicaments? En d'autres mots, est-il possible de mieux «gérer» la commercialisation, la prescription et la consommation de médicaments?

Voilà comment se pose le défi de l'efficacité pour le système québécois de services de santé. Pour le relever, on ne peut traiter isolément les questions posées ou encore adopter des mesures à la pièce pour régler tel ou tel problème particulier. Un ensemble de conditions doivent être remplies pour modifier en profondeur,

«structurellement», le fonctionnement et l'évolution du système. Le Conseil précise ces conditions et formule des recommandations pour les appliquer dans le cadre de l'actuelle réforme du système de services. Ces conditions peuvent être regroupées autour de quatre pôles :

La gestion d'ensemble et les modes d'organisation des services

1. Fusionner les régimes d'assurance publics des services de santé
2. Décentraliser la gestion des ressources
3. Revoir l'organisation des services au niveau local

L'usager des services

4. Informer l'usager : une condition reconnue d'efficience

Les ressources humaines

5. Optimiser les services médicaux
6. Revoir la réglementation professionnelle
7. Renouveler les rapports de travail

Un secteur à surveiller : les médicaments

8. Améliorer l'accessibilité aux médicaments appropriés à un coût acceptable pour la société

I. FUSIONNER LES REGIMES D'ASSURANCE

L'évolution du système des services de santé et des services sociaux n'est pas le fruit du hasard. Les fournisseurs de services se sont développés sous l'influence des trois régimes d'assurance de services de santé, qui ont été mis en place graduellement. En 1961, le Québec adhère au régime canadien d'assurance-hospitalisation. Neuf ans plus tard, il se donne un régime universel d'assurance-maladie. Dans les années qui ont suivi, le gouvernement québécois instaure, tout comme les autres provinces canadiennes, divers programmes sélectifs d'assurance, qui ont été modifiés au fil des ans. La mise en place des assurances publiques en matière de santé est donc marquée par trois grands moments. Lors du premier, on a orienté la clientèle vers un lieu de prestation de services, l'hôpital; ensuite, on a privilégié un fournisseur de services, le médecin; enfin, on a favorisé l'accès à certains produits et services à des groupes qui présentaient des besoins précis. Ces trois grands moments ont façonné les modes d'organisation actuels du réseau de services.

Encore aujourd'hui, les frontières entre les régimes d'assurance sont maintenues, ce qui se traduit de la manière suivante : le budget des établissements provient du ministère de la Santé et des Services sociaux et celui des services médicaux, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec; quant aux budgets des programmes complémentaires, ils sont également administrés par la RAMQ mais à partir d'enveloppes distinctes. Le problème est accentué par le fait que deux autres régimes d'assurance et un programme d'assistance participent également au financement des services de santé pour les clientèles qu'ils desservent. Il s'agit du régime d'assurance-automobile, du régime de santé et de sécurité du travail et du programme de sécurité du revenu.

Tout se passe comme si les fournisseurs de soins transigeaient avec plusieurs «assureurs», souvent placés en concurrence, plutôt qu'avec un payeur unique. Le résultat, c'est qu'il est plus difficile d'exercer un contrôle des dépenses : un fournisseur peut contourner les contraintes imposées par un «assureur» (régime d'assurance) en refilant la facture à un autre. Par ailleurs, cette situation contribue à maintenir un système parcellisé au sein duquel le choix des interventions dépend souvent des canaux d'allocation budgétaire. Dans les faits, le maintien des trois formules d'assurance au sein du système des services de santé a eu trois grandes conséquences :

- En dirigeant la consommation vers les services hospitaliers et les services médicaux, l'Etat a opté *de facto* pour les interventions les plus lourdes et les plus coûteuses.
- Les solutions adoptées par des fournisseurs de services pour régler les problèmes budgétaires de leur secteur se sont souvent traduites par un transfert de la facture à un autre secteur. D'un point de vue global, il s'avère qu'en agissant ainsi on a souvent opté pour les solutions les plus onéreuses.
- Les administrateurs n'ont aucun incitatif financier à substituer un service ou un professionnel à un autre, afin de réaliser des gains d'efficacité. La structure d'allocation budgétaire empêche parfois même toute substitution.

Les administrateurs du réseau de services doivent avoir la latitude nécessaire pour choisir la solution la plus efficace et la plus efficiente. Il devrait être normalement possible, par exemple, pour un établissement ou un organisme d'engager un psychologue au lieu d'un psychiatre, une hygiéniste dentaire au lieu d'un dentiste, une infirmière clinicienne à la place d'un médecin, ceci évidemment dans le respect de la réglementation professionnelle. Il devrait être également possible de privilégier la prévention, en finançant par exemple davantage un dispensaire diététique au lieu de construire une unité de néonatalogie, sans être pénalisé financièrement. Il faut également sortir de la compartimentation actuelle afin de responsabiliser davantage le médecin aux implications financières de sa pratique.

Le meilleur moyen d'atteindre ces buts, c'est d'allouer un budget global pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux (budget des établissements, des services médicaux, des médicaments...) à une instance responsable de la population d'un territoire et de lui laisser prendre les décisions nécessaires, sur le terrain, quant au choix des moyens, à l'intérieur de paramètres fixés au niveau central. L'application de cette orientation repose sur un préalable : la fusion des trois régimes d'assurance publics des services de santé (hospitalisation, maladie, programmes complémentaires) en un seul.

RECOMMANDATION

1. *Que le gouvernement constitue une seule enveloppe budgétaire globale regroupant tous les budgets publics administrés par le ministre de la Santé et des Services sociaux soit :*

- *le budget des établissements;*
- *le budget des services médicaux;*
- *le budget des programmes complémentaires suivants : médicaments gratuits, services dentaires, services optométriques, orthèses-prothèses.*

1.1 *Que la Régie de l'assurance-maladie du Québec continue :*

- *d'agir comme agent-payeur pour les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens d'officine;*
- *de remplir ses fonctions actuelles d'inspection et de contrôle;*
- *de gérer les transferts financiers provenant de la Société de l'assurance-automobile du Québec, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et du ministère de la Sécurité du revenu; ces transferts sont versés pour financer les services fournis à des clientèles particulières.*

1.2 Que l'accessibilité aux services et la rémunération des professionnels soient les mêmes quelle que soit la source de financement public des services : ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie de l'assurance-maladie du Québec, Société de l'assurance-automobile du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, ministère de la Sécurité du revenu.

II. DECENTRALISER LA GESTION DES RESSOURCES

La décentralisation n'est pas une fin en soi; c'est un choix collectif, politique. La société québécoise a fait ce choix pour l'organisation et la gestion de ses services de santé. Tel était le sens de la réforme entreprise au début des années 1990. Il faut cependant se rendre à l'évidence que toutes les règles du jeu n'ont pas été adaptées afin d'en arriver à une réelle décentralisation.

La décentralisation doit permettre aux instances régionales d'exercer une responsabilité de population pour les services de santé, et à la population de participer à l'organisation et à l'orientation des services. Pour remplir cette condition, il faut modifier les règles d'allocation budgétaire actuelles, démocratiser, débureaucratiser et déréglementer la gestion du système de services.

Le mode d'allocation budgétaire actuel, par compartiments, limite la marge de manoeuvre des régies régionales. Ainsi, par le passé, des territoires qui voulaient développer les services en externe ou encore le maintien à domicile ont été amenés à investir dans les services en établissement, parce que le seul argent disponible se trouvait dans ce secteur. Par ailleurs, ce sont en grande partie les demandes des fournisseurs qui déterminent où vont les ressources dans les services de santé. Ainsi, d'année en année, les budgets des établissements sont reconduits et ajustés en fonction des besoins liés au développement technologique et des priorités ministérielles. Le résultat c'est que plus une région a de ressources et plus ces ressources produisent, plus elle reçoit de l'argent. Dans ce contexte, c'est l'offre — et non les demandes des consommateurs — qui détermine essentiellement l'endroit où les services sont consommés.

Ce mode d'allocation budgétaire a fait en sorte que les écarts se sont accentués graduellement entre les régions et les territoires, au profit essentiellement des capitales des régions centrales; les régions périphériques et éloignées n'ont aucune marge de manoeuvre pour corriger la situation. Aussi, les populations de ces régions doivent souvent se déplacer pour avoir accès aux services.

Pour corriger la situation, le Conseil juge que les bases de l'allocation budgétaire doivent être changées. L'allocation budgétaire doit désormais être fondée sur les besoins et les caractéristiques sociosanitaires des populations à desservir. Les sommes provenant de tous les régimes d'assurance publics administrés par le Ministre doivent être réparties selon *un per capita* et réunies pour former une seule

enveloppe budgétaire globale. Cette mesure permettrait de corriger en très grande partie les disparités actuelles dans l'allocation de ressources entre les régions.

Concernant la démocratisation, il est trop tôt pour évaluer les effets de toutes les mesures de la réforme des services de santé et des services sociaux. Pour l'heure, certains indicateurs apparaissent positifs : dès la première élection du réseau de services, quelque 3 000 candidats et candidates se sont présentés pour siéger au sein des diverses instances; les régies régionales ont consacré beaucoup d'efforts pour définir démocratiquement leurs priorités régionales à la suite de l'adoption de la politique de la santé et du bien-être. Selon les informations dont dispose le Conseil, d'autres éléments paraissent par ailleurs inquiétants, notamment la multiplication des comités d'experts. Il y a là un danger réel de court-circuiter les efforts de démocratisation.

Concernant la bureaucratisation, certains faits se révèlent également inquiétants. Ainsi, l'augmentation du personnel dans les régies régionales ne s'est pas traduite par une diminution correspondante au ministère; le ministère compte toujours près de 1 000 employés, soit une diminution d'environ 15 % depuis 1990. Le risque est donc réel de créer deux niveaux bureaucratiques au lieu d'un. Par ailleurs, certains mettent en doute les mécanismes d'imputabilité actuels. Il faut cependant noter qu'un des mécanismes prévus, qui apparaît central pour le Conseil, n'a pas encore été exploité : la comparution des régies régionales devant la Commission parlementaire des affaires sociales. Selon le Conseil, il faut attendre un premier exercice — les régies doivent comparaître aux trois ans — avant de porter un jugement définitif.

Enfin, sur le plan de la déréglementation, il faut encore attendre les recommandations du groupe de travail formé il y a plus de deux ans pour étudier cette question. Pourtant, l'idée fait consensus depuis longtemps : l'efficacité au niveau local passe nécessairement par l'abolition de directives, normes et contrôles touchant tout particulièrement la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

RECOMMANDATION

2. *Que le Ministre s'assure que toutes les conditions nécessaires à une véritable décentralisation de la gestion soient implantées le plus rapidement possible. A cette fin :*

2.1 *Que l'enveloppe budgétaire totale constituée en vertu de la recommandation 1 soit répartie entre les régions.*

- *Que chaque régie régionale reçoive une enveloppe globale pour les services de santé et les services sociaux.*

- *Que cette enveloppe soit établie en fonction des caractéristiques démographique' de la population de la région (par exemple, l'âge et le sexe), d'indicateurs de besoins de santé et de bien-être prédéterminés (par exemple, le revenu moyen par personne, la perception des individus de leur état de santé, la proportion de gens qui reçoivent des prestations de sécurité du revenu), et en tenant compte des coûts différenciés de production de services liés à l'éloignement et à la densité de la population.*
 - *Que l'ensemble des budgets des établissements soient versés directement à la régie régionale.*
 - *Que la régie régionale détermine la proportion de son budget qu'elle alloue aux établissements, aux services médicaux et aux programmes complémentaires et, dans le cas des deux derniers éléments, qu'elle en informe la RAMQ à chaque début d'année.*
 - *Qu'à même son enveloppe globale, la régie régionale soit responsable du financement des services de santé et des services sociaux pour la population de son territoire, que les services soient consommés à l'intérieur ou à l'extérieur de sa région.*
 - *Que la régie régionale soit responsable de négocier avec d'autres régies régionales le prix des services qu'elle n'est pas en mesure d'offrir à sa population; en vertu du principe de la liberté de choix du consommateur, le remboursement devra porter sur les services réellement consommés.*
 - *Que la régie régionale conserve, le cas échéant, les surplus qu'elle dégage; en contrepartie, qu'elle assume tout déficit à même son enveloppe budgétaire de l'année subséquente.*
- 2.2 *Que le Ministre consolide la place prépondérante des citoyens et citoyennes dans la gestion des services de santé et des services sociaux.*
- *Que la liberté de choix du consommateur quant au lieu de consultation et au professionnel soit respectée intégralement.*
 - *Que les régies régionales soient tenues d'impliquer directement la population de leur territoire, au minimum sur les questions suivantes :*
 - *les priorités de santé et de bien-être;*
 - *l'allocation de ressources, au regard de ces priorités;*
 - *la reconfiguration des services.*
 - *Que le Ministre s'assure que les décisions régionales soient respectées au niveau central.*
 - *Que le Ministre s'assure que les mécanismes d'imputabilité prévus pour les établissements et les régies régionales soient opérants le plus rapidement possible,*

tout particulièrement la comparution des régions régionales devant la Commission parlementaire des affaires sociales.

- *Que le Ministre suggère à la Commission parlementaire des affaires sociales de se déplacer en région, afin d'accroître l'information et la participation de la population et de renforcer l'imputabilisé des gestionnaires du réseau.*

2.3 Que le Ministre s'assure que l'évolution des ressources administratives, tant au ministère que dans les régions régionales, soit cohérente avec :

- *la décentralisation des activités;*
- *l'objectif de démocratisation du réseau des services de santé et des services sociaux;*
- *l'effort global de compression demandé au réseau.*

III. REVOIR L'ORGANISATION DES SERVICES, LOCALEMENT

Plusieurs grands débats marquent l'évolution des services de santé depuis au moins une vingtaine d'années : la place de la prévention et de la promotion de la santé par rapport aux services curatifs; l'importance du soutien à domicile par rapport aux services en établissement; le développement des services de premier recours (première ligne) par rapport aux services spécialisés; la responsabilité des milieux dans la coordination et la gestion des services par rapport à la responsabilité de l'Etat. Ces questions n'ont jamais été vraiment résolues. Certes, des consensus ont émergé quant à la nécessité de mettre davantage l'accent sur la prévention et les services «légers», de confier davantage de responsabilités aux communautés locales, mais la portée de ces consensus a rarement dépassé le stade du discours. Sur le terrain, il semble que la tradition — ou la force d'inertie — l'ait emporté.

L'adaptation du système passe aujourd'hui par une remise en question des façons de faire habituelles. Le virage ambulatoire pris par les centres hospitaliers fait partie de cette remise en question; il n'en constitue pourtant qu'un des éléments. Le Conseil juge que les efforts doivent globalement viser les objectifs suivants :

- Consolider la prévention et la promotion de la santé dans les activités du système de services.
- Organiser et coordonner les services au niveau local.
- Rationaliser l'utilisation des lits des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et de soins de longue durée.
- Développer les services de première ligne et les services de soutien dans le milieu de vie.

CONSOLIDER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES ACTIVITÉS DU SYSTÈME DE SERVICES

Depuis la publication, en 1974, du rapport «Nouvelle perspective de la santé des Canadiens» (Rapport Lalonde), tout le monde s'entend sur la nécessité d'accentuer les actions préventives. Il faut pourtant admettre que, malgré ce consensus, ce sont surtout les services en établissement qui se sont développés, année après année, depuis l'adoption du régime d'assurance-maladie. Or, la nécessité de la prévention et de la promotion de la santé ne fait plus aucun doute. S'il fallait un autre argument, la Banque mondiale vient de le fournir. L'institution internationale recommande en effet aux Etats de consacrer 20 % de leur budget des services de santé à la prévention. Si une telle mesure vaut pour les pays en développement, elle vaut au moins tout autant pour les pays riches, qui disposent de beaucoup plus de ressources.

Afin que la prévention et la promotion de la santé trouvent véritablement assise dans le système de services, le Conseil propose de mettre en place des incitatifs financiers pour développer les activités préventives en fonction d'objectifs spécifiques. Ces objectifs, fixés par territoire bien circonscrit, doivent venir appuyer les objectifs nationaux de la politique de la santé et du bien-être.

RECOMMANDATION

3. *Que le Ministre et les régies régionales dégagent des incitatifs financiers pour les professionnels et les établissements d'un territoire (par exemple, un quartier, un territoire de MRC, une communauté d'appartenance) liés à l'atteinte de résultats spécifiques : proportion de bébés de faible poids à la naissance, taux de couverture vaccinale pour une clientèle particulière, accident ou maladie du travail dans un secteur donné, etc.*

ORGANISER ET COORDONNER LES SERVICES AU NIVEAU LOCAL

Les services locaux ont été au centre de la plupart des réformes des systèmes de services de santé en Occident. Le Québec doit emboîter le pas. Il faut aujourd'hui entreprendre une révision en profondeur de l'organisation des services par territoire afin que chaque milieu se dote d'un réseau intégré de services. Cet exercice doit aller de pair avec la revue complète des services offerts dans les établissements spécialisés, en particulier l'hôpital.

Selon le Conseil, la démarche doit être de la responsabilité d'acteurs locaux, imputables à leur communauté, sous la supervision de la régie régionale. Qui sont ces acteurs? Trois possibilités coexistent, si l'on s'en remet aux modèles qui sont expérimentés actuellement dans diverses sociétés.

Le premier regroupe les diverses formes de partenariat qu'il est possible d'envisager entre tous les établissements d'une communauté d'appartenance, afin de créer un véritable réseau de services. Le concept de «communauté d'appartenance» désigne une population, un territoire auquel les gens s'identifient en premier lieu, pour des raisons historiques et culturelles. C'est un concept à géométrie variable; il n'est pas reflété par le découpage administratif actuel. Si l'on optait pour ce modèle, il appartiendrait aux régies régionales, en concertation avec la population, de circonscrire ces territoires. Les administrateurs réunis de la communauté d'appartenance auraient alors la responsabilité d'harmoniser leurs activités afin de doter le territoire d'un «réseau de services intégré».

Le deuxième modèle d'organisation locale des services nous est fourni par la Grande-Bretagne. Dans ce cas, un groupe de médecins généralistes est chargé d'assurer les services de première ligne dans un territoire donné; il reçoit également le budget de l'ensemble des services de santé pour la population du territoire qu'il dessert.

En Suède, ce sont plutôt les élus locaux (municipaux) qui sont imputables de l'organisation locale des services. Ce modèle présente un double avantage : il permet une gestion démocratique; il favorise l'intervention multisectorielle, les gouvernements locaux étant chargés de l'administration de divers services à la communauté.

Le Conseil ne prend pas partie en faveur de l'un ou l'autre de ces modèles. Il insiste toutefois pour souligner la nécessité qu'il y a de confier à chaque milieu la responsabilité de s'organiser lui-même. Pour ce faire, le milieu doit disposer des leviers d'action nécessaires.

RECOMMANDATION

4. *Que la régie régionale détermine, en concertation avec les communautés de son territoire, le modèle d'organisation locale de services qu'elle privilégie.*

- *Quelle demande à chaque communauté locale un plan général d'organisation des services.*

- *Quelle confie, le cas échéant, le budget des services locaux à l'instance locale responsable de la coordination des services.*

RATIONALISER L'UTILISATION DES LITS HOSPITALIERS

Le Québec est l'une des rares sociétés qui consacre encore plus de la moitié de ses dépenses totales de services de santé aux services en établissement. Qui plus est, les services hospitaliers ont continué à se développer au cours de la dernière décennie, du moins jusqu'à tout récemment : on a relevé un transfert graduel, pour

la période 1982-1992, des soins aux personnes âgées vers les centres hospitaliers de soins de courte durée.

Il est démontré que l'utilisation de l'hôpital varie beaucoup non seulement d'une société à l'autre mais également d'un territoire à l'autre au sein d'une même société. Par ailleurs, les études canadiennes arrivent à la conclusion qu'entre 18 et 48 % des admissions à l'hôpital seraient inappropriées; la proportion varierait entre 19 et 60 % pour les jours d'hospitalisation (chez les adultes). Ces chiffres sont comparables à ceux que l'on retrouve dans les études internationales.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que les services hospitaliers devraient être réservés aux personnes très malades pour lesquelles il faut recourir à la haute technologie et à une main-d'oeuvre spécialisée qu'on ne trouve qu'à cet endroit. Il faut donc recentrer l'hôpital sur sa fonction première, c'est-à-dire les traitements et les soins aux personnes qui souffrent d'une atteinte sévère, d'une déficience fonctionnelle ou encore qui requièrent des soins intensifs. Tel est le sens des démarches qui ont été entreprises un peu partout en Occident depuis la fin des années 1980, et plus récemment au Québec.

L'objectif de recentrer les services hospitaliers sur leur fonction première exige que chaque hôpital examine rigoureusement la pertinence de l'utilisation de ses lits, soit ses politiques d'admission, les durées de séjour, la pertinence des examens diagnostiques, la pertinence des traitements.

Selon les dernières informations, le taux de lits de soins de courte durée se situerait au Québec entre 3,7 et 3,9 par 1 000 habitants. Or, on sait qu'une certaine proportion de ces lits sont occupés par des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en convalescence, des personnes qui requièrent des services de réadaptation ou même des personnes en attente de chirurgie. Si l'on corrigeait la situation, le Québec se rapprocherait probablement de la norme de 2,5 lits par 1 000 habitants, qui est en voie d'être adoptée par la plupart des sociétés industrialisées. Plusieurs se rapprochent déjà de cet objectif sans que l'accessibilité aux services ne soit compromise. Ainsi, le Manitoba a fermé près de 10 % de ses lits de soins de courte durée au début des années 1990 et l'Ontario, près de 8 000 lits au cours des dernières années. Aux États-Unis, la mise en place des HMO (*Health Maintenance Organization*) s'est accompagnée d'une réduction de 25 à 50 % des taux d'hospitalisation sans effet connu sur la qualité des soins. Afin d'être mieux en mesure de répondre aux besoins diversifiés de la population, le Québec doit adapter ses services et, pour ce faire, réduire son taux de lits par 1 000 habitants. Une réduction d'au moins un point, conforme à la tendance internationale, se traduirait par la fermeture de quelque 7 000 lits de soins de courte durée.

Les efforts doivent également porter sur la rationalisation des lits en centre hospitalier psychiatrique et des lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée, secteurs où le Québec utilise beaucoup de ressources, comparativement à

d'autres sociétés. A titre d'illustration, les deux tiers des quelque 13 000 lits de centres hospitaliers psychiatriques que comptait le Canada, en 1990, se trouvaient au Québec.

RECOMMANDATIONS

5. *Que chaque hôpital vise l'utilisation la plus rationnelle possible de ses lits. À cette fin, il doit :*
 - *identifier les services non pertinents qu'il offre, à l'aide des techniques de revue de la gestion de l'utilisation de services;*
 - *procéder à une revue des admissions, des séjours et des congés à l'aide de protocoles reconnus;*
 - *viser à réduire l'hospitalisation à l'aide de procédures et de méthodes éprouvées (chirurgie d'un jour, services post-opératoires à domicile, unité de court séjour...).*
6. *Que le Ministère diffuse à chaque centre hospitalier toute l'information utile sur sa performance relative, à l'aide des nombreux indicateurs disponibles, notamment les **DRG** (diagnosis related group), la durée de séjour, les taux de complications, le taux de chirurgie d'un jour, les coûts des traitements.*
7. *Que le Ministère révise à la baisse son taux de lits par 1 000 habitants, en fonction des besoins actuels pour ce type de ressources, ces besoins étant reflétés par la tendance générale en Occident.*
8. *Que le Ministre évalue l'utilisation actuelle des lits en centre hospitalier psychiatrique et des lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée.*

DÉVELOPPER LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES DE SOUTIEN DANS LE MILIEU DE VIE

La rationalisation de l'utilisation des lits en établissement doit absolument s'accompagner, en parallèle, du développement des services en aval et en amont de l'hospitalisation. Cela signifie que les premières économies réalisées doivent être réinvesties, en priorité, dans les services de soutien. Le Conseil invite ici à la prudence. Il insiste pour signaler l'absolue nécessité de laisser de l'oxygène au système de services, avant de lui demander un autre effort de compression, afin qu'il puisse réaliser sa transformation sans à-coups. Les services suivants doivent recevoir une attention particulière : les services de première ligne, les services postopératoires, les soins continus aux personnes âgées, aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de problèmes de santé chronique, les soins palliatifs. Ces services doivent être développés autour de quatre pôles : la famille, les organismes communautaires, les CLSC et les cabinets privés de médecins.

Le processus de transition dans lequel s'engage le système de services québécois doit être monitoré, afin de prévenir tout dérapage et de procéder rapidement au ajustements nécessaires. Un mode d'organisation qui privilégie le niveau local constitue certainement un facteur de succès parce qu'il offre toute la souplesse nécessaire à ce genre d'entreprise.

RECOMMANDATION

9. Que les sommes dégagées par les établissements, avec la rationalisation de l'utilisation des lits, soient en priorité investies dans les services de soutien à la famille, le financement des organismes communautaires, la coordination de services continus et l'organisation des services de première ligne, accessibles en tout temps.

IV. INFORMER L'USAGER : UNE CONDITION RECONNUE D'EFFICIENCE

Il est d'usage aujourd'hui de dire que nous sommes entrés dans la société de l'information. S'il est un domaine qui échappe encore à la règle, c'est bien celui de services de santé. Ce n'est pourtant pas que l'information fasse défaut, autant l'information administrative (types d'intervention, taux de succès, coûts, etc.) que l'information sur les traitements comme tels (efficacité, effets secondaires, etc.). EN fait, elle abonde. Simplement, elle est encore très peu diffusée dans le grand public.

Sur le strict plan de l'efficacité, on ne peut pourtant plus ignorer les évidences, très nombreuses, démontrant que l'information au consommateur constitue un facteur central. Ainsi, il est prouvé que les consommateurs peuvent pertinemment juger de plusieurs dimensions de la qualité des soins et des services, incluant même des dimensions techniques. De plus, les demandes des consommateurs ne se traduisent pas toujours par des coûts supplémentaires. Plusieurs exemples montrent que les revendications de plusieurs groupes se sont plutôt traduites par une baisse des coûts; c'est le cas en particulier pour les demandes des groupes de femmes pour des pratiques moins interventionnistes lors de l'accouchement, de pressions des personnes âgées pour augmenter le soutien à domicile.

Il faut rappeler que, dans le secteur de la santé, les consommateurs ne recherchent pas les biens offerts en eux-mêmes, comme c'est le cas pour les biens de consommation en général, mais en fonction des bénéfices qu'ils perçoivent pour leur état de santé. Aussi, des individus bien informés des risques et avantages d'interventions chirurgicales se montrent généralement beaucoup moins interventionnistes que les professionnels. En outre, un client informé se dit, en général, plus satisfait des services qu'il a reçus. Enfin, il aurait moins tendance à entamer des poursuites en cas de résultat décevant, parce qu'il a partagé l'incertitude du praticien.

L'information au client doit porter sur les pratiques, les bénéfices escomptés et les inconvénients du traitement, les coûts. La Pennsylvanie est allée encore plus loin. Elle a produit et diffusé au public la liste des «meilleurs» hôpitaux pour les pontages coronariens, les volumes de pratique, des informations sur les risques reliés au traitement, des questions à poser au médecin traitant. La divulgation de cette information a amené des assureurs à renégocier des ententes et à écarter certains hôpitaux et même des praticiens. Parallèlement, des hôpitaux ont revu leur processus et réajusté leurs prix. L'exemple de la Pennsylvanie constitue sans doute un cas extrême. Mais il illustre à quel point l'information au consommateur est devenue importante aujourd'hui dans les services de santé.

RECOMMANDATION

10. Que les corporations professionnelles, les établissements, les régies régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux intensifient l'information aux usagers et au public en général sur les interventions cliniques.

10.1 Que les corporations professionnelles, en vertu de leur mandat de protection du public, renseignent les usagers de services au moyen de guides pratiques sur les questions à poser au praticien avant d'accepter un traitement : évolution naturelle de la maladie, efficacité relative du traitement, effets secondaires.

10.2 Que les corporations professionnelles élaborent, à l'intention de leurs membres, des lignes directrices sur l'information à donner aux usagers.

10.3 Que l'information — claire, précise et pertinente — fasse désormais partie intégrante des critères d'évaluation formels de la qualité des actes, en rapport avec les lignes directrices établies par les corporations professionnelles.

10.4 Que l'établissement s'assure que l'utilisateur reçoive toute l'information nécessaire sur le traitement qu'on lui propose et sur la possibilité qu'il a de le refuser, comme le stipulent les articles 10 et 11 du Code civil :

«Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.» (1991, c.64, a.10)

**Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention (...).» (1991, c.64, a. 11}*

10.5 Que les régies régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux rendent publiques les données comparées sur la performance des centres hospitaliers (durée de séjour, taux de chirurgie d'un jour, taux de complications, coûts des traitements...) pour les traitements les plus courants. Les indicateurs de mesure devront être pondérés pour tenir compte de la gravité des cas.

V. OPTIMISER LES SERVICES MÉDICAUX

Le médecin joue un rôle central dans les services de santé. Il est non seulement le premier fournisseur de services mais c'est également le professionnel qui exerce la plus grande influence sur l'évolution des dépenses. Des analystes estiment que les décisions médicales influent sur 70 à 80 % des dépenses totales de services de santé. Les activités du médecin ont également un impact majeur sur celles des autres professionnels de la santé et du personnel des services de santé. On ne peut donc aborder l'efficacité du système de services de santé sans se pencher sur la profession médicale. Plusieurs aspects de la profession doivent être pris en compte puisqu'ils ont, chacun à leur manière, un impact sur le rendement du système : la démographie médicale (nombre de médecins et répartition omnipraticiens-spécialistes), la rémunération, les modes de pratique, la participation des médecins à la gestion des services de santé.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

En 1992, le Québec comptait un médecin pour 419 habitants. Il occupait sur ce plan le premier rang au Canada, la moyenne canadienne étant d'un médecin pour 448 habitants. Depuis le début des années 1970, le nombre de médecins a augmenté au Québec trois fois plus vite que la population. Cette hausse s'est également accompagnée d'une augmentation des actes par médecin, plus exactement des «contacts médecin-patient». Les toutes dernières statistiques semblent toutefois indiquer un ralentissement du rythme d'évolution de la démographie médicale : en 1993, 230 nouveaux médecins seulement sont entrés en pratique, pour une augmentation de 1,1 % de l'effectif total, par rapport à 1992. Par ailleurs, la répartition omnipraticiens-spécialistes s'est rééquilibrée au fil des ans; elle s'établit maintenant à 49-51 alors qu'elle était de 40-60 à la fin des années 1970. On note cependant une pénurie dans certaines spécialités et certains territoires.

Afin d'adapter l'évolution de l'effectif médical à l'évolution démographique, le Conseil juge que le gouvernement doit diminuer le rythme d'augmentation nette de l'effectif médical pour le ramener le plus près possible du taux d'accroissement de la population. Adopter un tel objectif conduit à s'interroger sur la pertinence de maintenir quatre facultés de médecine. Le Conseil est d'avis qu'il faudrait effectivement se pencher sur cette question dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION

11. Que le rythme d'augmentation du nombre de médecins soit révisé à la baisse et ajusté à la croissance réelle de la population; la révision doit également permettre de rencontrer les objectifs suivants :

- maintenir le ratio omnipraticiens-spécialistes à 50-50, pour l'entrée en pratique, afin de soutenir le développement des services hors établissement, dans le milieu de vie;*
- corriger le déséquilibre actuel entre les spécialités locales (médecine interne, chirurgie générale, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, anesthésie, psychiatrie, radiologie et santé publique) et les ultraspécialités, de manière à mieux répondre aux besoins exprimés par les régions périphériques et éloignées.*

Quant à la répartition régionale des médecins, le Conseil est d'avis que le problème sera en très grande partie réglé par le nouveau mode d'allocation budgétaire qu'il propose. En effet, selon ce nouveau mode, la masse salariale des

médecins serait répartie entre les régions et incluse dans le budget régional, ce qui devrait inciter les médecins à se déplacer.

LES MODES DE RÉMUNÉRATION

La rémunération des médecins québécois se classe parmi les moins élevées au Canada. Le niveau de revenu des médecins ne constitue donc pas un sujet de préoccupation pour le Conseil. Le véritable problème se trouve ailleurs : les modes de rémunération actuels, et tout particulièrement la rémunération à l'acte, apparaissent peu cohérents avec les nombreuses fonctions exercées par les médecins (pratique clinique, enseignement, recherche, activités administratives...), les lieux de pratique et les champs de pratique.

Au Québec, en 1992, la rémunération à l'acte drainait 83 % des sommes affectées aux services médicaux; 68 % des omnipraticiens et 95 % de spécialistes y puisaient leur principale source de revenu. Parmi les pays de l'OCDE, c'est au Canada et aux États-Unis que la rémunération à l'acte est la plus répandue. Pour l'OCDE, il s'agit là d'un des facteurs qui expliquent que ces pays occupent les deux premiers rangs quant à la part de la richesse collective affectée aux services de santé.

Il est généralement admis que la rémunération à l'acte conduit, globalement, à augmenter le volume de pratique et qu'elle favorise un «déplacement» vers les actes les mieux rémunérés. Des études canadiennes et américaines font état d'écarts de 20 à 40 % de jours-présence prescrits en soins de courte durée lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes plutôt qu'à l'acte. Au Québec, une étude du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé conclut que l'introduction de la rémunération à honoraires fixes en soins de longue durée peut amener des changements radicaux, dans ce cas précis une réduction de 50 % de la

consommation de médicaments chez les usagers. Par ailleurs, la rémunération à l'acte constitue un puissant incitatif financier à faire exercer par les médecins des actes qui pourraient avantageusement être faits par d'autres professionnels. Pour sa part, le Collège des médecins de famille du Canada n'hésite pas à affirmer que la rémunération à l'acte «est motivée par le débit et qu'elle pénalise les bons omnipraticiens».

De plus en plus de médecins sont ouverts à d'autres formes de paiement. Un sondage réalisé par la firme Angus Reid révèle que 35 % des médecins québécois choisiraient le salariat comme mode de rémunération si on leur donnait le choix tandis que 57 % opteraient pour le paiement à l'acte.

Le Conseil juge que deux paramètres doivent désormais guider le choix des modes de rémunération : la diversité des lieux et des champs de pratique; la nature des fonctions exercées. Ceci amène à remettre en question la règle voulant que le paiement à l'acte soit le mode de rémunération de base. L'application des recommandations qui suivent est intimement liée à la fusion des régimes d'assurance et à l'allocation d'une enveloppe régionale globale. Ces deux conditions doivent être absolument respectées pour maintenir un système public fort et éviter un transfert important des activités vers les cliniques privées.

De plus, les régies régionales doivent désormais être partie prenante dans les décisions touchant la rémunération et l'installation des médecins. C'est une condition essentielle pour que les régies exercent une «responsabilité de population» et qu'elles développent une approche intégrée des services.

RECOMMANDATIONS

12. *Que la rémunération à honoraires fixes ou forfaitaires soit instaurée mode de rémunération de base pour la pratique en établissement; que les champs de pratique où la rémunération à l'acte doit s'appliquer, pour des raisons d'efficacité et d'efficience, fassent l'objet d'une entente entre le Ministre, les régies régionales et les fédérations médicales.*
13. *Que les niveaux de rémunération — pour tous les modes de rémunération — continuent à être négociés par le Ministre; que les régies régionales aient la responsabilité de la modulation des honoraires, en fonction des besoins de la population de leur territoire, et qu'elles aient droit de regard sur l'installation des médecins, sur leur territoire.*

LA PRATIQUE MÉDICALE

La documentation scientifique relève systématiquement de grandes variations de pratique selon les territoires. En règle générale, l'Amérique du Nord affiche les

plus hauts taux d'intervention, les Etats-Unis particulièrement. Cependant, l'amplitude des variations (l'écart entre les extrêmes) est sensiblement la même partout, que les médecins soient payés à l'acte ou non.

Si le mode de rémunération explique les hauts volumes de pratique, les variations de pratique seraient, elles, plutôt dues à d'autres facteurs : les écoles de pensée, la montée d'une médecine défensive, la disponibilité ou non d'un soutien technologique et d'experts en cas d'incertitude scientifique. L'information dont dispose le médecin sur sa pratique apparaît par ailleurs capitale. Si l'on fournit par exemple au praticien des données comparées sur son profil de pratique et sur celui de ses pairs, il sera mieux en mesure d'adapter sa pratique, de procéder aux ajustements nécessaires. La cueillette et la diffusion de ce genre de renseignements ne doivent évidemment pas être perçues, ni utilisées, comme un nouvel instrument de contrôle, mais bien comme un moyen d'échange d'information entre pairs. En ce sens, le Collège des médecins devrait jouer ici un rôle de premier plan.

L'isolement et le manque d'information peuvent amener le médecin à adopter une pratique plus traditionnelle ou encore davantage défensive. La diffusion d'information aux médecins permettrait de contrer cette tendance. Il serait également intéressant d'étudier les avantages de l'assurance-responsabilité sans égard à la faute, comme le préconisait le Rapport Pritchard. Selon la proposition du Comité Pritchard, il reste possible pour un requérant de s'adresser aux tribunaux, s'il juge que le régime ne le compense pas adéquatement pour le préjudice qu'il a subi. Ce «droit de retrait» permet à la victime d'exercer tous les recours qu'elle juge à propos. Il permet également de maintenir une pression sur l'appareil administratif, qui doit monitorer le régime et l'ajuster rapidement si nécessaire (dans le cas par exemple où les poursuites au civil augmenteraient sensiblement).

RECOMMANDATIONS

14. Que l'information au médecin et Information médicale continue soient intensifiées. A cette fin :

- que la RAMQ informe chaque médecin de son profil de pratique et des coûts de sa pratique, comparés à ceux de l'ensemble de ses collègues de sa spécialité;*
- que le Collège des médecins et les associations médicales élaborent des guides pour les pratiques où l'on relève le plus de variations;*
- que le Collège des médecins et les associations médicales accentuent la formation médicale continue sur les nouvelles méthodes et pratiques (chirurgie d'un jour, manoeuvres endoscopiques et autres procédures moins invasives...).*

15. Que le gouvernement évalue la pertinence d'instaurer un régime d'assurance-responsabilité sans égard à la faute, selon le modèle proposé dans le rapport Pritchard; selon ce modèle, toute personne qui estime n'avoir pas été compensée adéquatement par le régime, conserverait son droit de recours au civil.

DES RESPONSABILITÉS POUR LE MÉDECIN À LA MESURE DE LA PLACE QU'IL OCCUPE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Vu la position que le médecin occupe dans le système de services de santé, l'attitude que l'on a envers la profession médicale est souvent empreinte d'une certaine ambivalence, qui s'exprime de deux manières. D'abord, les attentes sont souvent démesurées à l'endroit de la médecine et de la personne même du médecin; comme il est l'acteur principal des services de santé, une grande partie des succès lui est imputée, mais une part des échecs également. Par ailleurs, bien que le médecin soit, de tous les professionnels des services de santé, celui qui jouit de la plus grande autonomie d'action, aucune autre profession que la médecine n'est autant surveillée, évaluée et exposée publiquement. On peut alors mieux comprendre pourquoi le corps médical adopte parfois un comportement de «forteresse assiégée».

Il est surprenant de constater à quel point le médecin est aussi peu présent dans les structures de décision du système. Cette quasi-absence est renforcée par le fait que le revenu des médecins provient non pas de l'établissement où ils pratiquent, mais d'un tiers payant avec qui les établissements n'ont aucun lien, la Régie de l'assurance-maladie. Le médecin se retrouve ainsi *de facto* entre deux solitudes; il peut certes en tirer des bénéfices, mais les inconvénients, et la frustration qui en découle, sont par ailleurs importants.

Lorsqu'on examine l'évolution des systèmes de soins en Europe, on constate que la profession médicale est de mieux en mieux représentée dans les structures centrales, régionales et locales. Au Québec, la création du Conseil médical et des commissions médicales régionales va dans ce sens. La Loi sur les services de santé et les services sociaux confie notamment les responsabilités suivantes aux commissions médicales régionales :

- donner des avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui sont susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la région;
- proposer à la régie régionale une liste d'activités médicales pouvant être transmises au médecin qui demande à adhérer à une entente particulière (en vertu de l'art. 19 de la Loi sur l'assurance-maladie), eu égard aux (...) besoins jugés prioritaires par la régie (art. 369).

Il faut aujourd'hui se donner les mécanismes nécessaires pour intégrer véritablement le médecin au système public, lui donner des responsabilités qui correspondent à la place qu'il occupe dans les faits, et faire profiter l'organisation du système de son expertise unique.

RECOMMANDATION

16. *Que les tâches administratives et autres fonctions de coordination médicale soient rémunérées et que les sommes requises soient prévues aux budgets des établissements*

VI. REVOIR LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE

La réglementation professionnelle a pour but de protéger le public en certifiant la compétence. Dans les faits, la réglementation consacre l'existence de quasi-monopoles de production. Si elle est trop restrictive, elle peut avoir des effets indésirables qui réduisent ou même annulent les bénéfices produits par le contrôle de la compétence. Parmi ces effets négatifs, il faut relever la fermeture relative du marché des services de santé pour de nouveaux praticiens (par exemple les sages-femmes, les acupuncteurs...) et l'impossibilité de procéder à des substitutions de personnel. Une réglementation restrictive peut également créer des embûches à la collaboration interprofessionnelle et, conséquemment, freiner l'exploration de nouvelles formes d'organisation du travail.

Au Québec, le *Code des professions* établit deux statuts juridiques pour les corporations professionnelles : l'exclusivité d'exercice et le titre réservé. En outre, dans le but de favoriser des relations interprofessionnelles harmonieuses, le législateur a introduit la délégation d'actes. Ce mécanisme, dont on ne retrouve pas d'équivalent dans les autres systèmes professionnels, oblige certaines corporations qui jouissent de l'exclusivité d'exercice à déléguer des actes, selon des conditions particulières, à d'autres catégories de professionnels. La délégation d'actes touche les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, optométristes, podiatres et chimistes.

La Commission Rochon posait un diagnostic très sévère à l'endroit des mécanismes de régulation du travail des professionnels de la santé. Pour la Commission, la réglementation professionnelle est «source de rigidité», elle est «responsable des conflits», elle «nuît au travail interdisciplinaire». La Commission réaffirmait toutefois la pertinence des objectifs du Code des professions, à savoir assurer une meilleure protection du public par la surveillance et le contrôle de l'exercice professionnel par les corporations. Elle proposait cependant de préciser cette notion de «protection du public» afin de rendre plus explicites les responsabilités des corporations. De plus, elle recommandait «que des critères de reconnaissance d'une corporation professionnelle soient définis autour de la notion d'actes exclusifs et d'actes à partage restreint et que, par conséquent, le mécanisme de délégation d'actes soit aboli» (p. 692). Les groupes non incorporés qui offrent des services de santé devraient, selon la Commission, être soumis à un contrôle minimal de la part de l'Office des professions, dans la mesure où leurs services ont pour objet d'intervenir sur des personnes.

Ces propositions ont été reprises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans l'énoncé d'orientation *Une réforme axée sur le citoyen*, mais elles n'ont toutefois pas eu de suite. Dans les faits, la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, adoptée en 1991, a même eu pour effet de renforcer les divisions professionnelles en créant dans les établissements de santé un conseil des

infirmières et infirmiers (incluant un comité des infirmières auxiliaires) et un conseil multidisciplinaire, regroupant les autres professionnels de la santé, pour faire le pendant au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cette modalité est interprétée dans les milieux infirmiers comme une reconnaissance formelle d'autonomie (évaluation par les pairs de la qualité de l'exercice professionnel) et comme une reconnaissance d'une relative indépendance à l'endroit des médecins. Les infirmières auxiliaires appliquent le même raisonnement dans leurs rapports avec les infirmières.

De son côté, l'Office des professions a entrepris en 1993 une révision du *Code des professions* et des lois qui régissent les 11 professions dites d'exercice exclusif. La démarche n'a toutefois porté, à ce jour, que sur les questions relatives au fonctionnement (discipline, traitement des plaintes) et à l'organisation des corporations (représentation du public), sans aborder les questions soulevées par la Commission Rochon et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En définitive, peu de choses auraient changé depuis le dépôt du rapport de la Commission Rochon. Les litiges restent nombreux et plusieurs continuent d'être portés devant les tribunaux. Les querelles de frontières quant aux champs de pratique persistent toujours : techniciens en radiologie, infirmières et médecins au sujet de l'installation de cathéters intraveineux et de l'injection de substances opacifiantes; médecins biochimistes et biochimistes cliniques au sujet de la direction des laboratoires; médecins et pharmaciens autour de la possibilité pour ces derniers de formuler une «opinion pharmaceutique»; psychiatres et psychologues; physiatres, physiothérapeutes et techniciens en réadaptation physique; travailleurs sociaux et techniciens en assistance sociale.

La manière de réglementer l'exercice des professions et l'évolution de la réglementation varient d'une société à l'autre. Même au Canada, les différences entre les provinces sont importantes. L'exemple de l'Ontario est intéressant, puisqu'une révision a été engagée au début des années 1980 pour résoudre des problèmes similaires à ceux que rencontre actuellement le Québec.

En 1982, le gouvernement ontarien mandatait un comité de travail pour revoir la réglementation des professions de la santé. Ses travaux se sont échelonnés jusqu'en 1989. Tout au long de ses consultations, le Comité a défendu le point de vue suivant : la législation professionnelle doit protéger le public contre les producteurs incompetents et non qualifiés et favoriser la souplesse dans l'organisation du travail et la collaboration interprofessionnelle. Le Comité a ajouté deux autres objectifs, dont les implications sont potentiellement grandes : donner aux usagers la possibilité de choisir leur fournisseur de soins parmi l'éventail des «options exemptes de risques» et mettre en place des mécanismes de promotion de la qualité des services professionnels.

A la suite des travaux du Comité, diverses mesures ont été suggérées afin de renforcer le contrôle des corporations sur l'exercice de la profession. Par ailleurs, les exigences de transparence imposées aux corporations ont été accrues : le nombre de représentants du public est augmenté, les réunions du conseil d'administration et du comité des plaintes seront ouvertes au public, les plaignants auront accès à leur dossier, les décisions disciplinaires seront publiées et les corporations seront tenues de faire rapport annuellement au ministre de la Santé.

La recommandation la plus radicale touche cependant l'organisation du travail. Les champs d'exercice exclusif ont été abolis et remplacés par la notion d'actes réservés, comme le proposait au Québec la Commission Rochon. En Ontario, les actes ont été répartis en 13 groupes; seuls les médecins sont autorisés à les exécuter tous, alors que les autres professionnels peuvent en exécuter une partie seulement et, dans certains cas, pas du tout. La loi constitutive de chaque corporation définit maintenant le domaine d'exercice des membres en termes généraux, mais sans en faire un domaine réservé. L'argument à la base de cette mesure : l'art de soigner est d'abord et avant tout du domaine public avant d'être restreint, sous certaines conditions, à des groupes particuliers; or, ce ne sont pas tous les gestes posés par les professionnels de la santé qui comportent nécessairement des risques pour le client; il n'y a donc aucune raison de maintenir les monopoles d'exercice.

L'ouverture d'accès à des pratiques qui ne font pas partie des actes réservés procure maintenant au consommateur un plus vaste choix d'options. En Ontario, cette ouverture a notamment permis de reconnaître sept nouvelles professions, dont les sages-femmes. En établissement, elle favorise une utilisation plus créative du personnel : la nouvelle réglementation n'interdit pas les chevauchements puisqu'un acte peut être posé par plusieurs catégories de personnel. En somme, l'expérience ontarienne montre qu'il est possible de modifier radicalement la réglementation professionnelle dans les services de santé, mais il faut y consacrer temps et énergie. Il est également essentiel d'associer la population et les professionnels à la démarche.

RECOMMANDATION

17. Que le Ministre demande à l'Office des professions d'amorcer en priorité une révision en profondeur de la réglementation professionnelle pour les professions du secteur de la santé;

- cette révision doit viser explicitement à abolir les champs d'exercice exclusif et, conséquemment, la délégation d'actes pour les remplacer par des actes réservés, classés selon leur degré de «dangerosité»;*
- cet exercice doit reposer sur un mécanisme de consultation de la population et des professionnels concernés;*
- pour la protection du public, que les titres réservés soient maintenus.*

VII. RENOUVELER LES RAPPORTS DE TRAVAIL

Les ressources humaines forment le coeur des services de santé, autant sur le plan humain que sur le plan financier; les salaires et traitements comptent pour 80 % du budget des établissements et ce, sans compter les honoraires des médecins. On ne peut donc aborder la question de l'efficience sans prévoir des mesures pour optimiser l'énorme potentiel humain du réseau des services de santé.

La transition qu'est appelé à connaître le système de services de santé exigera une grande flexibilité. Elle suppose l'établissement de nouveaux rapports de travail, qui prennent assise sur une gestion souple et l'exploration de modèles novateurs d'organisation du travail. Les gestionnaires et le personnel doivent à tout prix éviter de s'enfermer dans la «gestion des crises», d'entretenir un climat de conflit qui risque toujours de mettre en péril les droits fondamentaux des malades.

Le monde du travail du milieu de la santé et des services sociaux vit depuis plusieurs années un étrange paradoxe. D'un côté, le travail à accomplir exige souvent beaucoup d'autonomie, d'humanisme, d'empathie envers une clientèle souvent placée en situation de vulnérabilité; de l'autre, les tâches sont mesurées, normées, encadrées par des modes de gestion strictes et régies par des conventions collectives complexes. Au fil des ans, la compartimentation s'est accentuée.

L'organisation du travail dans le milieu de la santé et des services sociaux s'est structurée graduellement selon le modèle industriel, tayloriste et ce, autant par l'action patronale que syndicale. Lorsqu'on a mis en place l'appareil d'Etat au cours des années 1960, les seuls modèles de gestion de grands ensembles provenaient des grandes entreprises industrielles. Pour y faire contrepoids, un véritable syndicalisme «industriel» s'est institué comme chien de garde des conditions de travail. Ces conditions ont été négociées au niveau central en termes stricts, et souvent quantifiables, de liens d'emploi, de mobilité, de salaire, de charges de travail et d'avantages sociaux. Depuis ce temps, le secteur privé, et particulièrement les grandes entreprises, ont remis en question leurs modes de gestion. L'organisation du travail est actuellement en pleine ébullition. La gestion des ressources humaines est devenue la pierre angulaire de l'entreprise moderne.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, l'adaptation semble beaucoup plus lente. Pour au moins deux raisons. D'abord, la multiplicité des normes et des procédures, propres à la bureaucratie et à la nature même du secteur, et la rigidité des conventions collectives. Deuxièmement, les nombreuses épisodes de compressions budgétaires que l'on a connues depuis le début des années 1980 ont conduit à instaurer une gestion «par les coûts» ou «par décret», au détriment d'une gestion par objectif. En l'absence de buts auxquels tout le monde adhère, il est difficile de mobiliser les ressources humaines. Un tel contexte entretient le plus souvent un climat de méfiance, qui freine le changement. Pourtant, malgré ces contraintes, on remarque depuis quelques années un intérêt pour de nouvelles formes d'organisation du travail dans le secteur public. Les employés désirent

travailler dans un cadre plus souple, plus conforme à leurs aspirations, un milieu de travail où ils pourront réaliser davantage leur potentiel. Cette idée est non seulement compatible, mais essentielle au développement des organisations qui poursuivent des objectifs d'efficience.

Deux variables apparaissent fondamentales pour redéfinir l'organisation du travail : *la division du travail* et *la coordination du travail*. La division du travail renvoie pour l'essentiel à la façon dont la tâche de travail est définie. La coordination du travail réfère à la répartition du pouvoir dans la gestion du travail, au modèle d'autorité. Les choix faits en rapport avec ces variables permettent de définir un modèle d'organisation du travail. Ce qui découle du modèle retenu se révèle également très important pour les conditions de travail et les rapports employeurs-employés. Ainsi, les possibilités de mobilité professionnelle dépendent étroitement des choix faits en ce qui a trait à la division et à la coordination du travail. L'importance accordée aux conditions d'évolution dans le métier (formation, cheminement professionnel) dépend aussi de la conception que l'on se fait du travail : un travail défini une fois pour toutes qui n'a qu'à être exécuté ou un travail qui demande réflexion pour s'adapter à des situations changeantes. Enfin, il faut souligner que la gestion du temps de travail est fortement teintée par le modèle d'organisation du travail : tâche minutée ou mandat à accomplir?

Pour susciter un véritable changement et arriver à des résultats concrets, il faut agir concomitamment sur les deux variables. Aussi, le Conseil juge que la division du travail, la mobilité et l'adaptation de la main-d'oeuvre doivent faire prioritairement l'objet de négociations entre patrons et syndicats. Quant à la coordination du travail, elle doit essentiellement reposer sur le soutien au développement d'une nouvelle philosophie de gestion, adaptée à chaque milieu.

Concernant la négociation, le Conseil juge que deux conditions importantes doivent être remplies pour arriver à des accommodements. Premièrement, au-delà des textes législatifs, toute négociation doit se dérouler là où se trouve le preneur de décisions; prescrire, par texte de loi, la décentralisation des négociations sans modifier les lieux de pouvoir se révèle un exercice futile. Deuxièmement, on ne peut disposer unilatéralement de ce sujet; les deux parties doivent parvenir à un accord afin que les règles du jeu puissent être changées. Toutefois, pour faciliter la transition qui s'amorce et bien gérer l'adaptation du personnel, le Conseil suggère de mettre en place un forum d'échanges permanent, au niveau central, réunissant employeurs et employés.

Concernant la gestion, tout le monde s'entend pour dire qu'il faut recréer un climat de confiance entre les gestionnaires et le personnel, dépasser le climat de confrontation perpétuelle des dernières années. Pour ce faire, les parties doivent travailler ensemble, localement, à bâtir de nouvelles relations de travail, d'autant plus que le réseau de services est appelé à connaître de grandes mutations. La gestion hiérarchisée, autocratique, est aujourd'hui complètement dépassée; l'adaptation, l'innovation exigent souplesse, ouverture d'esprit, délégation de

responsabilités. Dans plusieurs établissements, on cherche actuellement, au moyen d'ententes particulières, à adapter l'organisation du travail. Ces efforts ne doivent plus être considérés comme des activités «délinquantes», elles doivent plutôt devenir la norme. Par ailleurs, trop de gestionnaires gèrent encore le changement, l'adaptation, les compressions budgétaires en accentuant les contrôles. Or, la flexibilité, la polyvalence et la motivation du personnel passent par une organisation du travail qui favorise la coopération et la maîtrise des travailleurs et travailleuses sur leur travail.

Les directions supérieures du réseau de services doivent désormais s'employer à fixer des buts communs, des «objectifs d'organisation» à leur personnel, et à rechercher l'adhésion de tous leurs cadres et employés. Sur un plan global, la politique de la santé et du bien-être pourrait certainement constituer un instrument d'adhésion pour l'ensemble du personnel du réseau de services.

Le Conseil n'entend pas proposer ici de modèle particulier de gestion. Il insiste cependant sur la nécessité d'encourager l'initiative, l'innovation, de rechercher la souplesse, de favoriser la diversité des expériences, bref de prendre tous les moyens pour mettre à profit l'immense potentiel que constituent les ressources humaines du réseau de services.

RECOMMANDATIONS

18. Que la négociation centrale porte sur les salaires et les avantages sociaux ainsi que sur les objectifs à poursuivre dans l'organisation du travail :

- le niveau régional serait responsable des questions touchant la planification de la main-d'oeuvre, la mobilité, l'adaptation et la formation continue;*
- le niveau local serait responsable de l'organisation du travail.*

Qu'à cet effet, les parties patronale et syndicale départagent ensemble, dans les plus brefs délais, les éléments précis qui relèvent de chaque niveau de négociation et qu'ils adaptent le cadre de négociation en conséquence.

19. Que le Ministre forme un comité consultatif sur les rapports de travail qui aura pour fonction de le conseiller sur toutes les questions touchant la planification de la main-d'oeuvre, l'adaptation des ressources humaines et les services essentiels, dans le contexte de la décentralisation et de la reconfiguration du réseau de services.

VIII. AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENTS APPROPRIÉS À UN COÛT ACCEPTABLE POUR LA SOCIÉTÉ.

Les dépenses de médicaments ont augmenté considérablement au Québec et au Canada au cours des dernières années. La part de ces dépenses sur les dépenses totales de santé au Canada est passée d'environ 8 % au début des années 1980 à 15 % en 1993, soit la même proportion que les services médicaux. A titre de comparaison, aux Etats-Unis ces dépenses de médicaments sont restées stables autour de 8 % au cours des ans et, au Royaume-Uni, elles compteraient pour environ 11 % des dépenses totales de services de santé.

Les progrès ont été considérables dans l'industrie pharmaceutique et la recherche continue de nourrir les plus grands espoirs. Nul ne peut nier ces faits. Le progrès impose par ailleurs une saine gestion, pour des raisons à la fois d'efficacité et d'efficience. L'engouement suscité par les avancées scientifiques ne saurait en aucun cas se traduire par une baisse de sens critique qui nous conduirait à négliger deux aspects essentiels : le prix et l'utilisation des médicaments.

LE PRIX

La variable «prix» constitue un facteur majeur de la hausse des coûts. Selon l'Association des pharmaciens propriétaires, le prix représenterait actuellement 63 % du coût total des ordonnances. Au cours des années 1980, les coûts des produits pharmaceutiques ont augmenté de 15 % par année, un rythme beaucoup plus rapide que celui des autres postes de dépenses. Une telle hausse nécessite qu'un examen sérieux soit fait pour bien comprendre la dynamique d'évolution des prix. Les indications que nous avons plaident en faveur d'un tel examen.

- Contrairement à une croyance répandue, les compagnies pharmaceutiques canadiennes et américaines investissent 10 % seulement de leur chiffre d'affaires en recherche-développement et... 20 % en marketing et publicité. En outre, ces compagnies se dégagent des marges de bénéfices élevées. A titre d'exemple, en 1992 en période de récession économique, les profits des grandes firmes ont varié entre 11 et 20 %, une performance de loin supérieure aux entreprises des autres secteurs.
- On peut s'interroger sur le rôle joué jusqu'à maintenant par le Conseil canadien d'examen des prix des médicaments brevetés, créé en 1987 à la suite de l'adoption de la Loi C-22 sur les brevets. Le Conseil a pour mandat de veiller à ce que les prix des médicaments brevetés ne soient pas excessifs.

Il est difficile, à ce moment-ci, de déterminer quelle stratégie offre le meilleur potentiel de contrôle des coûts, sans analyse plus approfondie des diverses stratégies utilisées notamment par les provinces canadiennes.

Le Conseil juge qu'il faut faire toute la lumière sur la question des prix avant d'envisager l'instauration d'un régime universel d'assurance-médicaments. Cette réserve ne vise aucunement à remettre en cause la pertinence d'un tel régime. Au contraire, le Conseil est persuadé qu'il s'agirait là d'un pas important, qui mettrait fin à l'éclatement actuel dans la gestion des médicaments et qui permettrait de renforcer le caractère public de l'assurance-maladie. Le Conseil tient simplement à signaler l'importance qu'il y a de bien encadrer un tel régime afin qu'on puisse en contrôler le développement.

L'UTILISATION

L'utilisation accrue des médicaments serait-elle en grande partie attribuable aux changements démographiques, en particulier le vieillissement de la population? Des études canadiennes font plutôt ressortir une augmentation de la quantité de médicaments prescrits par habitant, des transferts thérapeutiques vers les nouvelles molécules (plus chères), une combinaison de ces deux éléments résultant dans une progression en bonne partie reliée à un nombre restreint de nouveaux médicaments utilisés pour traiter un nombre relativement limité de problèmes, etc.

Par ailleurs, il est admis que l'utilisation inappropriée des médicaments constitue un facteur d'inefficacité et d'inefficience important. Selon diverses opinions, elle serait responsable de 15 à 35 % des coûts des services de santé. Un portrait de la consommation de médicaments chez les personnes âgées pour une journée donnée (le 7 avril 1991), réalisée par la RAMQ a mis en évidence plusieurs problèmes : chevauchements thérapeutiques, doses quotidiennes élevées, interactions médicamenteuses nuisibles.

L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées a fait l'objet d'une stratégie d'action présentée, en juin 1994, par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Conseil souscrit à cette stratégie, axée sur l'information et l'éducation de tous les acteurs concernés : les professionnels, l'industrie pharmaceutique, les consommateurs.

Parmi tous les professionnels, le médecin joue un rôle central dans l'utilisation des médicaments. Aussi, le Conseil est d'avis que les efforts doivent être accentués auprès de la profession médicale. Il faut saluer ici l'initiative du Collège des médecins d'adopter des règles d'éthique pour encadrer les rapports que les praticiens entretiennent avec les compagnies pharmaceutiques.

L'autonomie professionnelle est une valeur fondamentale des professions libérales. Aussi, bien qu'une approche réglementaire (protocoles de soins, règles d'utilisation des ressources) avalisée par un mécanisme de pairs doive, dans

certaines circonstances, être utilisée, l'approche persuasive et l'application de principes élémentaires et de méthodes propres à l'andragogie sont préconisés pour influencer le comportement du médecin prescripteur. Par ailleurs, l'approche incitative ou désincitative peut également porter fruit, tout en respectant l'autonomie professionnelle. Enfin, l'approche coercitive devrait être circonscrite aux individus très déviants, qu'ils soient médecins ou patients.

Pour favoriser l'utilisation efficace des médicaments, il faut enfin miser sur la collaboration étroite entre le pharmacien et le médecin ainsi que sur le développement d'outils technologiques : revue d'utilisation des médicaments en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée, outils d'information, outils d'aide à la décision médicamenteuse, outils de suivi, en particulier la carte à microprocesseur (carte à puce).

RECOMMANDATIONS *Sur la question du prix*

des médicaments :

20. *Que le Ministre demande à la Commission parlementaire des affaires sociales de tenir des auditions afin de faire le point sur les facteurs de croissance des prix des médicaments et d'évaluer l'impact économique des mesures de contrôle des prix.*

Sur la question de l'utilisation :

21. *Que le Ministère soutienne le développement et la diffusion :*

- *d'outils d'information permettant aux médecins et aux pharmaciens d'assurer un suivi rigoureux des personnes qui ont reçu une ou des ordonnances, en particulier la carte à microprocesseur;*
- *d'outils d'aide à la décision médicamenteuse destinés aux médecins afin qu'ils soient renseignés quant aux dangers potentiels (médicaments non-appropriés, dosage, durée, interactions);*
- *des expériences de revue d'utilisation systématique des médicaments prescrits, comme celles qui sont menées actuellement dans plusieurs centres hospitaliers.*

CONCLUSION

Le Conseil de la santé et du bien-être a voulu, dans cet avis, poser clairement les grands enjeux liés à l'évolution du système de services de santé et formuler des recommandations précises pour orienter cette évolution. La comparaison avec les autres sociétés a révélé que le Québec dépensait beaucoup pour les services de santé, non seulement par rapport aux autres mais compte tenu de son niveau de richesse. De plus, le rythme d'augmentation des dépenses montrait, du moins jusqu'à tout récemment — selon les données disponibles —, des signes d'emballement. Les chiffres seuls indiquaient qu'un virage s'imposait. Mais pas n'importe lequel, selon l'analyse du Conseil. Le recours, par exemple, à la tarification ou au ticket modérateur ne saurait représenter une solution acceptable; cette option se révèle plutôt, à moyen terme, un autre facteur d'augmentation des coûts. La désassurance de services doit également être considérée comme une fausse piste. Les rapports des commissions d'enquêtes, les avis d'experts, la documentation scientifique, tout converge : les véritables solutions se trouvent essentiellement du côté de l'amélioration des modes d'organisation, du «système de production».

Un virage est déjà amorcé dans ce sens : le ministre de la Santé et des Services sociaux a entrepris depuis quelques mois la reconfiguration du système de services. Tout en étant conscient de la nécessité de cette démarche, le Conseil tient à rappeler que la transformation du système doit s'inscrire dans un plan d'ensemble, ressortir d'orientations précises. Il est essentiel de définir clairement les nouvelles règles du jeu au niveau central, de modifier les mécanismes de régulation actuels et de laisser aux régions et aux communautés locales le soin de s'organiser, en leur donnant toute la marge de manoeuvre nécessaire. Il est également essentiel de se donner les moyens nécessaires pour mettre à profit le savoir-faire des ressources humaines du réseau de services. Voilà le sens des recommandations du Conseil.

Le Conseil a concentré son attention sur les pressions internes qui s'exercent dans le réseau de services. Il tient toutefois à réaffirmer ici la nécessité de prendre en compte également, et peut-être surtout, les pressions externes. Le système de services de santé est un révélateur des problèmes qui affectent la société. Il faut donc poursuivre, et accentuer, les efforts visant à améliorer les conditions de vie des plus démunis, à réduire les disparités entre les groupes de la population. Le système de services de santé doit contribuer à cet effort. Mais il ne peut être ici qu'un partenaire, qu'un acteur parmi d'autres.

Dans cet avis, le Conseil est conscient qu'il propose des changements très importants aux administrateurs, aux gestionnaires, aux professionnels et au personnel des services de santé. Les choix qu'il formule exigeront du courage et de l'imagination. Mais ils sont absolument nécessaires. Si rien n'est fait, les choix qui se poseront dans un avenir plus ou moins éloigné pourraient être d'un tout autre ordre : quels services doit-on désassurer? Quelles catégories de patients doit-on assurer? Qui doit payer davantage? La seule façon d'éviter ces dilemmes, c'est de poser les bonnes questions, et d'y répondre. Maintenant!

LES MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

MONSIEUR NORBERT RODRIGUE

Président du Conseil

MONSIEUR JEAN-BERNARD TRUDEAU

*Vue-président du Conseil
Médecin omnipraticien et directeur des services
professionnels au Centre hospitalier Pierre-Janet à Huit*

MONSIEUR ANDRÉ ARCHAMBAULT *Directeur général de l'Auberge communautaire du Sud-Ouest de Montréal*

MONSIEUR CHRISTOPHE AUGER

Directeur des ressources humaines à la Confédération des syndicats nationaux

MADAME TERESA BASSALETTI *Directrice du Centre pour femmes Immigrantes*

MONSIEUR ROBERT BUSILACCHI

Directeur général du Centre hospitalier Honore-Mercier a. Saint-Hyacinthe

MONSIEUR SIMON CARON

*Sous-ministre adjoint a. la planification
et à l'évaluation au ministère de la Santé et des Services sociaux*

MADAME JANE COWELL-POITRAS

*Conseillère municipale et présidente de la Commission de la famille
et des aînés à Ville de Lachine*

MONSIEUR JEAN-PIERRE DUPLANTIE

Directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

MONSIEUR PIERRE GOSSEUN *Médecin au Centre de santé
publique de **Québec***

MADAME MIRIAM GREEN
Consultante

MADAME LUCILLE JOLETTE *Présidente du Centre de
santé **Témiscaming***

MADAME LISE JOLY *Directrice générale du **Centre de bénévolat de la Rive-Sud** à
Chambly*

MONSIEUR PAUL-A. LAMARCHE
*Professeur titulaire au Département de médecine sociale
et préventive de l'Université Laval*

MONSIEUR RICHARD LEFRANÇOIS *Directeur du Centre Travail-
Québec de Charlesbourg*

MADAME DIANE LEMIEUX
*Avocate et coordonnatrice du Regroupement québécois des centres d'aide
et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)*

MONSIEUR GÉRARD OUDAR *Directeur de
l'Arche l'Étoile à Québec*

MADAME ODETTE OUELLET *Directrice du Centre Mariebourg à
Montréal-Nord*

MONSIEUR JULES PARENTEAU *Prêtre du
diocèse de Montréal*

MONSIEUR JEAN-YVES ROBERGE
*Directeur de la Direction de l'adaptation scolaire
et des services complémentaires au ministère de l'Éducation*

MONSIEUR YVES VAILLANCOURT *Chercheur au
Département de travail social de l'Université du
Québec à Montréal*