

Rapport

**Évolution des rapports
public-privé dans les services
de santé et les services sociaux**

Mise à jour

remis à la

ministre de la Santé et des Services sociaux

Conseil de la santé et du bien-être
Janvier 2001

Le présent rapport a été adopté par les membres du Conseil de la santé et du bien-être à la séance du 2 février 2001

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis à la ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes impliquées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont un impact sur la santé et le bien-être de la population.

Le contenu de cette publication
a été rédigé par le :

Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 643-3040
Télécopieur : (418) 644-0654
Courrier électronique : csbe@msss.gouv.qc.ca
Internet : www.msss.gouv.qc.ca/csbe

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN : 2-550-37160-7
© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Comité de travail
formé par le Conseil de la santé et du bien-être

MEMBRES

AUGER, Christophe	Président du Comité
TRUDEAU, Jean-Bernard	Vice-président du Conseil de la santé et du bien-être
ARCHAMBAULT, André	Conseil de la santé et du bien-être
LAMARCHE, Paul	Conseil de la santé et du bien-être

RECHERCHE ET RÉDACTION, VERSION 1997

ANCTIL, Hervé	Agent de recherche Conseil de la santé et du bien-être
----------------------	---

RÉCHERCHE ET RÉDACTION DE LA MISE À JOUR

LEVASSEUR, Julie	Agente de recherche Conseil de la santé et du bien-être
-------------------------	--

SOUTIEN TECHNIQUE

LANGLOIS, Ginette
NOËL, Carole Noël
VÉZINA, Lyne

PRÉFACE

Le Conseil a voulu mettre à jour l'étude intitulée Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux, pour la raison évidente que l'interrogation sur l'opportunité d'accorder plus de place au secteur privé dans l'offre de services de santé demeure vive et préoccupante. Cette interrogation n'est plus portée seulement par les groupes d'intérêts (v.g. organismes représentatifs du monde des affaires, assureurs, groupes de médecins). Elle a franchi la frontière de l'État puisque, en 1998, un comité a été créé par le gouvernement – le Comité Arpin – pour étudier la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. De même, en lançant ses consultations au début de l'automne 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) mettait sur la table l'hypothèse d'une privatisation plus grande du financement du système de soins.

Deux raisons apparaissent fonder le maintien de cet enjeu dans le débat public. D'une part, il faut reconnaître que, dans une ère de croissance économique, notamment dans le secteur des services, le champ des soins de santé représente un potentiel de développement fort alléchant. D'autre part, il nous semble que la phase actuelle de transformation du système de services, avec ses incertitudes, vient alimenter l'inquiétude de la population qui peut aspirer à un système parallèle, privé, au cas où le secteur public ne soit plus en mesure de maintenir l'accessibilité aux services, lorsqu'ils seront requis.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que cette transformation du système de soins ne constitue pas, en réalité, un simple ajustement à la marge, mais constitue une étape spécifique dans la construction du système public de services – celle de l'offre de services dans la communauté. Jusqu'ici, deux lois d'assurance ont structuré le système de soins : La loi d'assurance hospitalisation en 1961, donnant accès aux services hospitaliers, et le régime d'assurance maladie de 1970, donnant accès aux services médicaux. Cette nouvelle étape dans la construction de l'architecture du système de soins a été amorcée par la mise en place du régime d'assurance médicaments en 1996, qui a été partiellement revu au cours de l'année 2000. Beaucoup reste à faire pour compléter cette étape, notamment en regard de l'organisation des services de première ligne et de l'offre des services de soutien à domicile. C'est dans l'espace créé par cette absence d'orientations claires et de moyens adéquats de la part du système public que le secteur privé se propose pour prendre plus de place.

Ce que révèle la présente étude, notamment, c'est que les dépenses publiques de santé se concentrent davantage dans le « noyau dur » des services, soit les services hospitaliers, les services médicaux et les médicaments, alors que la proportion des dépenses privées a considérablement augmenté dans les autres secteurs. À l'évidence, l'État semble vouloir céder graduellement du terrain comme assureur principal dans les secteurs plus légers. Si l'accessibilité à des services plus légers était réduite, cela pourrait handicaper le virage ambulatoire ou la transformation du système, étant donné l'effet orienteur de l'accessibilité financière aux ressources lourdes. Si une telle tendance se continue, l'État planifierait son inefficience, l'inscrirait dans la dynamique même de l'offre de services. Il serait impossible, dans ce contexte, de choisir les solutions les plus efficaces, les moins « lourdes ».

En conséquence, le Conseil plaide pour : une extension des services de base, financés publiquement, et, là où le secteur privé demeure présent, une plus grande régulation par le secteur public. Dans ce débat autour du partenariat entre le public et le privé, l'État doit revoir ses rôles à titre d'État assureur et d'État garant de l'intérêt public.

La présidente,

Hélène Morais

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
I. IL Y A PRIVATISATION ET... PRIVATISATION	13
1. La place de l'État comme vecteur des activités	14
2. Privilégier le point de vue du consommateur et de la population	21
II. LES SERVICES DE SANTÉ :	
QUELLE POSITION OCCUPE L'ÉTAT ASSUREUR ?	23
1. La position de l'État assureur dans l'ensemble du système de services	24
2. La position de l'État assureur dans chaque secteur d'activité	32
3. Les facteurs d'augmentation de la part des dépenses privées	42
4. Conclusion	47
III. LES SERVICES SOCIAUX : QU'EST-CE QUI EST VRAIMENT COUVERT ?	49
IV. QUELS CHOIX S'OFFRENT À L'ÉTAT ?	55
1. L'État assureur : pour une couverture complète des services de base	58
2. L'État-administrateur : inscrire « structurellement » l'innovation dans le réseau de services	59
3. L'État gardien de l'intérêt public :	61
se donner les moyens de mieux réguler le marché libre	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE	71
LES MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	73

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.A

Dépenses totales en pourcentage du PIB Québec – Canada 1976-1994	25
---	----

FIGURE 1.B

Dépenses totales en pourcentage du PIB Québec – Canada, 1992-1999	25
--	----

FIGURE 2

Contribution des quatre sources de financement Québec 1975-1999 (Millions \$ - courants)	28
---	----

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I

Pourcentage des dépenses totales par rapport à la richesse collective (PIB Québec et Canada, 1992-1999	26
---	----

TABLEAU II

Dépenses totales, <i>per capita</i> Québec et Canada, 1979-1999	27
--	----

TABLEAU III

Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales Québec et Canada, 1979-1999	30
---	----

TABLEAU IV

Pourcentage des dépenses publiques et privées par rapport à la richesse collective (PIB) Québec, 1992-1999	31
---	----

TABLEAU V

Pourcentage d'augmentation des dépenses publiques, privées et totales Québec 1988-1997	33
---	----

TABLEAU VI

Pourcentage d'augmentation du PIB, des dépenses de programmes, Des dépenses publiques et privées de santé Québec, 1992-1997	36
---	----

TABLEAU VII

Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales par secteur d'activité Québec, 1988, 1997	37
---	----

INTRODUCTION

Les services de santé et les services sociaux doivent être accessibles à tous, sans discrimination. Ce principe recueille un large consensus au Québec comme d'ailleurs partout en Occident. Certes, l'accessibilité reste un concept soumis à diverses interprétations et qui reçoit différentes traductions selon les sociétés (Béland, 1994; Ouellet et Roy, 1994). Mais la seule reconnaissance du principe nous conduit à une évidence : les services de santé et les services sociaux ne sont pas considérés comme des biens ou des services courants qui peuvent être soumis aux règles habituelles des relations marchandes. Cette idée est d'ailleurs largement étayée dans la documentation scientifique. Elle se fonde sur trois arguments :

1. les services de santé et les services sociaux répondent à des besoins fondamentaux; aussi, la consommation de ces services ne devrait pas dépendre de la capacité de payer d'une personne;
2. ces services ne sont pas désirables en soi; le consommateur décide de les « consommer » seulement s'il pressent un risque pour sa santé ou son bien-être et non pour se payer quelque luxe ou satisfaire sa convoitise;
3. le consommateur ne dispose généralement pas de toute l'information nécessaire pour juger de la pertinence d'« acheter » ou non un service. La décision de « consommer » revient la plupart du temps au professionnel.

Conséquemment, on s'entend généralement pour dire qu'un malade ou toute personne qui éprouve des problèmes d'adaptation sociale ou qui a besoin de protection n'est pas un « interlocuteur commercial » valable. Pour cette raison, les services de santé et les services sociaux semblent, globalement du moins, être restés à l'abri du vaste mouvement de privatisation qui a touché presque tous les secteurs d'activité depuis la fin des années 1970, et ce, dans toutes les sociétés occidentales¹.

1. Les ventes d'entreprises publiques au secteur privé auraient totalisé 185 milliards \$ US au cours des années 1980, en Occident. Pour la seule année 1990, le total atteindrait 25 milliards \$ US (Goodman et Loveman, 1991)

Globalement faut-il préciser, parce que sur le terrain les services de santé et probablement aussi sur celui des services sociaux sont, selon toute vraisemblance, de moins en moins publics au Québec. Plusieurs indices le laissent croire. D'abord, les consommateurs de services (ou leur assurance privée) doivent payer de plus en plus pour certains services. Selon les chiffres officiels, les fonds publics couvrent actuellement un peu plus de 70 % de l'ensemble des dépenses de services de santé, les consommateurs en assumant directement près de 30 %. Or, à la fin des années 70, le financement public s'élevait à 82,5 % du total (Institut canadien d'information sur la santé, 1999).

Dans les services sociaux, nous ne disposons pas de données aussi précises. On sait cependant que certains services ont été désassurés graduellement au cours des dernières années, notamment les évaluations psychosociales pour les couples qui désirent adopter un enfant et les services dits « de retrouvailles ». On suppose également que les pressions exercées sur les CLSC pour soutenir le virage ambulatoire les amènent à diriger davantage de ressources vers les services de santé.

En outre, des entreprises privées et divers professionnels, consultants et contractuels en pratique privée jouent un rôle de plus en plus important dans la production et la prestation de services, non seulement les services entièrement privés pour lesquels le consommateur doit déboursier, mais également les services publics couverts par l'État. La sous-traitance et l'impartition sont maintenant largement répandues dans certains secteurs, notamment les services auxiliaires des établissements (entretien ménager, buanderie, service alimentaire), les services-conseils de gestion, les services à domicile et certains services techniques. Le nombre de professionnels en pratique privée qui transigent leurs services directement avec le consommateur a également connu une augmentation, parfois appréciable, au cours des dernières années : infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, psychologues, etc.

Comment interpréter ces tendances ? Les positions sont diverses. Certains jugent qu'il s'agit là d'une évolution normale, qu'il est temps de trouver de nouvelles sources de financement privées – puisque le secteur public n'aurait plus d'argent – pour donner de l'oxygène au système, suppléer aux compressions budgétaires exigées par l'État. Au Canada, l'Association médicale canadienne a lancé un débat public sur cette question. D'autres pensent plutôt qu'il faut désormais *faire le ménage* dans le panier de services, recentrer le système public sur les services jugés « essentiels ». D'autres enfin croient que le réseau public pourrait encore faire des gains d'efficacité et, conséquemment, maintenir sa couverture de services en recourant davantage au secteur privé pour certaines fonctions. Au Québec, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé, présidé par monsieur Roland Arpin, s'est récemment penché sur ces questions et a déposé un rapport intitulé *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec* (septembre 1999).

Le Conseil de la santé et du bien-être a voulu apporter sa contribution au débat sur ces questions dans ce rapport à la ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est sous l'angle du financement qu'il a décidé d'aborder la question et non sous celui de l'organisation. Précisément, il s'est penché sur l'évolution des rapports entre le secteur public, c'est-à-dire l'État, et le secteur privé – entreprises, professionnels, etc. – dans le système de services et les effets réels et prévisibles de cette évolution sur :

- l'accès aux services pour tous (équité);
- l'efficacité du système;
- la maîtrise des dépenses totales de services.

Le secteur privé dont il est question ici correspond essentiellement au secteur marchand, aussi appelé *privé à but lucratif*. Ne sont donc pas inclus les ressources intermédiaires du réseau public (familles d'accueil, foyers de groupe,...), les organismes communautaires et bénévoles, les services domestiques (fournis par les familles et les proches des malades), bref, tout ce qui est compris dans ce qu'il est convenu d'appeler le secteur *privé à but non lucratif* ou encore *tiers secteur*².

2. Sur cette problématique, voir en particulier : Vaillancourt, Y., avec la collaboration de C. Jetté, *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, Cahier de LAREPPS, UQAM, Montréal, 1997, 302 p.

I. IL Y A PRIVATISATION ET... PRIVATISATION

(les formes de rapports public-privé)

Aucun système de services de santé n'est entièrement public ou privé. Les rapports que le secteur public et le secteur privé entretiennent entre eux sont de diverses natures, selon les sociétés, les cultures. De façon générale, quand le secteur privé accroît son importance, on parle alors de « privatisation ». Mais toutes les formes de privatisation ne sont pas égales, n'ont pas les mêmes effets sur l'accès aux services, l'efficacité du système et la maîtrise des dépenses totales.

Le débat sur la *privatisation* est hautement idéologique et, pour cette raison sans doute, il prend plusieurs sens selon le contexte dans lequel il est employé. Plusieurs ont relevé cette difficulté, parfois même avec un certain cynisme.

Pour certains, privatiser veut carrément dire mettre l'État aux enchères. Pour d'autres, privatiser signifie plutôt confier des fonctions au secteur privé, prétendant par là d'améliorer la productivité ou encore pour donner plus de souplesse à l'organisation du travail; dans ce cas, le secteur public continue par ailleurs d'assumer la responsabilité (l'imputabilité) des fonctions visées. Pour d'autres encore, la privatisation se traduit par l'importation dans le secteur public de modes de gestion et de fonctionnement du secteur privé. Pour d'autres enfin, privatiser signifie diminuer les fonctions de l'État et augmenter la charge des individus, des familles et des organismes communautaires. Qu'en est-il exactement ?

De façon générale, le terme *privatisation*, dans son acception la plus courante, désigne le transfert partiel ou total du capital et du contrôle public d'une entreprise de l'État au secteur privé. Ainsi posée, la privatisation se définit comme une opération inverse de celle qui conduit à rendre publics des actifs privés, en l'occurrence la nationalisation. Les notions de *capital* et de *contrôle* sont donc centrales quand on aborde la privatisation.

D'entrée de jeu, il faut préciser qu'aucun système de services de santé n'est entièrement public ou privé, contrairement à une croyance répandue. C'est un raccourci de langage que de parler de système public et de système privé. Ainsi, le seul système considéré comme privé en Occident, le système américain, est financé par le secteur public à un niveau de 46,4 % (1997). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la proportion du financement public dans les systèmes de services de santé s'élève en moyenne à 74,1 %.

Sous un autre aspect, celui de la production/prestation de services, tous les systèmes doivent également être qualifiés de « mixtes », en ce sens que le secteur public, le secteur privé et le secteur communautaire y jouent un rôle variable. Les formes et le degré de mixité public-privé-communautaire varient par ailleurs beaucoup d'une société à l'autre. L'importance respective de chaque secteur et l'équilibre particulier qui s'est créé au sein de chaque système de services, dépendent de la culture, de l'histoire, des valeurs et des traditions en usage dans une société. Ainsi, au Québec, les services publics et les services communautaires ont développé au cours des ans des relations habituelles, qui se sont d'ailleurs renforcées ces dernières années. De même, le système québécois de services de santé et de services sociaux favorise la mixité dans plusieurs secteurs de production/prestation de services, à l'instar des systèmes de toutes les provinces canadiennes et de plusieurs pays occidentaux. Par exemple, les médecins agissent comme de véritables entrepreneurs libres, et « contractent » avec l'État pour les services qu'ils offrent à la population. Dans plusieurs systèmes européens, les médecins généralistes sont au contraire littéralement des salariés de l'État.

1. La place de l'État comme vecteur des activités

Plusieurs analystes ont proposé diverses typologies pour interpréter les rapports public-privé (voir notamment Soderstrom, 1987; Stoddart et Labelle, 1985; Evans, 1982; Association des hôpitaux du Canada, 1985). La privatisation a été souvent considérée sous plusieurs aspects, notamment le financement global des services, les frais modérateurs, la propriété des moyens de production, la philanthropie et le bénévolat, les contrats de gestion, la sous-traitance, etc. Nous inspirant de ces travaux, nous avons voulu toutefois proposer une typologie simplifiée, afin de rendre compte le mieux possible des tendances actuelles et des nouveaux enjeux.

Notre point de départ repose sur une évidence : dans les systèmes de services dits publics, l'État est par définition le grand vecteur des activités. En d'autres mots, la place que l'État choisit d'occuper et les rôles et fonctions qu'il choisit de remplir déterminent, dans une large mesure, le champ occupé par le secteur privé et le secteur communautaire ainsi que les relations que ces secteurs entretiennent avec les institutions publiques, la place et le rôle qu'ils occupent dans le « marché » des services. Un changement dans les fonctions de l'État se traduit nécessairement par un nouvel équilibre, un réaménagement des responsabilités, entre les trois secteurs. Or, les changements dans les fonctions de l'État ne sont pas tous du même ordre, n'ont pas les mêmes effets sur l'évolution du système de services ni, surtout, les mêmes conséquences pour le consommateur, la population. Ainsi, on comprend aisément qu'il y a une grande différence entre privatiser des hôpitaux et donner en sous-traitance les services auxiliaires des établissements d'un territoire. Le jeu des tensions entre le public et le privé est alors différent; les effets sur l'usager de services également.

Quelles sont donc les fonctions que remplit l'État au regard du système québécois de services de santé et de services sociaux ? Quelle est l'importance de chacune d'entre elles pour assurer l'accessibilité générale aux services, l'efficience du système et la maîtrise collective des dépenses ?

La première est primordiale; c'est la fonction d'*assureur principal*³. C'est cette fonction qui permet à l'État d'organiser les services sur la base des principes qu'il s'est donnés, par exemple l'universalité, l'accessibilité, lesquelles font référence à la solidarité.

La deuxième fonction que remplit l'État découle directement de son rôle d'assureur; c'est celle d'*administrateur*. À ce titre, l'État structure l'organisation de services, répartit les responsabilités et détermine les règles du jeu entre les établissements, les professionnels et autres producteurs de services. Également à titre d'administrateur, l'État et ses institutions peuvent confier diverses fonctions ou responsabilités en sous-traitance ou par entente à des entreprises, des établissements privés, des agences, des consultants.

Troisièmement, l'État assureur-administrateur peut aussi agir comme *employeur*. Ce rôle d'employeur varie beaucoup selon les sociétés et selon les systèmes de services publics. Au Québec, pour des raisons historiques et socioculturelles, l'État a choisi d'être un employeur très important : le réseau de la santé et des services sociaux employait environ 6,6 % de la population active québécoise en 1999. Cependant, ce pourcentage représente une baisse relativement significative puisqu'il se situait, cinq ans auparavant, à environ 8 %.

Enfin, l'État est aussi appelé à agir comme *gardien de l'intérêt public*. Ce rôle, il l'assume évidemment *de facto* pour les services qu'il couvre. Mais il doit également le remplir pour les autres services, ceux offerts par le secteur privé, au même titre qu'il réglemente les pratiques commerciales, la distribution de plusieurs produits, les prix de l'essence et de l'électricité, etc. Cette fonction de réglementation, de régulation, est d'autant plus importante dans les services de santé et les services sociaux qu'il s'agit là d'un domaine où l'individu ne dispose pas toujours de l'information nécessaire.

3. Nous employons le terme assureur principal dans son sens large général. Techniquement, le système de services de santé et de services sociaux répond de deux logiques : une logique d'assurance, *stricto sensu*, pour les services couverts par la Loi sur l'assurance hospitalisation, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments; une logique «de réponse aux besoins» pour les autres services. La différence : les services assurés sont spécifiés nommément dans les lois et *doivent* être couverts par le régime public; la réponse aux besoins est conditionnée par les décisions de l'administration centrale, régionale ou locale.

Un simple survol de ces quatre grandes responsabilités de l'État permet de proposer une nouvelle catégorisation des diverses formes de privatisation possibles et d'en jauger les effets sur l'accès aux services, l'efficacité du système et la maîtrise des dépenses totales. Rappelons à ce moment que le Conseil a décidé de focaliser son étude sur le financement et non sur l'organisation des services de santé et des services sociaux. L'accent sera donc mis sur l'État comme assureur public et la forme que cela prend dans le contexte actuel. Il est cependant possible de se renseigner sur la manière dont l'État administre en consultant une étude réalisée par Contandriopoulos, Denis et Dubois⁴ qui traite de la place et du rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins.

– L'État assureur... le fondement du système public

La fonction d'assureur principal est, on l'a dit, fondamentale. L'expérience démontre largement que les dépenses sont mieux contrôlées lorsque le financement est centralisé : un assureur unique est mieux en mesure de contrôler les coûts. Autre avantage significatif, les frais d'administration sont réduits. Aux États-Unis, où l'on dénombre quelque 1 500 assureurs, les frais administratifs atteignent 25 % des dépenses totales; au Québec et au Canada, cette proportion s'établit entre 8 et 10 %. Une preuve de plus qu'un assureur public unique peut administrer à moindres coûts nous a été fournie au Québec avec l'instauration de l'assurance médicaments. La Régie de l'assurance maladie a en effet démontré que ses frais pouvaient être beaucoup moins élevés que l'ensemble des assureurs privés (qui, eux, se fixent des marges de profits, par exemple). Or, c'est d'abord et avant tout parce qu'elle occupe la fonction d'assureur principal à but non lucratif que la Régie a pu faire cette démonstration.

Confier la responsabilité du système de services à un assureur principal est une chose; la confier à l'État en est une autre. Pourquoi donc la plupart des pays occidentaux ont-ils choisi l'État (ou une caisse nationale) pour remplir cette fonction ? La réponse tient dans une autre évidence : toute entreprise doit répondre de ses activités à ses actionnaires; seul l'État est imputable à l'ensemble des citoyens, à la population. Or l'expérience démontre que lorsque l'État assume la fonction d'assureur principal, les dépenses globales sont mieux contrôlées, les risques mieux partagés, et l'accès aux services plus équitable. En termes pratiques, le financement public permet la collectivisation des risques la plus équitable.

Le financement privé et le financement communautaire sont en effet, par nature, des mesures de sélectivité dans les services de santé et les services sociaux : le libre marché favorise les plus riches alors que l'action communautaire rejoint les plus défavorisés.

4. Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et C.-A. Dubois, *La place et le contrôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal, 2000, 59 pages.

La question qu'il faut donc se poser au regard de l'État assureur, c'est : La hauteur du financement public dans le financement total des services permet-elle à l'État de se poser comme un assureur et un administrateur fort du système de services qui dispose de tous les leviers nécessaires pour assurer l'accès équitable et prendre les mesures les plus efficaces ? Étant donné l'importance centrale de cette question, nous la traiterons en détail dans le prochain chapitre.

– **L'État administrateur... bien administrer pour mieux assurer;
mieux administrer pour bien assurer**

Un assureur principal peut, en théorie, choisir de limiter ses activités au rôle de tiers-payant et confier toutes les responsabilités administratives à des partenaires, dont le secteur privé. En général, ce n'est pas l'option que les États occidentaux ont choisie. Leur position d'assureur principal leur a permis de se poser comme administrateur central du système de services. En assumant cette fonction, l'État peut déterminer les conditions de production-prestation de services, l'organisation générale des services, les modes de rémunération, l'organisation du travail, en un mot les règles du jeu.

La fonction d'administrateur est intimement liée à celle d'assureur. La bonne administration constitue en effet le moyen privilégié pour l'État de conforter sa position d'assureur, en fonction des ressources qu'il investit. En agissant sur l'organisation des services, en améliorant la performance du système, l'assureur principal peut ainsi couvrir la gamme la plus large possible de services.

La question qu'il faut se poser au regard de la responsabilité de l'État comme administrateur c'est : Est-ce que l'État prend les bons moyens pour être le plus efficace possible afin, non seulement d'offrir les services de la meilleure qualité, mais également de couvrir la plus large gamme possible de services, en fonction des ressources dont il dispose ? Parmi les moyens possibles, il y a recours au secteur privé pour certaines fonctions, certains domaines d'expertise. Diverses formes de partenariat se sont ainsi développées au Québec et au Canada entre les institutions publiques et le secteur privé.

Il faut bien dire que la présence du secteur privé dans la production/prestation de services n'a pas les mêmes effets, n'entraîne pas les mêmes tensions que dans le financement : c'est l'État qui agit toujours comme assureur, qui définit les objectifs et le cadre d'intervention, qui reste imputable devant la population.

On peut penser que la mixité public-privé s'est renforcée récemment dans la production/prestation de services, en particulier des services administratifs et auxiliaires. Le Conseil n'a pu mesurer l'ampleur de la progression de la sous-traitance, de l'impartition, des ententes public-privé qui se sont développées ces dernières années. Mais plusieurs indications laissent croire qu'il s'agit là de phénomènes en développement. La recherche de flexibilité et les impératifs d'efficacité ont certainement amené les administrateurs publics à explorer de nouvelles formes de livraison de services. Le développement technologique et les

services à domicile constituent notamment deux de ces secteurs qui donnent lieu à l'émergence de nouveaux partenariats public-privé.

Pour plusieurs analystes, la question centrale se trouve dans l'imputabilité des administrateurs envers l'intérêt public et dans les conditions de production et non pas dans les formes de propriété des moyens de production.

Ownership of a good or service, whether it is public or private, is far less important than the dynamic of the market or institution that produces it (Goodman et Loveman, 1991).

La souplesse, la flexibilité et la capacité d'adaptation doivent caractériser aujourd'hui les systèmes de services publics. Pour atteindre ces objectifs, l'État administrateur peut prendre diverses mesures à l'échelle micro-organisationnelle. Il peut aussi modifier la dynamique d'ensemble, en changeant les règles du jeu au niveau macro-organisationnel.

L'État québécois a opté traditionnellement pour un modèle de gestion étatique décentralisé, la décentralisation s'étant par ailleurs accrue avec la réforme du début des années 90. Selon ce modèle, les décisions sont prises par le ou la ministre au niveau central et les administrateurs des niveaux régional et local. Le mode d'allocation budgétaire est fonction essentiellement de la production de services : les unités de services sont financées par décision centrale et régionale selon le volume de ressources qu'elles administrent.

Au cours des dernières années, le contrôle des coûts est devenu un enjeu majeur au Québec comme partout ailleurs, la crise des finances publiques ayant exacerbé le problème. Pour corriger la trajectoire, l'État québécois a pris plusieurs décisions (le plafonnement de l'enveloppe des services médicaux, la fermeture d'hôpitaux, la fusion d'établissements, le développement de la chirurgie d'un jour et l'expansion des services communautaires); les régions ont dû également faire des choix parfois draconiens.

D'autres pays ont pris des mesures similaires, mais ils ont également procédé à un changement plus radical dans leur mode de régulation global, macro-organisationnel, en important des caractéristiques de fonctionnement du secteur privé dans leur système public. La compétition et l'autonomie de gestion, consacrées par un mode d'allocation budgétaire basée sur les caractéristiques de la population, des usagers de services (et non plus des producteurs), constituent les pôles de ces réformes. En Suède par exemple, l'État a complètement transformé les règles internes du système public afin d'introduire la concurrence entre les producteurs publics de services (compétition publique). Le système suédois reste financé publiquement – bien au-dessus de la moyenne des pays occidentaux – mais les modes de production et de régulation s'inspirent de ceux du secteur privé. La Grande-Bretagne a emprunté une voie similaire. C'était également l'avenue privilégiée par le plan Clinton aux États-Unis. Dans d'autres pays, la concurrence entre assureurs et producteurs publics et privés a été mise à l'ordre du jour, avec un encadrement étatique serré (Pays-Bas).

À ce jour, le Québec n'a pas emprunté une telle voie. Mais les expériences en cours pourraient fournir des enseignements dont il pourrait tirer profit, notamment au chapitre de l'allocation budgétaire et de l'organisation des services de première ligne.

– L'État employeur... des enjeux sociaux

Le développement d'entreprises privées, contractuelles ou sous-traitantes au réseau public, pose par ailleurs des enjeux importants pour l'État-employeur, de même que pour les employés et les syndicats qui les représentent.

Disons d'abord que le fait que l'État québécois se pose comme un employeur majeur relève d'un choix collectif qui comporte ses implications sociales. Il aurait pu en être autrement et ce, sans pour autant que le caractère public du régime ne soit changé. En effet, le rôle d'employeur ne doit pas être confondu avec le rôle d'assureur que remplit l'État au regard de la couverture de services financés publiquement. Ainsi, les médecins, qui sont des travailleurs autonomes, offrent des services dits publics parce qu'ils sont financés publiquement. Dans la réalité, cette distinction fondamentale est souvent occultée. Même s'il y a baisse du nombre d'employés rémunérés par l'État (par les établissements), on ne peut sur cette seule base interpréter cette dynamique comme une tendance à la privatisation du système. Par contre, le fait que des employés du réseau mis à pied ces derniers mois viennent maintenant « concurrencer » d'ex-collègues renvoie à des enjeux visant l'État-employeur, lorsque les services produits demeurent financés par l'État.

Dans tout système de services, les conditions de production sont déterminantes : l'organisation du travail, les incitatifs à la qualité, à l'efficacité, à l'efficience, les qualifications du personnel, la mobilité de la main-d'œuvre et son développement. Ce sont là des conditions qui concernent tout autant les services produits en sous-traitance que par l'entremise des institutions publiques relevant de l'État-employeur.

Le Conseil est par ailleurs d'avis que le personnel du réseau des services de santé et des services sociaux constitue un acquis de taille pour le système québécois. Il est également très conscient que ce personnel a subi et subira encore beaucoup de pressions. Le défi est grand pour l'État, les administrateurs publics et les syndicats : ils doivent tout mettre en œuvre pour adapter l'organisation du travail, assouplir les règles du jeu, se fixer des objectifs de performance.

– L'État régulateur... un marché libre

Puisqu'aucun système de services de santé n'est entièrement public, il a fallu mettre en place des mécanismes de régulation pour encadrer les services offerts par le secteur privé. La capacité de régulation de l'État lui provient de son levier légal et réglementaire qui lui permet d'agir au nom de l'intérêt public.

Au Québec, divers services non spécialisés, des services professionnels (services dentaires, services des psychologues, etc.) et autres sont laissés au marché libre. La question qu'il faut se poser au regard des services privés est la suivante : Est-ce que l'État exerce une régulation efficace des services offerts par le secteur privé, afin de protéger l'intérêt public ?

L'État peut agir sur trois grands éléments afin de mieux réguler le marché libre :

- le droit de pratique (qui peut offrir le service);
- les pratiques commerciales (prix, publicité, etc.);
- et, jusqu'à un certain point, la qualité des services.

La régulation du secteur privé ne peut par ailleurs, en aucun cas, influencer le volume total de services délivrés par le secteur privé. Seule la loi de l'offre et de la demande prévaut ici.

Dans le cas des services professionnels, le contrôle du droit de pratique et de la qualité est essentiellement exercé par les corporations dans le cas des services professionnels. Pour plusieurs autres services, par exemple les services d'hébergement en résidence privée et les services à domicile privés, les contrôles de qualité à exercer par l'État sont à améliorer.

Par ailleurs, lorsque par le passé l'État a désassuré des services, il ne s'est généralement pas soucié d'exercer un suivi, en demandant par exemple qu'on lui fournisse des informations sur l'évolution de l'offre et de la demande. Également, l'État n'a à peu près jamais exercé de contrôle sur les prix. Ainsi, les honoraires pour des services dentaires sont susceptibles de varier de façon importante selon que le client est couvert par une assurance privée ou non. On note également des écarts importants d'une région à l'autre pour un même traitement.

En somme, pour dire les choses clairement, l'État a jusqu'à maintenant suivi la logique du tout ou rien : une régulation forte pour les services assurés publiquement et une absence quasi-totale de régulation pour les services privés autres que ceux offerts par les membres de corporations professionnelles. Les développements récents remettent en cause cette façon de faire.

L'assurance médicaments représente cependant un virage majeur. En instaurant une formule de copaiement, l'État assureur s'est donné un levier pour réguler à la fois le volume, la qualité et, éventuellement, le prix des services. Par exemple, le Conseil consultatif de pharmacologie veille à ce que soit appliquée la politique ministérielle qui est à l'effet de ne pas accorder de hausse de prix sur les produits inscrits sur la liste, sauf dans des circonstances particulières. Il y a donc eu une certaine stabilisation des prix. De façon pratique, au niveau public, le remboursement fonctionne, généralement, de la manière suivante : la RAMQ rembourse le prix des médicaments aux pharmaciens en fonction du prix de vente garanti de la liste ainsi qu'en relation avec la marge de bénéfice du grossiste lorsque cela s'applique. De plus, on ajoute à ce montant les honoraires professionnels qui font l'objet de négociations. Ainsi, les prix qui sont réclamés font l'objet de très peu de fluctuation. De l'autre côté, les régimes privés sont également tenus d'assurer un remboursement des produits se trouvant sur la

liste. Ils ne se trouvent cependant pas dans l'obligation d'appliquer la méthode de fixation des prix comme dans le cas du régime public. Ils remboursent le prix du marché qui inclut les honoraires du pharmacien. Cela a pour conséquence que les prix fluctuent d'une pharmacie à l'autre. Dans de telles circonstances, le contrôle des prix du secteur est plus difficile à effectuer puisque les assureurs privés n'ont pas les moyens d'intervenir sur l'aspect des honoraires des professionnels (*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, MSSS, 1999). Bref, l'assureur public favorise le contrôle des prix par sa capacité de négociation avec les pharmaciens et son pouvoir de veiller à un juste prix entre les grossistes et les détaillants. Dans un autre ordre d'idée, il se trouve également en position pour effectuer des regroupements d'achat. Prenant en considération ces données, le Conseil de la santé et du bien-être est d'avis que la mise sur pied d'un régime public unique, auquel adhérerait l'ensemble de la population québécoise, assurerait une meilleure régulation des prix et du même coup, une plus vaste protection sociale et une plus grande équité. D'ailleurs, le Conseil s'était déjà prononcé en ce sens dans son *Mémoire sur le projet de loi 33* (Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives) présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales en 1996.

2. Privilégier le point de vue du consommateur et de la population

Les rapports public-privé évoluent actuellement dans le système de services de santé et de services sociaux. Comment interpréter cette évolution ? Pour son analyse, le Conseil a voulu privilégier la perspective, le point de vue du consommateur et de la population. Or, pour le consommateur et pour la population, privatiser signifie toujours : devoir payer directement, en partie ou en totalité⁵, pour les services qu'il consomme. Pour le même consommateur, la privatisation conduit, à terme, à un changement profond dans l'offre de services, précisément à la généralisation des règles commerciales (libre marché) pour l'« achat » et la « vente » de services. Les plus pauvres sont ainsi pénalisés. Pour la collectivité, c'est-à-dire l'ensemble des consommateurs, ce changement entraîne généralement une inflation des prix, ce qui gonfle la facture totale. Il y a donc de l'intérêt de tous que l'État conforte, d'abord et avant tout, sa fonction fondamentale d'assureur principal.

5. En partie : franchise, tarif, ticket modérateur. En totalité : il s'agit dans ce cas d'une transaction de nature commerciale, *stricto sensu*. Les services non assurés ou désassurés entrent dans cette catégorie. La non-assurance ou la désassurance correspond, en fait, à l'imposition d'un tarif ou d'un ticket modérateur à hauteur de... 100 %

II. LES SERVICES DE SANTE :

QUELLE POSITION OCCUPE L'ETAT ASSUREUR ?

Globalement, pour l'ensemble du système de services :

- la tendance à la privatisation du financement (proportion croissante des dépenses privées sur les dépenses totales) n'est pas nouvelle dans le système de services de santé ; elle s'est amorcée à la fin des années 1970 et s'est toujours confirmée davantage. Ainsi, la position de l'État québécois comme assureur principal paraît de moins en moins prépondérante;
- au Québec, selon le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé, l'augmentation de la part des dépenses privées sur les dépenses totales est en bonne partie due à la baisse de la croissance des dépenses publiques (en raison des coupures dans les transferts fédéraux et des restrictions budgétaires adoptées par le gouvernement provincial), du moins au cours des années 90. Selon le Conseil, quatre facteurs complémentaires peuvent expliquer le phénomène : la croissance des dépenses dans des domaines d'activité non couverts ou peu couverts par l'État assureur; la désassurance graduelle de certains services par l'État assureur; le développement de nouveaux créneaux de services dans des champs non ou mal occupés par le réseau public; et l'augmentation des contributions exigées par l'État assureur. De plus, le Conseil constate que l'on a assisté, au cours des dernières années, à une privatisation passive du financement des services de santé.
- au Québec, selon les données et les prévisions de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la proportion des dépenses privées est demeurée au seuil du 30 % des dépenses totales depuis les trois dernières années.

Par secteur d'activité :

- les dépenses publiques et les dépenses privées ont augmenté dans pratiquement tous les secteurs des services de santé entre 1988 et 1997;
- les dépenses publiques sont toujours concentrées dans le « noyau dur » des services, soit les services hospitaliers, les services médicaux et les médicaments. Le résultat, c'est que la proportion des dépenses privées a considérablement augmenté dans les autres secteurs, soit les autres établissements, les autres professionnels et les autres dépenses;
- un survol des phénomènes en émergence (les statistiques officielles s'arrêtent en 1997) conduit à penser que, depuis ce temps, la privatisation a pu encore s'accroître dans ces

trois derniers secteurs.

C'est au moyen du financement que l'État peut se poser comme assureur principal. Afin d'avoir un portrait juste de la position de l'État assureur québécois, il faut examiner deux aspects. D'abord, l'évolution de la proportion du financement public dans les dépenses totales de services fournit un portrait global. Deuxièmement, l'évolution du financement par secteur d'activité permet de connaître les priorités d'investissement de l'État dans les services de santé.

1. La position de l'État assureur dans l'ensemble du système de services

Depuis le milieu des années 70 jusqu'au début des années 90, les dépenses totales de services de santé (dépenses publiques et dépenses privées) ont enregistré une augmentation relativement régulière et constante. En effet, des années 70 jusqu'en 1992, les dépenses totales en pourcentage du PIB, malgré certaines baisses, ont augmenté de 1,9 % pour le Québec et de 3 % pour l'ensemble du Canada (y compris le Québec) (FIGURES 1.a et 1.b). On remarque que depuis le milieu des années 70 jusqu'au cours des années 90, nous avons assisté à un alignement du Québec sur le Canada : en 1975, le Québec consacrait 8,3 % de sa richesse aux services de santé comparativement à 7,1 % pour le Canada (ICIS, 1996). En 1997, ces proportions étaient respectivement de 9,0 % pour le Québec et 8,9 % pour le Canada (ICIS, 1999). À cet égard, le TABLEAU I nous permet de prendre connaissance de la proportion des ressources productives qui sont utilisées directement dans le secteur de la santé.

FIGURE 1.A

**Dépenses totales en pourcentage du PIB
Québec - Canada 1976-1994***

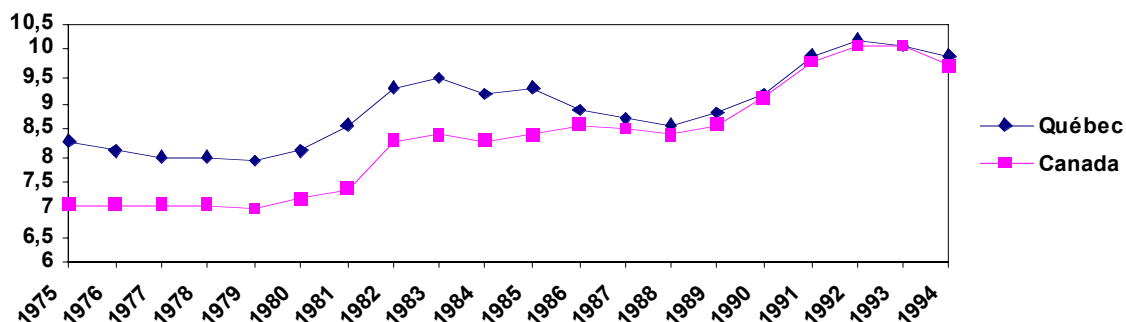
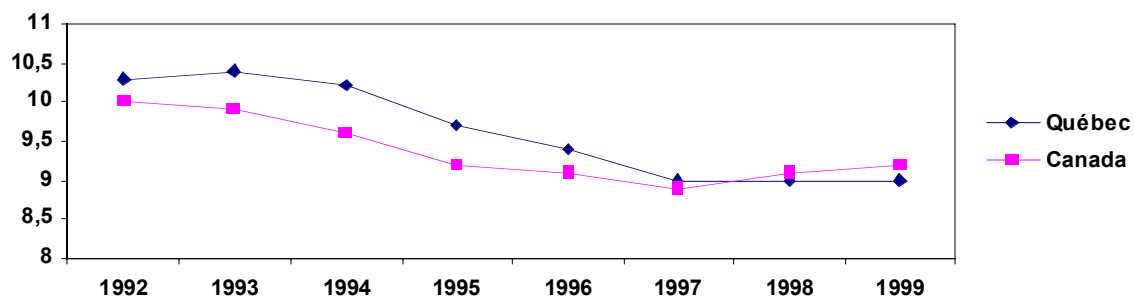


FIGURE 1.B

**Dépenses totales en pourcentage du PIB
Québec - Canada 1992-1999**



Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1996 et 1999.

* À l'automne 1999, Statistique Canada a procédé à une révision historique majeure du Système de Comptes Nationaux. Le PIB national et les PIB provinciaux qui furent utilisés dans le rapport de l'ICIS en 1999 tiennent compte de ces modifications. Cependant, les données n'étaient pas disponibles pour les années précédant 1992. Afin de pallier le manque d'information et la légère disparité des données découlant des façons différentes de calculer, deux tableaux sont présentés, à savoir celui tiré du rapport de l'ICIS de 1996 pour les années 1976 à 1994 et celui tiré du rapport de 1999 pour les années 1992 à 1999. Cette façon de faire nous permet ainsi de voir la tendance générale de l'évolution de la situation.

Au cours de la dernière décennie, le pourcentage des dépenses totales par rapport au PIB a enregistré une baisse tant au Québec qu'au Canada et ce, dans des proportions relativement semblables. Cette baisse peut être attribuable au fait que les dépenses de santé ont augmenté moins rapidement que la richesse collective au cours de cette période. Les récentes injections d'argent dans le secteur de la santé (dont les 2,7 milliards de dollars annoncés par la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux le 15 mars 2000 pour les années 1999-2000 et 2000-2001) nous permettent de croire que le ratio prévu par l'Institut canadien d'information sur la santé augmentera légèrement au cours des années à venir (TABLEAU I).

TABLEAU I**ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ**

**Pourcentage des dépenses totales par rapport à la richesse collective (PIB)
Québec et Canada, 1992-1999**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998 (p)	1999 (p)
Québec	10,3	10,4	10,2	9,7	9,4	9,0	9,0	9,0
Canada	10,0	9,9	9,6	9,2	9,1	8,9	9,1	9,2

(p) Prévisions

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

Les dépenses totales de services de santé *per capita* ont toutefois augmenté moins rapidement au Québec que dans l'ensemble du Canada, comme l'indique le TABLEAU II. D'ailleurs, pour la période de 1979 à 1997, le Canada a connu une hausse des dépenses de 226,8 % alors qu'au Québec, cet accroissement ne fut que de 188,6 %. Il est cependant à noter qu'au cours de la décennie 1980, le Canada a enregistré la plus forte augmentation des dépenses totales de services de santé de tous les pays de l'OCDE, exception faite des États-Unis. Par contre, entre 1994 et 1997, la situation s'est modifiée. Le taux d'augmentation des dépenses (calculé en dollars américains et à parité du pouvoir d'achat, ce qui permet d'éliminer les différences de niveaux de prix entre les pays) fut loin d'être le plus élevé. En effet, le Canada se retrouvait, en 1997, au 25^e rang des 29 pays de l'OCDE avec une progression de 12,2 %. Cette situation peut s'expliquer par les efforts de compressions effectués au Canada et davantage encore au Québec. Ce niveau est toutefois comparable à des pays comme la France (10,9 %), la Suisse (14,9 %) ou encore les États-Unis (15,3 %). Mentionnons également qu'en 1997, le Canada occupait le cinquième rang en ce qui concerne le pourcentage du PIB consacré à la santé (ECO-Santé OCDE, 1999).

Tableau II
ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ
Dépenses totales, *per capita*
Québec et Canada*, 1979-1999 (\$ courants)

	1979	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999 (p)
Qc**	796	1 051	1 312	1 502	1 657	1 917	2 210	2 359	2 382	2 297	2 453
CDN	795	1 063	1 348	1 547	1 776	2 066	2 373	2 507	2 541	2 598	2 815

* Incluant le Québec.

** La richesse *per capita* au Québec est de près de 12,1 % inférieure à la moyenne canadienne en 1997.

(p) Prévisions

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

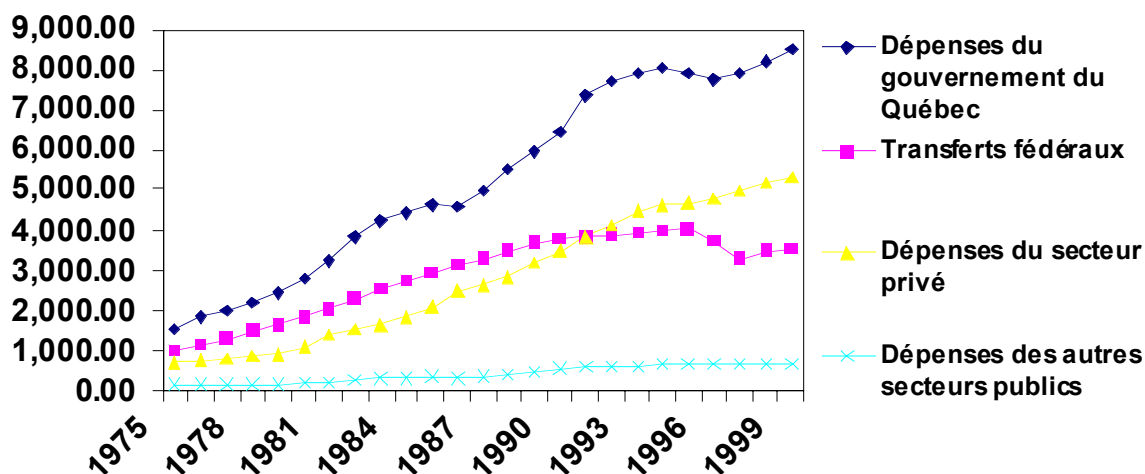
– Le désengagement fédéral : un manque à gagner pour le gouvernement québécois

Les dépenses de services de santé sont financées par quatre sources. Trois fournissent le financement public : par ordre d'importance, le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral (transferts en santé) et les autres secteurs publics (CSST, SAAQ). Quant au financement privé, il provient essentiellement des sommes payées par les usagers de services ou leur assurance privée. Quelle a été la contribution de chacune de ces sources de financement dans l'évolution des dépenses ?

Il faut d'abord constater que les premières pressions pour réduire les dépenses publiques ont été exercées par le gouvernement fédéral qui a diminué graduellement ses transferts, surtout à partir du milieu des années 1980 (FIGURE 2). On notera que la baisse des transferts fédéraux a été compensée pendant un certain temps par le gouvernement provincial et également par le financement privé. Ce dernier a d'ailleurs poursuivi sa progression constante amorcée au début des années 1980.

FIGURE 2

**Contribution des quatre sources de financement
Québec 1975-1999 (Millions \$ - courants)***



Prévisions : 1998 – 1999

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

* Pour le calcul des dépenses du gouvernement du Québec, nous avons soustrait les transferts fédéraux des dépenses de santé du gouvernement du Québec. Cette façon de faire nous a permis de ventiler les dépenses exclusives à chacune des entités.

Il est impossible de connaître les montants exacts des transferts fédéraux qui sont consacrés exclusivement au domaine de la santé puisqu'avec l'avènement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, on ne peut faire la distinction entre les catégories de dépenses. Afin d'arriver aux montants présentés à la Figure 2, nous avons utilisé la proportion des montants utilisés en santé pour l'année 1995 pour les reporter aux années subséquentes. Il ne s'agit donc que d'approximations et non de montants déterminés.

Le poids de la diminution des transferts fédéraux est important⁶. Au Québec, en 1986, ces transferts comptaient pour 39 % des dépenses publiques de services de santé et, en 1988, cette proportion était de 36,9 %. Dix ans plus tard, cette proportion avait chuté de 9,2 % pour se situer à 27,7 %.

Depuis 1996, la contribution du palier fédéral aux services de santé et aux services sociaux prend la forme du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*. Les sommes versées par le biais de ce programme sont destinées non seulement à la santé et aux services sociaux mais aussi à l'éducation post secondaire. S'ajoutent également à ces sommes les transferts pour la sécurité du revenu. Comme il est mentionné dans le document intitulé *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec* (MSSS, 2000), pour la période couvrant les années financières de 1994-1995 à 1999-2000 seulement, les coupures des transferts fédéraux annoncées depuis 1982 se traduisent par un manque à gagner total de 25,7 milliards de dollars pour le Québec. De ce montant, 14,7 milliards représentent des pertes de revenu pour le seul secteur de la santé.

6. Il est à souligner que les montants avancés par l'ICIS quant aux transferts fédéraux contiennent tant les transferts en espèce que les transferts en points d'impôt. Cependant, le Québec ne considère pas les points d'impôt comme étant des transferts fédéraux. Dans un document produit par les ministres de la Santé des provinces et des territoires canadiens intitulé *Comprendre les coûts des services de santé au Canada, Rapport Final* (2000), on apprend que l'ensemble des provinces et territoires ne croient pas légitime de considérer les points d'impôt comme faisant partie du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*. Il y a donc disparité entre les façons de percevoir les transferts fédéraux. Si l'on appliquait la méthode de calcul du ministère des Finances du Québec, les montants provenant essentiellement du gouvernement du Québec seraient plus élevés alors que ceux provenant des transferts fédéraux seraient diminués d'autant. Cela modifierait les tendances observables à la Figure 2. Ces dernières seraient d'autant plus différentes que les coupures fédérales ont été beaucoup plus significatives dans les transferts en espèce que dans les transferts en points d'impôt. Il est aisé de croire que cette façon de faire, du point de vue fédéral, avait pour but de donner l'impression que les coupures étaient moins importantes qu'en réalité puisque de 1994-1995 à 1999-2000, la part des transferts en points de taxe a augmenté passant, pour l'ensemble des provinces canadiennes, de 10,7 milliards de dollars à 14,9 milliards. Au cours de cette même période, les transferts en espèces sont passés de 18,7 milliards de dollars à 14,5 milliards (Budget fédéral 2000). Cette stratégie a eu pour effet de ramener les transferts fédéraux de 1999-2000 au même niveau qu'en 1994-1995, c'est-à-dire à un montant total (transferts tant en espèces qu'en points d'impôt) de 29,4 milliards de dollars. Des sommes additionnelles ont cependant été annoncées dans le budget fédéral de 1999. Tout d'abord, on a annoncé un supplément ponctuel de 3,5 milliards de dollars pour les soins de santé pour l'ensemble du pays. Ensuite, Ottawa a également ajouté un montant de 2,5 milliards de dollars réparti sur une période de quatre ans à partir de 2000-2001. Cette somme peut être utilisée tant pour la santé que pour l'éducation post secondaire. De plus, l'entente de 23,4 milliards de dollars survenue entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires en septembre 2000 viendra vraisemblablement changer la donne.

– Malgré les investissements publics, une forte croissance des dépenses privées

De 1979 à 1997, les dépenses privées ont contribué bien davantage, toutes proportions gardées, à l'augmentation des dépenses totales que les dépenses publiques. En effet, pendant que ces dernières augmentaient de 178 % (dollars courants), les dépenses privées enregistraient une hausse de 454 %. La conséquence est évidemment que les dépenses privées ont accru leur importance dans le financement global des services de santé (TABLEAU III). En 1997, ces dépenses comptaient pour 29,7 % des dépenses totales courantes comparativement à 17,5 % en 1979. Depuis le début des années 1980, la proportion des dépenses privées n'a cessé de croître. On notera ici le phénomène d'alignement entre le Québec et le Canada que l'on avait remarqué précédemment.

Tableau III

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ
Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales
Québec et Canada, 1979-1999

	1979	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999 (p)
Québec	17,5	20,3	19,0	21,0	23,4	24,0	24,5	26,4	27,1	29,7	29,6
Canada	24,0	24,0	23,3	24,4	25,0	25,2	25,4	27,1	28,9	30,6	30,4

(p) Prévisions

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999

Le TABLEAU IV permet de constater qu'au Québec, le pourcentage des dépenses publiques par rapport à la richesse collective a diminué passant de 7,7 % en 1992 à 6,3 % en 1999. Au cours de cette dernière année, seuls l'Ontario et l'Alberta se situaient en deçà de cette proportion avec, respectivement, 5,8 % et 5,3 %. Notons qu'en période de crise financière, soit en 1992, le Québec consacrait un plus fort pourcentage de son PIB que présentement. Serait-ce le signe d'un désengagement de l'État ? La question est lancée mais nous pouvons cependant croire que ce pourcentage sera haussé en raison des récents investissements annoncés par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Tableau IV

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ

Pourcentage des dépenses publiques et privées par rapport à la richesse collective (PIB)

Québec, 1992-1999

Dépenses	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Publiques	7,7	7,7	7,5	7,1	6,8	6,3	6,4	6,3
Privées	2,6	2,8	2,7	2,8	2,6	2,7	2,7	2,7

NB : Il est impossible d'obtenir les données pour les années précédant 1992 pour les mêmes raisons que celles soulignées pour les figures 1.a et 1.b

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé (et NHEX Publication), 2000.

– Décennie 1990 : de la croissance des dépenses provinciales au ralentissement

Les dépenses de santé du secteur public ont connu une augmentation de près de 18 % depuis le début des années 90 (dépenses calculées avec des prédictions pour les années 1998 et 1999). Cette hausse fut moins élevée que celle de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec qui, pour une période identique, ont augmenté de 25 %. Néanmoins, il est à noter que cette évolution des dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux marque un net ralentissement par rapport aux années précédentes. Au cours de la décennie précédente, l'accroissement avait été de 111 %. Les compressions exigées dans le secteur de la santé et des services sociaux dans les années 90 (particulièrement au niveau du réseau des établissements) expliqueraient en bonne partie cette diminution. Les investissements supplémentaires annoncés par le gouvernement québécois devraient cependant freiner cette nouvelle tendance pour hausser davantage l'augmentation des dépenses dans ce secteur d'activité. Un retour à la croissance est donc à prévoir.

Pendant que les investissements publics diminuaient, les dépenses privées poursuivaient leur avancement. Entre 1988 et 1997, ces dernières ont connu un pourcentage d'augmentation de 75 %, soit une moyenne annuelle de 7,5 %. Au cours de cette même période, les déboursés privés furent, en moyenne, de 236,1 millions de dollars par année. Mentionnons que les investissements privés ont aussi connu des années de ralentissement puisqu'en 1995, les dépenses ne furent que de 34 millions de dollars et qu'en 1996, elles ne furent que de 89,2 millions de dollars.

2. La position de l'État assureur dans chaque secteur d'activité

La situation globale est une chose, la situation selon les secteurs d'activité en est une autre. Comment donc ont évolué les dépenses publiques et les dépenses privées dans chaque secteur ? Les réponses à ces questions permettent de connaître précisément les choix d'investissement que l'État a faits, les secteurs de services qui ont été privilégiés, le cas échéant.

Pour cet examen, nous avons choisi de retenir la période 1988-1997 afin de mieux rendre compte des tendances récentes. Également, à des fins statistiques, nous adoptons la catégorisation établie par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui regroupe les données selon sept secteurs à savoir : *hôpitaux*, *médecins*, *médicaments*, *immobilisations*, *autres établissements* (certaines catégories de centres de réadaptation et les centres d'hébergement et de soins de longue durée), *autres professionnels* (dentistes, physiothérapeutes, etc.) et *autres dépenses* (soins à domicile, services ambulanciers, soins des yeux, etc.). Les services compris dans chacun de ces secteurs sont décrits en annexe.

– Dépenses publiques, dépenses privées : des choix différents

Il est possible de dégager des tendances générales en ce qui a trait au pourcentage d'augmentation des dépenses publiques et privées au Québec pour la période couvrant les années 1988 à 1997. Voici les principales observations :

- Le financement privé a connu une progression relativement importante dans presque tous les secteurs, à l'exception du *secteur hospitalier* où il a plutôt accusé un recul.
- Bien qu'ayant connu une progression dans tous les secteurs, le financement public a davantage soutenu deux secteurs d'activité à savoir celui des *médicaments* et celui des *autres dépenses*, les *médecins* occupant la troisième position.
- Somme toute, le pourcentage total d'augmentation des dépenses privées fut supérieur à celui des dépenses publiques puisqu'il représentait plus du triple du pourcentage total d'augmentation des dépenses publiques (ce qui marque une augmentation relativement à la période 1985-1994 où cette proportion n'était que du double). Le pourcentage est de 75 % au privé comparativement à 25,4 % pour le public.
- En 1997, 72,8 % des dépenses publiques étaient dirigées vers le « noyau dur », c'est-à-dire les *hôpitaux*, les *médecins* et les *médicaments*. Cela représentait néanmoins une baisse par rapport à 1988 où 76,6 % des dépenses publiques y étaient investies.

- En 1997, 43,6 % des dépenses privées étaient dirigées vers le « noyau dur ». Dix ans auparavant, soit en 1988, cette proportion était plutôt de 49,6 %. Aussi, la part des dépenses privées dans les autres secteurs a augmenté entre 1988 et 1997, passant de 49,6 % à 55,7 %.

TABLEAU V

**Pourcentage d'augmentation des dépenses publiques, privées et totales
Québec 1988-1997**

Dépenses	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres prof	Médicaments	Immobilisations	Autres dépenses	Total
Publiques	6,2	22,9	36,6	22	120,4	25,1	77,2	25,4
Privées	(-37,2)	109,7	177	77,4	104	68,3	202,5	75,1
Totales	2,3	47,4	37,9	67,6	140,7	27,9	93,9	36,9

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

Les prochains paragraphes se veulent une description plus poussée de chacun des secteurs d'activité pour la période couvrant les années 1988-1997.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les dépenses privées n'ont accusé un recul que dans la catégorie des *hôpitaux*. Cette situation pourrait bien s'expliquer par le fait que, pour cette catégorie, les investissements privés sont complémentaires aux investissements publics (et non substitutifs). En d'autres mots, les investissements privés fluctuent de façon semblable aux investissements publics puisqu'ils en sont, en quelque sorte, dépendants. Par exemple, si le secteur public décide de fermer des lits, les investissements privés engendrés pour la tarification des chambres ou encore les frais de services pour les personnes non-assurées seront diminués automatiquement. Connaissant le faible taux d'augmentation des dépenses publiques dans le secteur hospitalier au cours des dernières années, on comprend ainsi mieux la performance du privé dans le domaine.

Dans la catégorie des *autres établissements*, on note une augmentation plus marquée des investissements privés comparativement aux investissements publics. Ce phénomène peut entre autres être attribuable à une hausse du nombre de résidences privées pour personnes âgées ou d'autres établissements offrant des services de réadaptation ou de soins de longue durée.

Une augmentation significative des dépenses privées est observable dans la catégorie des *soins médicaux*. Cette différence marquée avec le secteur public pourrait s'expliquer du fait que certains services habituellement couverts par le régime public ne le sont plus. Il est également plausible que cette augmentation soit due à l'utilisation de nouveaux services non couverts (l'exemple de la chirurgie au laser pour correction de la vue est cité dans le document intitulé *L'évolution des dépenses de soins de santé publiques et privées au Canada de 1960 à 1997*, ICIS, 1999).

Le faible accroissement des dépenses publiques en ce qui a trait aux *autres professionnels* n'est pas étonnant. En effet, comme il est mentionné dans le document cité précédemment, cette catégorie a connu une forte augmentation lors de la période d'expansion des programmes sociaux. Cependant, en période de compression, il nous est possible d'observer que les investissements diminuent. On croit que les assurances privées ont eu un rôle non négligeable à jouer dans la progression que connaissent les dépenses du secteur privé.

Les dépenses pour les *médicaments* constituent l'une des deux catégories où l'augmentation fut plus marquée au public qu'au privé. Le régime public assure désormais plus d'un million de personnes qui n'avaient pas accès à un régime collectif d'assurance. Ce facteur a certainement eu un effet sur le taux d'augmentation des dépenses pour cette catégorie. Néanmoins, les personnes âgées de plus de 65 ans et les prestataires de la sécurité du revenu contribuent désormais davantage que lors de la période précédant l'instauration de l'assurance médicaments. Malgré une diminution de la consommation de médicament au cours des dernières années chez les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi par exemple (Tamblyn *et al.* 1999), il y a eu une augmentation des coûts globaux d'environ 15 % par année. On attribue cette augmentation pour les années 1997 et 1999, tant au nombre supérieur de personnes assurées par le régime (2,2 %) que par la croissance des prix des traitements médicamenteux (12,7 %) (*Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, MSSS, 1999). Il faut mentionner que le domaine pharmaceutique est en croissance et qu'il sera appelé à prendre de plus en plus de place dans les dépenses publiques et privées. Enfin, notons que depuis janvier 1993, le nombre de produits inscrits dans la liste de médicaments dont le coût est assuré par le Régime général d'assurance médicaments est passé de 3 437 à 4 670, ce qui représente une hausse de 1 233 produits. Cela peut donc avoir contribué à l'augmentation des dépenses dans cette catégorie au cours des dernières années.

Les dépenses privées ont enregistré une hausse plus marquée que celles du secteur public dans la catégorie des *immobilisations*. Cette dernière catégorie est liée aux *autres établissements*. En effet, comme il fut souligné précédemment, il se développe de plus en plus d'hébergement en milieu privé, entre autres, ce qui demande des investissements supplémentaires dans ce secteur d'activité. Cependant, ce secteur d'activité ne possède qu'une importance mineure par rapport à l'ensemble des secteurs.

Enfin, pour la catégorie *autres dépenses*, l'augmentation des investissements fut plus élevée au niveau privé. Il s'agit d'ailleurs de la catégorie où la hausse fut la plus importante avec un pourcentage de 202,5 %. Il est possible de croire que cette montée significative soit due aux besoins changeants de la population vieillissante qui utilise de plus en plus les services de cette catégorie comme les services ambulanciers, les lunettes et soins pour les yeux, les services de soins à domicile, appareils auditifs, etc. Les forts investissements privés dans le domaine pharmaceutique, par exemple, peuvent aussi être à l'origine de cette forte hausse.

Il est intéressant de faire quelques comparaisons pour la période de 1992 à 1997, puisqu'elle couvre les années de ralentissement des investissements des dépenses dans le secteur de la santé (TABLEAU VI). Au cours de cette période, au Québec, le PIB a connu une augmentation de 18,3 %. De plus, les dépenses pour l'ensemble des programmes fut de 0,77 % (Conseil du trésor). Pour ce qui est du secteur de la santé plus précisément, les dépenses publiques au Québec ont accusé un recul puisque leur pourcentage d'augmentation fut de -3,36 % alors que celui du privé le fut de 20,6 %. Ces chiffres nous apprennent donc que les dépenses privées en santé ont évolué à un rythme semblable à celui de la richesse collective, même un peu plus. Dans une autre mesure, les dépenses publiques en santé se sont non seulement développées dans une proportion inférieure aux dépenses des autres programmes du gouvernement québécois mais elles connurent une régression. Enfin, notons que les dépenses publiques en santé ainsi que les dépenses de programmes ont connu un net ralentissement par rapport aux dépenses privées en santé ou encore à l'évolution du PIB. Enfin, il est intéressant de noter que malgré le discours public relatif au virage ambulatoire sur l'importance des services de base, la hausse des dépenses dans ce secteur fut moins élevée dans ce domaine que dans le « noyau » dur. En effet, les dépenses publiques dans la catégorie *autres dépenses* fut de 19 % (pour une gamme très étendue de services dont, entre autres, les services à domicile) alors qu'elles atteignaient 21 % pour les catégories constituant le « noyau dur ».

Tableau VI

**Pourcentage d'augmentation du PIB, des dépenses de programmes,
des dépenses publiques et privées de santé
Québec, 1992-1997**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	% d'aug.
PIB (\$' 000,000)	158 357	162 093	170 148	177 107	179 829	187 266	18,3
Dépenses de prog. (\$'000)	35 040 708	36 211 708	36 376 709	36 856 325	36 340 194	35 311 180	0,77
Dépenses Publique s (\$' 000,000)	12 205,9	12 442,4	12 683,4	12 577,5	12 168,5	11 795,4	(-3,36)
Dépenses Privées (\$' 000,000)	4 139,6	4 463,6	4 638,5	4 673,2	4 762,4	4 993,1	20,6

Source : PIB, Dépenses publiques et privées : Institut canadien d'information sur la santé, 1999

Dépenses de programmes : Budget de dépenses 2000-2001, Conseil du Trésor

Le TABLEAU VII montre l'évolution de l'importance du financement privé dans chaque secteur d'activité pour la période 1988-1997.

Tableau VII
Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales par secteur d'activité
Québec, 1988, 1997

Importance des secteurs d'activité dans l'ensemble des services de santé (% des dépenses totales)		Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales		
	1997		1988	1997
	%		%	%
Hôpitaux	34,9	Hôpitaux	8,9	5,5
Autres établissements	9,2	Autres établissements	28,2	40,1
Médecins	13,2	Médecins	0,9	87,2
Autres professionnels	11,9	Autres professionnels	82,3	67,7
Médicaments	16,0	Médicaments	69,3	67,7
Immobilisation	2,7	Immobilisation	6,4	8,4
Autres dépenses	12,1	Autres dépenses	13,3	20,8

Source : Données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999.

– Une concentration autour du « noyau dur » des services

Les dépenses publiques ont été dirigées, jusqu'en 1997 du moins, vers ce que l'on pourrait qualifier de « noyau dur » du système, soit les *services hospitaliers*, les *services médicaux* et les *médicaments*. En 1997, ces trois catégories représentaient à elles seules 72,8 % des dépenses du secteur public. Deux de ces secteurs, rappelons-le, sont encadrés par la Loi canadienne sur la santé. Le troisième a par ailleurs connu une explosion des coûts et s'est imposé comme un élément clé des services de santé, avec 13,1 % des coûts publics totaux en 1994 (ICIS, 1996). En 1997, cette proportion était de 16 % soit une augmentation de trois points en seulement trois ans. Soulignons par ailleurs que, malgré les investissements publics, les médicaments forment toujours un secteur largement financé par le privé. En 1997, ce dernier y avait investi 1 815 800 million de dollars alors que le financement public y

avait investi 868,2 millions de dollars. La Loi sur l'assurance médicaments permet néanmoins à l'État d'accroître sa présence et d'exercer une certaine régulation comme, entre autres, sur le prix des médicaments.

À l'évidence, il semble que l'État soit en train de céder graduellement du terrain comme assureur principal dans les trois secteurs suivants : *autres établissements*, *autres professionnels*, *autres dépenses*. Dans cette troisième catégorie, l'avancée du privé est significative avec une augmentation de 7,5 %. Le levier financier public se trouve quelque peu compromis. Enfin, il est à souligner que l'avancée significative de la proportion des dépenses privées s'est principalement faite dans les catégories où l'on offre de nouveaux services ou bien des services répondants à des besoins grandissants de la population, comme l'hébergement pour les personnes âgées, pour ne donner que cet exemple.

– Les tendances récentes dans les secteurs davantage privés

Nous l'avons mentionné précédemment, les dépenses privées représentent environ 30 % des dépenses totales des services de santé et les services sociaux. De cette proportion, les *autres établissements*, les *autres professionnels* et les *autres dépenses* constituent à elles seules plus de la moitié des dépenses totales du secteur privé (55,7 % en 1997). Au cours des dix dernières années, ces catégories ont connu d'importantes augmentations dans la proportion des dépenses privées sur les dépenses totales. Les prochains paragraphes tiennent lieu d'explications pratiques sur certains motifs pouvant expliquer cette situation.

Les autres établissements

L'augmentation du financement privé dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées semble provenir essentiellement de deux sources : l'augmentation graduelle et constante de la contribution des bénéficiaires hébergés; le développement des places en centre d'accueil privé. Ce dernier phénomène a été entraîné par le resserrement des critères d'admission dans les CHSLD publics, phénomène conjugué à l'augmentation importante du nombre de personnes âgées dans la population : la proportion de personnes âgées est en effet passée de 8,8 % en 1980 à 12 % en 1996, c'est-à-dire 860 705 personnes (Thibault *et al.* 1996). Ainsi, dans certaines régions, une proportion importante des lits publics consacrés aux soins de santé de longue durée pour les personnes âgées ont été remplacés par des places privées.

Les autres professionnels

Les *autres professionnels* forment un secteur de services qui évolue très rapidement. Il est sans doute appelé à se développer encore avec la réorganisation des services hospitaliers et les coupures de postes dans le réseau : un nouveau contingent de professionnels viendra vraisemblablement augmenter l'offre de services privés, exerçant

ainsi des pressions à la hausse sur le marché. Certains indices révèlent que le phénomène est déjà bien amorcé.

- Dentistes : Les services dentaires assurés par le régime public couvrent maintenant une infime partie de la population.
- Infirmières en pratique privée : Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, leur nombre atteignait 4 918 au 31 mars 2000. Cela représentait alors 7,9 % des membres de cet ordre. Il est intéressant de noter que dix ans auparavant, seulement 0,11 % du personnel infirmier de l'Ordre travaillant le faisait en pratique privée.
- Thérapies alternatives : Selon l'enquête la plus récente de Statistique Canada, environ 7,5 % de la population québécoise de 12 ans et plus avait déclaré avoir vu un chiropraticien dans l'année précédant l'enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999. Aussi, plus ou moins 7 % avait consulté un fournisseur d'autres soins complémentaires et parallèles dans des domaines aussi variés que la médecine traditionnelle autochtone ou chinoise, massothérapie ou homéopathie pour ne nommer que ceux-ci (ICIS, 2000).

Les autres dépenses

Les *autres dépenses* forment une catégorie très diversifiée, incluant notamment les services ambulanciers, les lunettes et les soins des yeux et autres services qui feront, ultérieurement, l'objet de quelques commentaires. Nous nous attarderons plutôt sur l'important secteur de l'économie sociale autour duquel plusieurs regroupements se sont mobilisés et ce, particulièrement depuis la *Marche des femmes contre la pauvreté* en 1995, initiative de la Fédération des femmes du Québec. Par la suite, d'autres actions ont été prises dont la mise sur pied du Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale et l'instauration d'un Comité régional d'économie sociale au sein de chacune des régions du Québec. Le Chantier de l'économie sociale est également à la source de la reconnaissance de l'économie sociale à l'occasion du Sommet sur l'économie et l'emploi en 1996. L'économie sociale couvre un ensemble de domaines (le sanitaire, le social, l'éducation, entre autres), pour une vaste clientèle (les personnes âgées, les individus en situation d'insertion socioprofessionnelle, les gens qui désirent leur intégration à l'emploi pour ne nommer que celle-ci) et dans une large gamme de biens ou services (les services personnels, l'aide aux travaux domestiques, la préparation des repas, etc.) (Conseil du statut de la femme, 1996).

L'économie sociale est étroitement liée à la relation entre le public et le privé. Il existe, en effet, de plus en plus d'entreprises d'économie sociale et d'agences privées de services qui offrent, entre autres, des services techniques à domicile dans les domaines de la surveillance, d'adaptation des domiciles (en complémentarité à la RAMQ) ou d'aide domestique. Les soins à domicile (qui sont de plus en plus en demande en raison du virage ambulatoire et du

vieillessement de la population) sont très prisés par le privé et leurs actions sont parfois même encouragées par les entités publiques. On note également que de plus en plus d'assureurs privés offrent des plans couvrant les services d'aide à domicile. Le privé doit néanmoins agir dans un créneau qui se trouve à l'extérieur de celui réservé au secteur public. Par exemple, les soins infirmiers sont reconnus universels et gratuits en vertu du cadre de référence du MSSS sur les services à domicile de première ligne et doivent, par le fait même, être accessibles pour la population en besoin (MSSS, 1994).

Le Conseil de la santé et du bien-être s'est déjà prononcé sur les organismes d'utilité collective dans son avis au ministre de la Santé et des services sociaux, en 1996. Dans le document intitulé *L'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion*, on stipulait :

Le Conseil croit que les organismes d'utilité collective qui prennent actuellement naissance dans la foulée de l'économie sociale constituent un moyen privilégié pour encadrer le développement de ce secteur d'emploi. [...] Le Conseil est par ailleurs d'avis que les services dispensés par les organismes d'utilité collective devraient être disponibles et gratuits pour toutes les personnes que les CLSC évaluent en perte d'autonomie. (p. 34-36)

Dans le contexte actuel et à la suite d'un discours de la ministre lors du *Forum québécois sur le vieillissement*, le Conseil a affirmé sa position sur des sujets liés directement à l'économie sociale, à savoir la tarification des services d'assistance personnelle, de répit et de gardiennage. Le Conseil suggère que les services professionnels (infirmiers, psychosociaux, de réadaptation, de nutrition et médicaux), les services d'assistance personnelle, de répit et de gardiennage continuent d'être assurés gratuitement par le secteur public. Les services d'aide domestique et les aides techniques doivent être gratuits pour les personnes âgées en perte d'autonomie considérées comme étant à risque de rupture du soutien à domicile, ceci après une évaluation par les CLSC. Enfin, le Conseil tient à sensibiliser la population aux coûts cachés de l'économie domestique pour les personnes requérant certains soins. Notons, par exemple, les frais afférents à l'adaptation des domiciles ou encore les jours perdus de travail pour les aidants naturels.

– À surveiller : le développement du « noyau dur »

Bien qu'il occupe une position financière relativement forte dans les trois secteurs d'activité qui forment le « noyau dur », l'État doit se préoccuper de certains phénomènes qui risquent d'exercer une pression à la hausse sur les coûts; d'autres posent des problèmes éthiques⁷. La gestion de ces phénomènes exige sans doute des mécanismes de régulation adaptés.

-
7. **Les hôpitaux** : Le financement privé compte pour environ 5,5 % du financement total des services hospitaliers en 1997. Cet argent provient en très grande partie des levées de fonds organisées par les fondations hospitalières, ce qui ne constitue pas *stricto sensu* du financement privé (les décisions d'investissement sont prises par le ministre ou la régie régionale). Cependant, certaines fondations ont élargi récemment leur champ d'activité. Un autre mode de financement est la location des installations. Ainsi, l'hôpital Saint-Joseph de Lachine a pris la décision de louer son bloc opératoire les fins de semaine aux spécialistes désirant alléger leur liste d'attente. Les argents récoltés par cette mesure pourront servir à faire l'acquisition de nouveaux équipements (Coudé-Lord, *Journal de Montréal*, Septembre 1998).

Les médecins : Les services des médecins sont essentiellement publics au Québec. Par ailleurs, pour certains services, il est possible de faire affaire au privé moyennant certains coûts. Un exemple pertinent est celui de quinze radiologistes de la région de Québec qui se sont regroupés pour faire l'achat d'un appareil de résonance magnétique pour la clinique radiologique Saint-Pascal. Le coût de cet achat se chiffre à 2 millions \$. La clientèle défraie un montant de 525 \$ par examen. Les délais d'attente sont beaucoup moins longs que ceux que l'on retrouve dans les centres hospitaliers. Tant la CSST que les compagnies privées dirigent les clients vers cette clinique. Les radiologistes comptent bien rentabiliser leur investissement dans les quatre années suivant l'achat de l'appareil (Lemieux, *Le Soleil*, Juin 1999).

Les médicaments : Ce secteur, laissé largement aux lois du marché, a connu une augmentation considérable au cours des 20 dernières années. Il comptait en 1997 pour 16 % des dépenses totales de services de santé. Si l'on inclut les médicaments fournis par l'hôpital (classés statistiquement dans le budget des établissements), cette proportion est encore plus importante. Le domaine des médicaments doit être divisé en trois catégories : les médicaments prescrits, non prescrits et les biens à usage personnel. C'est la première catégorie qui a connu le plus fort pourcentage d'augmentation annuellement entre 1994 et 1997. Il faut cependant souligner que l'instauration du régime public d'assurance médicaments offre maintenant un accès plus équitable aux médicaments prescrits.

3. Les facteurs d'augmentation de la part des dépenses privées

L'une des grandes interrogations auxquelles tentait de répondre le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé présidé par Roland Arpin portait sur les facteurs d'augmentation de la part des dépenses privées sur les dépenses totales dans le système de santé. À la suite de ses recherches, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé constate que, dans un premier temps, la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé a augmenté de façon marquée au cours des dernières années. Comment donc expliquer cette croissance du privé ? La réponse semble claire et sans équivoque, les faits et chiffres prouvent ceci : la principale raison à la source de cette situation est le freinage plus marqué de la croissance des dépenses publiques que des dépenses privées (Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé, p. 15). Voyons à présent, de façon plus poussée, le cheminement suivi par les membres de ce Groupe de travail.

Par rapport au reste du Canada, on constate que le Québec a connu la plus forte augmentation de la part des dépenses privées depuis le début des années 1980 et ce, en raison du fait que le Québec possédait un secteur public plus important que les autres provinces. En effet, entre 1980 et 1997, le Québec a vu la part du privé haussée de 11,2 points comparativement à 6,2 pour la moyenne canadienne et à 6,2 pour l'Ontario. Il faut cependant préciser que la part du privé n'était que de 18,5 % au Québec en 1980 tandis qu'elle représentait déjà à l'époque 24,4 % au Canada et 27,6 % en Ontario. Le Québec fut donc la province ayant connu le plus important accroissement de la part des dépenses privées.

En ce qui a trait aux justifications d'une telle augmentation au Québec, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé est sans équivoque :

*L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au cours des années 90 ne résulte donc pas d'une « poussée de croissance » des dépenses privées. Elle résulte du fait que les dépenses privées et les dépenses publiques de santé ont toutes deux **ralenti** leur croissance au cours des années 90, mais de façon beaucoup plus importante pour les dépenses publiques. (Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé, p. 15)*

En effet, les chiffres tendent à démontrer une réduction du rythme d'évolution tant au privé qu'au public. Par exemple, pour la période couvrant les années 1991 à 1998, le taux moyen de croissance annuelle des dépenses de santé furent de 0,7 % pour les dépenses publiques alors qu'il fut de 5 % dans le cas des dépenses privées. On ne manquera pas de souligner, qu'au cours des années 1989 à 1991, les dépenses publiques et privées avaient un taux moyen de croissance annuelle pratiquement identique avec respectivement 9,4 % et 9,5 %. Il est même possible de pousser le raisonnement plus loin et d'affirmer, comme

le font les membres du Groupe de travail, que si les dépenses publiques et privées avaient conservé ce rythme d'évolution au cours des années 90, la part des dépenses privées sur les dépenses totales serait demeurée là où elle se trouvait, c'est-à-dire à près de 25 % (*État de la situation*, p. 13). C'est d'ailleurs en 1991 que les dépenses publiques ont amorcé leur chute de 8,7 points de pourcentage, passant d'un taux de croissance moyen de 9,4 % à 0,7 %. Le ralentissement des dépenses publiques serait principalement dû à deux facteurs, à savoir les coupures dans les transferts fédéraux et les restrictions budgétaires demandées par le gouvernement. Quant au freinage des dépenses privées, il trouverait sa justification dans la conjoncture économique et les choix des consommateurs (*État de la situation*, p. 16). Enfin, l'évolution des prix (ralentissement de la hausse des prix) aurait eu un rôle déterminant à jouer dans la baisse de la croissance tant pour les dépenses publiques que privées.

Quoiqu'il en soit, le Conseil ne peut que constater que l'on a assisté, au cours des vingt dernières années, à une privatisation passive du financement des services de santé. La privatisation passive, selon la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé, décrit ce phénomène par lequel le secteur privé connaît une croissance sans que celle-ci ne soit encouragée ou soutenue *de manière active* par les politiques gouvernementales. La privatisation passive s'oppose à la privatisation active qui, elle, repose sur un changement d'orientation visant à créer un nouvel équilibre entre le secteur public et le secteur privé, au profit de ce dernier. Cela dit, la privatisation passive peut théoriquement, tout comme la privatisation active, constituer une stratégie publique.

Selon le Conseil, quatre facteurs principaux peuvent expliquer l'augmentation des dépenses privées :

- 1- a croissance des dépenses dans des domaines d'activité non couverts ou peu couverts par l'État assureur;
- 2- la désassurance graduelle de certains services par l'État assureur;
- 3- le développement de nouveaux créneaux de services dans des champs non ou mal occupés par le réseau public;
- 4- l'augmentation des contributions exigées par l'État assureur.

– La croissance des dépenses dans les domaines d'activité où les dépenses privées ont occupé traditionnellement une large place

Depuis la mise en place du réseau public de services, l'État a choisi d'assurer partiellement certains secteurs de services. Or, on constate aujourd'hui que les dépenses ont augmenté beaucoup plus rapidement dans ces secteurs.

Les dépenses totales de *médicaments*, privées à 67,7 % en 1997, ont enregistré une hausse supérieure à l'augmentation de la richesse collective pour la période 1992-1997, soit 33,7 % comparativement à 18,6 % pour le PIB.

En outre, la catégorie *autres professionnels*, privée à 87,2 % en 1997, a connu pour sa part une augmentation de 68 % entre 1988 et 1997. Les services dentaires, quant à eux, ont connu une désassurance importante faisant du même coup diminuer la présence du secteur public dans ce domaine d'activité.

Enfin, la catégorie *autres dépenses*, privée à 33,3 % en 1997, a enregistré une augmentation de 94 %. Soulignons que les sous-catégories *ambulances* (dépenses brutes) et *programme optométrique* ont connu des augmentations respectives de 0,9 % et 3,7 % au cours de la période de 1994 à 1997.

Cependant, il est à noter que deux des catégories clés du système de santé, à savoir les *hôpitaux* et les *médecins* (très largement publiques), n'ont pas, pour la période couvrant les années 1992 à 1997, de hausses supérieures à la croissance de la richesse collective. Les dépenses totales pour les hôpitaux ont connu une baisse générale avec (-18,6 %) tandis que celles pour les médecins ont connu une hausse de 5,9 %, soit 12,7 % de moins que le PIB.

Ces chiffres confirment que la maîtrise des dépenses se révèle très difficile à exercer dans les secteurs de services laissés au marché libre, les prix et les volumes de services échappant généralement à tout contrôle. Cette conclusion vient confirmer une fois de plus l'hypothèse, maintes fois démontrée par la recherche, selon laquelle le libre marché entraîne généralement une hausse des dépenses dans les services de santé. On remarque également les effets significatifs qu'ont eu les compressions budgétaires ayant eu lieu au cours des années 90.

— La désassurance de certains services

L'État assureur a procédé à diverses formes de désassurance au cours des dernières années, en restreignant graduellement l'accessibilité aux services dits complémentaires (programmes complémentaires administrés par la RAMQ) : exclusion de clientèles (services optométriques pour les moins de 65 ans, services dentaires aux jeunes de plus de 10 ans), limitation des montants alloués (services reçus hors Québec), réduction des services couverts (orthèses-prothèses, limitation des visites chez le dentiste).

La désassurance constitue dans les faits un retour au libre marché de secteurs auparavant assurés, avec les conséquences que cela entraîne généralement : hausse des coûts, iniquité d'accès, accompagnées parfois d'une surproduction de services pour les clientèles qui peuvent se les payer.

On ne peut par ailleurs mesurer précisément les effets de la désassurance qui a touché les

régimes complémentaires au Québec, la couverture publique étant traditionnellement trop limitée pour avoir un effet significatif. Ainsi, dans le cas des services optométriques, l'assurance publique n'a jamais permis de lever la principale barrière financière, soit l'achat de lunettes et de lentilles. Dans le cas des services dentaires (pour les 10 à 16 ans), on a toutefois remarqué que la désassurance s'est traduite par un recours plus important à l'assurance privée afin de couvrir les services désassurés par l'État. Il est donc logique de croire que les clientèles à bas revenus ont été pénalisées (les prestataires de la sécurité du revenu étant par ailleurs toujours couverts), sans que l'on obtienne une réduction des coûts totaux. Dans des cas similaires, la recherche (OCDE, 1992 : 85) nous indique que les professionnels concernés ont parfois tendance à « surproduire » pour les clientèles qui restent assurées afin de compenser une perte éventuelle de revenus. Cette affirmation ne peut toutefois encore être vérifiée pour le cas qui nous occupe.

Une deuxième forme de désassurance est moins visible mais ses effets n'en sont pas moins réels. Elle est explicable par différents facteurs : incapacité du réseau public à répondre aux nouveaux besoins rapidement, répartition des ressources déficiente, organisation inefficace, rationnement de certains services, manque d'information au public, etc. Par exemple, les listes d'attente pour les services de physiothérapie sont très longues et les services publics, peu accessibles, en particulier dans le réseau de première ligne. Les services privés sont par ailleurs très importants dans ce secteur. L'entrée en scène de la CSST puis de la SAAQ ont favorisé ce développement. Il faut également relever les différences d'accès dans le réseau public, les assurés de la CSST et de la SAAQ ayant la priorité, en vertu de contrats avec des établissements publics. On favorise ainsi, dans les faits, le recours à l'assurance privée.

– Le développement du marché des services de santé

Le « marché » des services de santé est en expansion depuis une dizaine d'années. Ainsi de nouveaux créneaux se sont développés, d'autres ont gagné en importance, adaptés au pluralisme social : thérapies alternatives, psychothérapies, biens de santé à usage personnel, médicaments en vente libre, etc.

Les personnes âgées constituent l'une des grandes clientèles ciblées. Ainsi, un réseau étendu de résidences privées s'est développé pour répondre aux besoins d'hébergement d'une population âgée plus nombreuse et plus diversifiée. Le phénomène est sans doute lié à beaucoup d'inquiétudes et peut-être aussi à l'incapacité du réseau public de répondre à tous les besoins. Dans ce cas, le financement privé se positionne comme complémentaire au réseau public. Cette situation représente, pour le financement privé, une fenêtre d'opportunité que se plaisent à promouvoir les tenants d'une plus grande implication de ce dernier. On présente les investissements privés comme un moyen de pallier les problèmes du secteur public, on défend l'idée de liberté de choix ou encore la plus grande efficacité de sa

façon de faire. Pourquoi, selon les promoteurs du privé, ne pourrait-on pas permettre aux plus fortunés de payer afin d'obtenir plus rapidement des services dans le but de désengorger les services publics et de constituer de nouvelles sources de financement ?

Parfois, le secteur privé se développe pour combler les difficultés d'accès au réseau public. Cela peut, entre autres, expliquer le fort taux d'augmentation des dépenses privées qui fut relaté au TABLEAU V (p. 33) pour les services médicaux. Les services de prélèvement (laboratoire) et d'imagerie médicale constituent des cas types.

– Les contributions exigées par l'État assureur aux utilisateurs

Il faut enfin signaler la place occupée dans les dépenses privées par les cotisations exigées aux individus (contribution des adultes hébergés, suppléments de chambre) et les revenus autonomes des établissements (fondation, exploitation de services). Deux secteurs sont ici concernés, les *hôpitaux* et les *autres établissements*. Notons, par exemple, qu'entre 1988 et 1997, le taux d'augmentation des dépenses privées pour la catégorie des *autres établissements* fut de 109,7 %.

À l'évidence, ces dépenses privées ne sont pas de même nature que celles que l'on retrouve dans les autres secteurs. Dans les faits, il s'agit d'argent exigé pour l'utilisation de services (autres que cliniques), de profits provenant de l'exploitation de services auxiliaires et de dons. Cet argent est réinvesti dans le système public, selon des règles diverses. Nul ne conteste la légitimité d'avoir recours à de telles sources de financement. On peut par ailleurs s'interroger sur le rythme d'évolution récent de certaines contributions : les contributions des adultes hébergés ont augmenté de 30,5 % depuis 1991, soit une hausse bien supérieure à l'inflation.

4. Conclusion

En dépit du désengagement progressif du fédéral qui s'est traduit par la baisse de paiements de transferts au Québec, le rythme de croissance des dépenses publiques de santé, malgré un ralentissement marqué, a été maintenu dans la province jusqu'en 1994. Ces dépenses ont par la suite subi des coupures de 1995 à 1997. De leur côté, les dépenses privées n'ont cessé d'augmenter.

Ce constat renvoie à la difficulté d'adaptation du système public de services, que les dernières réformes (virage ambulatoire) avaient pour but de corriger. Les exigences de ces ajustements se sont accompagnées d'autres exigences visant à assainir les finances publiques et à mieux contrôler le service de la dette. Les réductions budgétaires qui en ont découlé ont créé une pression additionnelle à l'endroit et en faveur de la modification du système de services.

Ces transformations du système de services de santé et de services sociaux ont-elles eu pour effet de modifier la couverture publique des services ? Difficile d'obtenir un portrait complet de la situation. Il est clair que le système public rejoint une plus vaste partie de la population avec le régime public d'assurance médicaments. Près de 1,5 million des personnes qui ne possédaient pas d'assurance sont à présent couvertes par le nouveau régime. Les services à domicile, avec le programme d'exonération financière mis de l'avant en 1997, représentent un secteur où il existe une plus grande couverture en raison de la réduction des coûts ou encore de l'aide fixe accordée aux personnes faisant appel aux entreprises d'économie sociale. Il reste cependant beaucoup à faire à ce niveau. Néanmoins, malgré ces actions gouvernementales, on remarque une progression de la part des dépenses privées dans les dépenses totales pour les services de santé et les services sociaux. Les dépenses privées ont conservé, malgré un certain ralentissement, un rythme de croissance supérieur à celui des dépenses publiques au cours des dernières années. Il fut identifié quatre facteurs pouvant expliquer le phénomène, à savoir : la croissance des dépenses dans des domaines d'activité non couverts ou peu couverts par l'État assureur; la désassurance graduelle de certains services par l'État assureur; le développement de nouveaux créneaux de services dans des champs non ou mal occupés par le réseau public; et l'augmentation des contributions exigées par l'État assureur.

III. LES SERVICES SOCIAUX : QU'EST-CE QUI EST VRAIMENT COUVERT ?

Les services sociaux doivent être abordés différemment des services de santé. L'enjeu porte moins sur les rapports public-privé que sur l'importance de la couverture publique des services et celle du partage des responsabilités à la communauté. Par ailleurs, la difficulté de cerner cet enjeu est renforcée par une méconnaissance de facteurs particuliers⁸ : Quel est le profil des clientèles des services sociaux ? Quels besoins manifestent-elles ? Comment ces besoins sont-ils traduits par le système de services ?

Le système québécois réunit, comme on le sait, les services de santé et les services sociaux sous un même chapeau, une même administration. Il s'agit là d'une caractéristique originale, particulière au Québec, qui a été saluée par de nombreux analystes du monde entier. Ce désir d'intégration de deux secteurs de services est même à l'origine de la création des CLSC.

Des questions sans réponse

La question du financement se pose différemment dans les services sociaux. D'abord, l'accessibilité aux services sociaux ne peut être interprétée à l'aune de l'évolution des dépenses publiques et des dépenses privées. Les services sociaux financés publiquement rejoignent, en général, une clientèle restreinte : environ 3 ou 4 % de la population y auraient recours annuellement, selon certaines estimations (Ouellet et Roy, 1994). De plus, il est fréquent que cette clientèle ne soit pas en mesure de payer pour les services qu'on lui offre. Pour toutes ces raisons, le secteur privé ne s'est jamais vraiment posé en concurrent du secteur public dans les services sociaux. Son intérêt, il peut essentiellement le trouver dans le développement d'un nouveau marché, qui lui donne accès à une clientèle plus large et plus aisée. Une telle tendance semble actuellement voir le jour. En effet, les services privés se sont extensionnés dans certains champs ces dernières années (travail social, counseling familial, etc.). Ainsi, le nombre de psychologues et de travailleurs sociaux en pratique privée a connu

8. Notons ici que cette méconnaissance persiste malgré les efforts de la Commission Rochon et les démarches régionales visant l'actualisation de La politique de la santé et du bien-être, lesquels ont permis de mieux cerner certaines problématiques sociales, sans toutefois donner cours à une véritable implantation de systèmes d'information intégrant des données sur les clientèles rejointes, les services rendus et les ressources utilisées pour ce faire.

une expansion importante.

Les services sociaux restent par ailleurs, malgré l'expérience que nous avons acquise, un champ dont les contours sont fluctuants. En effet, nous avons pris l'habitude au Québec de parler du « secteur social » pour désigner très souvent ce qui n'entre pas dans le champ de la santé. Or, le social reçoit plusieurs acceptions selon le contexte et l'interlocuteur.

Pour certains, le terme désigne l'ensemble des domaines de ce qu'il est convenu d'appeler *la politique sociale* (Beaudoin, 1987), c'est-à-dire :

- la sécurité sociale et la sécurité du revenu;
- le travail et la main-d'oeuvre;
- l'habitation et l'environnement;
- l'éducation;
- la santé;
- les services sociaux.

Par ailleurs, dans le vocabulaire de plusieurs praticiens du domaine, le terme « social » est très souvent employé comme synonyme de « services sociaux ». Dans les écrits également, les chercheurs semblent préférer « social » à « services sociaux », ce dernier étant jugé trop limitatif ou encore trop technocratique : pour plusieurs, les services sociaux font en effet référence à l'organisation professionnelle et administrative des services au sein du système public.

Ce flottement de sens n'est pas particulier au Québec, ce qui rend en pratique toute comparaison impossible. Ainsi, au Canada, le terme « social services » (qui est à l'origine de *services sociaux* au Québec) désigne souvent le réseau des agences et des institutions qui ont pour mandat d'appliquer les politiques relevant du bien-être social (*welfare*) : les sociétés d'aide à l'enfance, les départements d'assistance sociale, les conseils de planification sociale, les Centraide et les agences de consultation familiale. (Tumer, dans Beaudoin, 1987 : 33).

Les Britanniques donnent au terme une acception beaucoup plus large :

Les services sociaux sont des services statutaires et bénévoles qu'on considère essentiels pour la survie et le développement personnel dans une société civilisée (Barclay, 1982). Les Américains emploient plutôt le terme « human services », qui n'a pas d'équivalent québécois. Quant aux Français, ils n'ont pas adopté ce terme de culture anglo-saxonne; il lui préfère « action sociale » et « aide sociale ».

Cette imprécision fait en sorte qu'il est difficile de suivre l'évolution du financement dans ce secteur de services. En 1987, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a voulu mesurer exactement la hauteur du financement des services sociaux; c'était, il faut le signaler, la première fois qu'un exercice du genre était entrepris au Québec. Malheureusement, le cadre défini par la Commission ne peut nous servir de base de calcul. D'abord, la Commission avait évalué sommairement la proportion du budget des CLSC réservé aux services sociaux à 43 %, sur la base de la répartition du personnel affecté à chaque secteur. Or, dans les données officielles transmises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'Institut canadien d'information sur la santé, qui standardise les statistiques pour le Canada, cette proportion est présentement établie à 27 %. Par ailleurs, la Commission incluait dans le champ des services sociaux les budgets des centres d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que ceux de tous les centres de réadaptation. Il est maintenant d'usage, dans les rapports statistiques canadiens (et internationaux), d'inclure ces postes budgétaires dans les services de santé (les dépenses des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ne sont pas, pour des raisons évidentes, incluses dans les calculs). Enfin, dans une plus vaste perspective, le Ministère dirige un peu plus de 11 % des dépenses totales de services de santé et en services sociaux vers les services sociaux.

Il faut par ailleurs relever une autre difficulté majeure que la Commission sur les services de santé et les services sociaux avait signalée, difficulté que l'on n'arrivera sans doute jamais à surmonter : l'impossibilité de mesurer *la part réelle des sources privées de financement et des services offerts par les femmes, les familles, les bénévoles et les organismes communautaires dans le secteur social* (Commission, 1987 : 352). Mais elle ne doit cependant pas nous faire oublier que c'est de ce côté que se trouve l'essentiel des « services sociaux », des services de soutien aux individus.

Les informations dont nous disposons sont donc très sommaires. Elles se limitent aux trois postes de dépenses les plus importants, et dont les contours sont précis : les budgets des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, les sommes affectées par les CLSC aux activités psychosociales et communautaires, et les subventions aux organismes communautaires et bénévoles. Les deux derniers ont connu une augmentation constante au fil des ans, le budget des organismes communautaires tout particulièrement ayant été majoré de façon soutenue : au cours des dernières années, l'augmentation s'est chiffrée à 8 % (1995), 35 % (1996) et 20 % en (1997), hausses notables dans le contexte actuel.

Par ailleurs, le poste le plus important des services sociaux, celui des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, a enregistré un rythme de croissance similaire à celui des dépenses publiques de services de santé. Le secteur a entrepris des changements récemment puisqu'il a été soumis, comme l'ensemble du système de services, à de nouvelles compressions. On parle désormais du « virage milieu ». Certes, on peut penser qu'un recalibrage était nécessaire de façon à diminuer l'institutionnalisation des problèmes des jeunes, le Québec ayant traditionnellement favorisé la prise en charge institutionnelle bien davantage que d'autres provinces canadiennes, en particulier l'Ontario.

En outre, deux services publics ont été désassurés graduellement par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse : les évaluations psychosociales pré-adoption et les services de retrouvailles, pour lesquels on exige maintenant des frais (la plupart du temps). Ces deux services constituent cependant des activités marginales, en termes de volume, au sein du secteur.

Du côté des CLSC, il faut se demander si des transferts n'ont pas lieu sur le terrain vers les services de santé, sans être encore consignés dans les chiffres officiels, autrement dit si la réunion des services de santé et des services sociaux au sein d'établissements ne risque pas maintenant de desservir ces derniers. Maintenant que les CLSC reçoivent davantage de responsabilités liées à la santé, conséquence du virage ambulatoire, des observateurs nous ont signalé que de plus en plus de ressources étaient dirigées vers les services de santé, au détriment des services sociaux. Le Conseil n'est pas en mesure d'évaluer cette tendance, mais si ces informations sont justes, il y a un risque d'érosion. Ce phénomène doit certainement recevoir toute l'attention nécessaire du Ministère, des régies régionales et des établissements concernés.

En somme, la question qui se pose n'est pas tellement de savoir si l'État transfère ses leviers au secteur privé dans les services sociaux. Il s'agit plutôt de jauger si l'État maintient son engagement ou s'il transfère des responsabilités à la communauté (familles, réseaux sociaux, organismes associatifs) et, le cas échéant, de quelle façon il le fait. Bref, la question en est davantage une de couverture par un financement public. C'est en ces termes essentiellement qu'il faut situer l'enjeu de la « privatisation » des services sociaux.

Deux priorités

Les commentaires qui précèdent nous amènent à deux conclusions : premièrement, la nécessité pour le Ministère de préciser et de mieux mesurer l'évolution des ressources affectées aux services sociaux par le réseau public; deuxièmement, l'impératif de reconnaître et de réaffirmer l'importance de l'action communautaire dans les services sociaux.

Établir des pratiques de gestion de l'information

Le réseau des services de santé et des services sociaux est en place depuis plus de 30 ans. Il est donc surprenant que l'on ne puisse mesurer, avec plus d'exactitude, l'évolution des ressources affectées aux services sociaux et, ce faisant, l'accessibilité aux services. Le problème vient en partie du fait que nous avons probablement trop longtemps considéré les services de santé et les services sociaux comme un tout indifférencié – le système sociosanitaire – simplement parce qu'on les avait réunis sous une même administration.

(...) l'accessibilité aux services sociaux constitue une problématique différente de celle de l'accessibilité aux services de santé et doit donc être reconnue comme telle. Le fait de considérer le système sociosanitaire comme un tout indifférencié, obscurcissant du même coup la problématique de l'utilisation des services et de l'accessibilité à ces derniers, le fait que, dans la discussion sur l'accessibilité, nous ayons négligé le rapport entre les services et la population (...) et, finalement, les nombreuses ambiguïtés conceptuelles qui entourent la question de l'accessibilité aux services, ne peuvent que rendre particulièrement difficile l'analyse de la question de l'accessibilité aux services sociaux. (Ouellet et Roy, 1994 : 883)

Des questions majeures doivent, au préalable, trouver réponse : Quel est le profil des clientèles des services sociaux ? Quels besoins manifestent-elles ? Comment le réseau les traduit-il en termes de services ? Enfin, quelle est l'efficacité des services et comment mesurer l'efficacité du réseau des services sociaux ?

Le Conseil juge que des systèmes d'information devraient être mis en place sur ces questions mais également pour évaluer les ressources affectées en fonction par exemple des problématiques désormais reconnues prioritaires dans les régions : la prévention de la violence et le traitement des victimes, la prévention du suicide, l'itinérance, la mésadaptation sociale, etc. Dès lors, le Ministère devrait profiter du développement des technologies de l'information, tout en respectant les normes de l'anonymat et de la confidentialité : pour identifier les clientèles et suivre l'évolution des besoins en matière de services sociaux, pour allouer les ressources en fonction de ces besoins, pour soutenir l'amélioration continue des pratiques et des interventions.

Réaffirmer l'importance de l'action préventive et de l'approche communautaire dans les services sociaux

Par ailleurs, les services sociaux ont un rôle d'« action sociale » à jouer auprès des communautés et des clientèles en difficulté. Or, les contraintes budgétaires et la professionnalisation accrue des services semblent avoir eu pour effet de concentrer davantage les énergies sur les interventions cliniques, notamment en situation de crise, sur la relation professionnel-usager. Pourtant, l'intervention préventive et l'approche communautaire ont toujours constitué un aspect important des services sociaux. Il faut réaffirmer cette nécessité et la traduire dans l'organisation des services et l'allocation budgétaire sur une base régionale de façon à s'adapter aux réalités des territoires. Encore une fois, ce travail doit reposer sur des systèmes d'information pertinents et efficaces. Le défi s'est toujours imposé, mais il prend tout son sens aujourd'hui. Le développement actuel des moyens technologiques représente une chance, que plusieurs établissements sont d'ailleurs en train de saisir, il faut le souligner.

Enfin, est-il nécessaire de le rappeler, le « secteur social » au sens large, c'est-à-dire les politiques de sécurité du revenu, du logement, de la main-d'œuvre et autres, restera toujours la meilleure forme de prévention, la meilleure garantie pour prévenir les problèmes sociaux, pour permettre au plus grand nombre d'accéder au bien-être.

IV. QUELS CHOIX S'OFFRENT À L'ÉTAT ?

Le système public est-il sous-financé ? Peut-on envisager de faire payer davantage ceux qui en ont les moyens ? Faut-il plutôt concentrer l'action du réseau public sur les services jugés les plus essentiels ? Le Conseil juge que les solutions se trouvent, encore et toujours, au sein même du système de services. En d'autres mots, l'avenir de l'État assureur est intimement lié à celui de l'État administrateur.

– Le système a-t-il réellement besoin de plus d'argent ? La privatisation du financement peut-elle représenter une solution aux problèmes du système de services ?

Selon plusieurs, le système de services serait sous-financé. La question du niveau de financement demeurera toujours relative. On sait que, jusqu'en 1994, le système québécois bénéficiait d'un financement élevé, toutes proportions gardées : il occupait le deuxième rang au monde, après les États-Unis, quant à la part de la richesse collective consacrée aux services de santé. En ce qui a trait au pourcentage des dépenses totales par rapport à la richesse collective, avec les compressions budgétaires qui ont été entreprises depuis cette période, le Québec a perdu sa position pour se situer derrière les États-Unis qui conservent la position de tête (13,9 %), l'Allemagne (10,7 %), la Suisse (10 %) et la France (9,6 %) (OCDE 1999 et ICIS 1999). Le Québec, pour sa part, consacrait 9 % du PIB aux dépenses en services de santé en 1997. Pour ce qui est de la position de la province par rapport à l'ensemble du Canada, il existe une différence entre la proportion avancée par l'OCDE et celle de l'ICIS, la première affirmant que le Canada consacrait 9,2 % de sa richesse collective aux dépenses en santé alors que la seconde indique plutôt une proportion de 8,9 %. Nous savons que, par ses compressions budgétaires, le Québec cherchait à améliorer sa position stratégique. On sait par ailleurs que la plupart des États industrialisés ont procédé au même exercice, avec plus ou moins d'ampleur. La particularité québécoise vient surtout du fait que le changement a été très rapide, parce qu'il a été entrepris tardivement, ce qui est toujours plus susceptible d'entraîner des remous.

Le Conseil ne voudrait en aucun cas nier les difficultés actuelles que rencontre le réseau de services. Mais il ne peut que constater que le virage entrepris au début des années 90 était nécessaire, sur le strict plan du financement. Rappelons qu'à cette date, les dépenses publiques de services de santé équivalaient à 7,2 % de la richesse collective. Or, ces dépenses

publiques représentaient moins de 73 % des dépenses totales. Pendant ce temps, dans d'autres sociétés comparables, ce pourcentage de 7,2 % de la richesse collective équivalait à une proportion supérieure à 80 % des dépenses totales ou même à l'ensemble de ces dépenses. Malgré nos différences, cette situation suggère que le régime public était en mesure de couvrir une proportion plus importante des services de santé, avec le même argent disponible, d'autant plus que les populations de ces pays européens sont toutes plus âgées que la population du Québec.

Le Conseil l'a souligné à maintes reprises, nous avons eu trop longtemps un problème d'organisation plutôt qu'un manque de fonds. L'exemple des services de santé mentale en fournit encore une autre preuve. Depuis l'adoption d'une politique qui prévoyait la mise en place d'une gamme intégrée de services, le Québec a réussi, malgré une diminution des dépenses publiques en santé mentale (excluant la RAMQ) de 1 % entre 1994-1995 et 1998-1999, à réduire la proportion du budget dirigé vers les services spécialisés pour le situer à environ 50 %. L'objectif de 0,4 lit par 1 000 habitants a également été atteint (pour les soins actifs de courte et longue durée) (MSSS, 2000). Le Conseil croit que les efforts fournis afin de diminuer la proportion du budget dirigé vers les services spécialisés constituent un pas dans la bonne direction. Cependant, cette proportion demeure encore trop élevée. Aussi croit-on qu'il reste encore beaucoup à faire, entre autres dans les services à la communauté.

La transformation des services constitue une correction de trajectoire majeure qui exige une gestion serrée et un renouvellement rapide des modes d'organisation et de pratiques. Les phénomènes en émergence méritent que l'on s'attarde à leurs causes et à leurs conséquences, la plus importante étant la privatisation du financement.

– **La privatisation du financement peut-elle représenter une solution à nos problèmes budgétaires collectifs ? Pourquoi ne pas faire payer ceux qui en ont les moyens ?**

Parmi les mythes les plus répandus, il y a celui-ci : nous n'avons plus les moyens de maintenir un système public de services de santé et de services sociaux. Or, l'expérience démontre que privatiser coûte plus cher collectivement, en plus d'être une solution inéquitable.

Dans les faits, le transfert de responsabilités de l'État au secteur privé amène nécessairement une réduction des dépenses publiques mais une augmentation des dépenses totales. La raison en est simple. Les producteurs privés ont pour objectif légitime de maximiser leurs revenus; c'est la loi du marché. L'expérience démontre que cet objectif peut conduire à l'inefficience, c'est-à-dire à la surproduction de services onéreux et de haute technicité, de même qu'à l'hypertrophie de l'appareil administratif au détriment d'autres composantes du système.

Par ailleurs, ce choix conduit à développer un système à deux ou même trois vitesses : un système entièrement public pour les plus pauvres; un système où, par exemple, le copaiement serait répandu pour la classe moyenne; un système entièrement privé pour les riches.

Enfin, parmi tous les risques qu'il faut peser, il y a celui de la migration des éléments les plus dynamiques du secteur public vers le secteur privé.

– La privatisation du financement permettrait-elle d'améliorer l'efficacité du système ? Ne vaudrait-il pas mieux assurer les gros risques et laisser les services périphériques au secteur privé ?

La transformation des services et le phénomène de désinstitutionnalisation en cours ne devraient pas se traduire par une concentration du financement public sur le « noyau dur » des services. Une telle évolution comporte de grands risques. Si l'État faisait ce choix, il planifierait son inefficacité, l'inscrirait dans sa dynamique même. Il serait alors impossible dans ce contexte d'assurer la continuité des services, de choisir les solutions les plus efficaces, les moins « lourdes ».

Il y a deux façons de gérer le panier de services, comme nous l'avons indiqué plus haut. La première répond d'une logique d'assurance et la seconde, d'une logique « de besoins ». En d'autres mots, l'État peut se donner deux types de levier pour agir : le levier légal et réglementaire; les leviers administratifs (allocation des ressources, distribution des fonctions, négociations des honoraires et des salaires, organisation du travail, incitatifs de production, etc.)

Faudrait-il étendre la logique de l'assurance à tous les services de santé et les services sociaux ? La plupart des observateurs s'entendent pour dire qu'il s'agit là d'une approche par trop technocratique qui mène à l'impasse. L'État de l'Oregon, qui avait poussé l'exercice à sa limite, délaisse actuellement cette formule.

L'autre solution, c'est de soutenir l'autonomie des professionnels et des organisations locales, qui sont les plus en mesure de prendre les bonnes décisions et de structurer une gestion intégrée de services. C'est celle que le Conseil privilégie. Cela dit, avec le virage que le système public est en train de prendre actuellement, il devient nécessaire de préciser certaines balises souples pour assurer l'accessibilité générale aux services de base.

Alors, quels choix véritables l'État a-t-il ?

1. L'État assureur : pour une couverture complète des services de base

La transformation des services a entraîné des changements majeurs. La coordination entre les services spécialisés et les services de base paraît inégale d'un territoire à l'autre. De plus, on ne tient pas toujours compte de la vulnérabilité de certaines personnes qui exigeraient des soins intermédiaires (post-actifs, chroniques ou palliatifs). Il faut donc s'assurer que la transformation du réseau ne se traduise pas par une baisse des services. L'assurance médicaments universelle constitue un pas important afin de mieux couvrir les besoins de base. De l'avis du Conseil, il faut poursuivre dans cette voie en garantissant l'accès à des soins à domicile et en diversifiant les services de convalescence (soins intermédiaires). Des efforts budgétaires ont d'ailleurs été faits pour améliorer ces services. Le budget québécois des services à domicile est en effet passé de 398 millions de dollars en 1994-1995 à 555 millions de dollars en 1999-2000 (MSSS, 2000). Néanmoins, cela n'est cependant pas excessif dans la mesure où le Québec se situe bien en deçà de la moyenne canadienne. Les données de Santé Canada indiquent que l'augmentation annuelle moyenne des dépenses publiques de soins à domicile entre 1990-1991 et 1997-1998 est de 6,4 % inférieure au Québec par rapport au Canada. Ces dépenses représentaient 4,6 % des dépenses totales publiques au pays alors qu'au Québec, cette proportion n'était que de 2,4 %. Il faut cependant demeurer prudent lorsque l'on effectue de telles comparaisons puisque le panier de services offerts diffère d'une province à l'autre.

Afin d'assurer à la population un accès raisonnable et équitable et de mieux l'informer, le Conseil estime qu'il est impératif que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- *définisse les services de base devant être offerts dans toutes les régions du Québec, c'est-à-dire qu'il établisse les balises nationales visant à caractériser l'accessibilité à un nombre de services de base bien identifiés*

Il ne s'agit évidemment pas d'imposer des normes strictes, une liste très détaillée aux organisations locales, qui resteront toujours les mieux placées pour interpréter les besoins de la population, pour choisir les interventions les plus pertinentes. Aussi, les balises devraient-elles viser certains services de base et préciser ce que signifie un accès raisonnable à ces services, de façon à faciliter leur organisation dans toutes les régions et à maintenir un système de services adaptés aux réalités des régions et minimalement cohérent. Cette solution permettrait de corriger des disparités non souhaitables et non souhaitées.

- *et s'assure d'un mode de financement selon les caractéristiques de la population.*

Le Conseil réitère ainsi une recommandation formulée dans l'Avis *Un juste prix pour les services de santé* (1995) dans laquelle il souhaitait voir l'enveloppe budgétaire établie en fonction des caractéristiques démographiques de la population de la région, d'indicateurs de besoins de santé et de bien-être prédéterminés et en tenant compte des coûts différenciés de production de services liés à l'éloignement et la densité de la population.

Trois objectifs sont visés par cette recommandation. Le premier : faire en sorte que les choix budgétaires des régions s'articulent autour d'une gamme de base de services. Le second, tout aussi central : bien informer la population de ce qu'elle est en droit d'attendre des services publics. Le troisième : corriger en très grande partie les disparités actuelles dans l'allocation des ressources entre les régions.

2. L'État-administrateur : inscrire « structurellement » l'innovation dans le réseau de services

Avec l'expérience acquise, nous connaissons exactement les paramètres à respecter pour organiser un système de services de santé et de services sociaux efficace et efficient. Nous savons notamment que le **financement public** constitue la meilleure solution pour garantir l'équité sociale et mieux contrôler les dépenses. Nous connaissons les modes d'organisation des services les plus performants. Nous sommes en mesure de choisir les meilleurs incitatifs pour orienter le travail professionnel dans le sens des objectifs sociaux que nous poursuivons.

Nous savons par ailleurs que le marché des services de santé n'est pas illimité, comme le révèle l'expérience des autres pays : la plupart ont stabilisé leurs dépenses totales et certains les ont même réduites, la Suède par exemple qui consacre 8,6 % de son PIB aux services de santé (dépenses totales en 1997) comparativement à 9,7 % il y a environ dix ans. Avec les ressources dont il dispose encore actuellement, le réseau public québécois peut certainement améliorer encore la couverture des services assurés.

Jusqu'à maintenant, l'État a administré le système, davantage par secteur d'activité, en adoptant diverses mesures destinées aux catégories d'établissements, aux professionnels, aux gestionnaires et au personnel. Ces mesures ont été prises en respectant le cadre d'allocation budgétaire traditionnel, la répartition des budgets entre les producteurs de services étant décidée par l'administration centrale et les régies régionales. Or, le Conseil est d'avis que le mode d'allocation budgétaire constitue un levier central pour changer la dynamique macro-organisationnelle, les règles du jeu au sein du système.

Tout le monde admet que l'on rencontre de nombreux obstacles à l'innovation dans les systèmes publics étatisés. Plusieurs analystes, dont Robert G. Evans, reconnu pour son attachement aux systèmes de santé des provinces canadiennes, a souvent signalé cette difficulté. D'autres effets du mode d'allocation budgétaire actuel sont bien connus : les producteurs (professionnels, établissements, organismes) entretiennent des rivalités pour concentrer dans leur secteur le plus possible de ressources; cette situation constitue un frein à la mise en place de services continus, à une gestion intégrée des services, bref au développement d'un réseau intégré de services.

Aussi, le Conseil réitère sa proposition, contenue dans un avis précédent (*Un juste prix pour les services de santé*, 1995) d'adopter un nouveau mode d'allocation budgétaire, dans le but d'inscrire *structurellement* l'innovation et l'adaptation constante au cœur même de l'évolution du système public de services.

Pour bien comprendre la portée de ce principe, il faut savoir que le mode d'allocation budgétaire actuel (budget global) n'est pas sensible aux mouvements de clientèles. Si des usagers vont se faire soigner ou traiter ailleurs (dans un autre établissement, un autre territoire, une autre région), l'établissement n'est pas pénalisé; au contraire, il dispose de plus de ressources pour les clients qui lui restent fidèles (Brunelle, 1997). Si, par ailleurs, l'argent suivait le client, en d'autres mots si les ressources étaient ajustées en fonction de la clientèle qui consulte, l'établissement ou l'organisation locale, les règles du jeu seraient fort différentes. En termes clairs, ce serait le choix de l'utilisateur quant au lieu de consommation (ce peut être l'établissement, le territoire local, la région) qui déterminerait le budget d'une organisation. L'introduction d'un tel mode d'allocation budgétaire introduirait une certaine concurrence entre les producteurs publics, tout particulièrement dans les territoires densément peuplés au profit des usagers de services. La dynamique serait ainsi inversée.

Le Conseil est d'avis :

- ***qu'il faudrait évaluer la faisabilité de confier, à moyen terme, l'ensemble de l'enveloppe des services de première et de deuxième ligne aux organisations locales, sur une base de population.***

L'intérêt d'un mode d'allocation budgétaire centrée sur l'utilisateur, c'est qu'il consacre l'autonomie de gestion et d'organisation au niveau local et qu'il permet d'organiser un continuum de services à partir des services de première ligne. Surtout, il fait de l'utilisateur, de ses choix, la véritable pierre angulaire du système. Il s'agit là, à n'en pas douter, de la forme la plus achevée de démocratisation.

3. L'État gardien de l'intérêt public : se donner les moyens de mieux réguler le marché libre

La cohabitation du secteur public avec le secteur privé impose un défi à l'État. En théorie, deux options s'offrent à lui. Premièrement, il peut choisir d'inclure certains services offerts par le secteur privé dans le panier de services assurés. Dans ce cas, il privilégiera l'assurance complète pour l'ensemble de la population ou pour une clientèle ou encore il aura recours à une forme ou l'autre de coassurance. C'est cette dernière formule qui a été retenue dans le cas des médicaments. Elle permet à l'État de se poser comme assureur et donc d'adopter des mesures de régulation publique.

La coassurance est cependant peu répandue au Québec. Elle est souvent associée au ticket modérateur, une formule qui a été largement décriée. Selon le Conseil, elle mérite cependant d'être débattue dans l'avenir pour d'autres services complémentaires, en particulier les services dentaires dont la facture s'est élevée, en moyenne, à plus 109,5 millions de dollars par an au cours des cinq dernières années (MSSS, mars 2000).

La deuxième option qui s'offre à l'État, c'est d'adopter des mesures de régulation portant sur les pratiques commerciales, précisément sur les prix et la qualité des services privés, afin de protéger l'intérêt public.

À cette fin, le Conseil croit qu'il y aurait avantage à ce que :

- *la ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure de recueillir les informations nécessaires pour suivre l'évolution des ressources privées et les pratiques commerciales en vigueur;*
- *la ministre procède à la mise en place de mécanismes de surveillance des prix des services privés;*
- *le ministère de la Santé et des Services sociaux explore des moyens originaux d'informer la population sur la qualité des ressources privées.*

Dans le secteur de l'hébergement aux personnes âgées par exemple, l'expérience de l'Illinois est intéressante. Dans cet État américain, on a instauré un système de cotation calqué sur celui de l'hôtellerie (Star system).

Ici même au Québec, l'expérience de la « Rose d'Or », projet originaire de la Fédération de l'Âge d'Or du Québec de la région de la Mauricie, mérite d'être soulignée. Le programme fonctionne de la manière suivante. Les établissements qui remplissent les critères de la Grille d'appréciation des résidences privées pour les aînés (critères portant tant sur les caractéristiques physiques de l'immeuble et des logements/chambres que sur les éléments de

qualité de vie des résidents) peuvent se voir attribuer une reconnaissance équivalente à une Rose d'Or et voir leur nom publié dans le bottin régional des résidences reconnues. Les buts du programme sont de trois ordres : améliorer la qualité de vie des aînés qui vivent en résidence privée (le marché des résidences privées étant en forte croissance et moins réglementé que le domaine des résidences publiques); procéder à l'appréciation des résidences privées pour les aînés autonomes à partir d'une grille d'appréciation validée et d'une démarche rigoureuse encadrée par un guide d'implantation du programme ROSE D'OR; et élaborer un bottin servant d'outil de référence pour les aînés et les organismes ou le public en général à la recherche d'un lieu d'hébergement privé de qualité (Fédération de l'Âge d'Or du Québec). Le Conseil croit que cette initiative est un premier pas dans la bonne direction. Il faudrait cependant voir à évaluer si l'expérience doit être étendue à un plus large niveau et, éventuellement soutenue par le Ministère et les régies régionales. Pour l'instant, le programme se fait sur une base volontaire pour les établissements qui désirent poser leur candidature. La Fédération de l'Âge d'Or du Québec prévoit qu'il sera fonctionnel dans huit régions de la province en 2001.

Dans tous les cas, l'État peut s'associer à des organisations professionnelles, des associations d'entreprises et à d'autres acheteurs de services (les compagnies et les mutuelles d'assurance) pour mettre en place le cadre administratif nécessaire, favoriser la circulation d'information et, le cas échéant, imposer des règles de conduite afin de protéger l'intérêt public.

CONCLUSION

Les rapports public-privé dans le système de services de santé et de services sociaux reposent sur un équilibre qui évolue, se transforme, se refaçonne selon les conjonctures, les époques. Mais à travers cette évolution normale, il est des vérités confirmées par l'expérience qu'il est sans doute nécessaire de réaffirmer, parce qu'elles constituent des balises sûres pour orienter l'évolution, pour jalonner les grandes périodes de transformation comme celle que nous connaissons actuellement.

La plus importante de celles-là, c'est que le financement public constitue, encore et toujours, non seulement la meilleure garantie d'équité pour la population mais également la meilleure garantie d'efficacité, bref le meilleur moyen pour la collectivité d'*en avoir pour son argent*. Il est donc important que l'État conforte sa position d'assureur principal dans les années à venir, et que la tendance qui s'est amorcée au début des années 1980 soit inversée.

Cet objectif peut être atteint de deux manières, en théorie : par une augmentation du financement public et par une saine administration qui se traduira par des gains d'efficacité. Le Conseil juge que, pour l'heure, il faut garder la priorité sur les gains d'efficacité. C'est le sens qu'il a voulu donner à ses recommandations. Un monitoring de l'évolution du financement devrait par ailleurs être fait périodiquement, non seulement pour l'ensemble du système mais aussi par secteur d'activité.

Le système québécois de services de santé et de services sociaux vit actuellement une phase critique de sa courte histoire. L'ampleur et la rapidité des changements imposent un lourd fardeau à tous les acteurs du réseau public. Mais ces mutations ne doivent pas nous distraire des objectifs fondamentaux. Elles nous fournissent plutôt l'occasion de remettre en question nos schémas de fonctionnement usuels mais aussi de réaffirmer des croyances, des valeurs. Parmi celles-là, s'agissant des services de santé et des services sociaux, il en est une qui apparaît encore et toujours primordiale pour la population québécoise : **si l'État ne peut tout faire, il y a des choses que seul l'État peut faire.**

BIBLIOGRAPHIE

ABEL-SMITH, B. « Cost Containment and New Priorities in the European Community », *Milbank Quarterly*, 70, 3, 1992, p. 393-416.

ANGUS, D.E., A. LUDWIG, J. EDEN CLOUTIER, et T. ALBERT. *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Université Queen's/Université d'Ottawa, 1995.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA. *Privatiser les hôpitaux ?*, Ottawa, Service de recherche et de développement de l'AHC, 1985.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *L'avenir de la santé et des soins de santé au Canada : rétablir l'accès à des soins de santé de qualité*, document préparatoire à la 129^e réunion du Conseil général de l'AMC, 1996.

BEAUDOIN, A. *Le champ des services sociaux dans la politique sociale du Québec*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique n° 38, Québec, Les Publications du Québec, 1987.

BELAND, F. *L'accessibilité aux services de santé et les régimes publics d'assurance maladie*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994, p. 843-866.

BRUNELLE, Anne-Marie. « Galère en eaux troubles », *RECTO VERSO*, novembre décembre, 275, 1998, p. 28-29.

BRUNELLE, Y. *Deux points de convergence : compétition et gestion intégrée*, Synthèse de la présentation faite au colloque « Convergence dans les réformes des systèmes de soins », Bucarest, 27-28 février 1997.

BRUNELLE, Y. *Application de deux possibilités de paiement par capitation reposant sur les médecins*, document de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 1996.

BRUNELLE, Y. *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Collection Études et analyses, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.

BRUNELLE, Y. *Un rationnement explicite des soins : le cas de l'Oregon*, Texte d'accompagnement de la présentation faite au Congrès de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec, Québec, novembre 1993.

BRUNELLE, Y., et S. RHEAULT. *Les implications de l'introduction d'une nouvelle forme de compétition pour un système public de soins*, Texte d'accompagnement pour une conférence donnée à Genève au 7^e colloque de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS), 24 mai 1996, version corrigée le 9 septembre 1996.

BUTCHER, T. *Delivering Welfare : The Gouvernance of the Social Services in the 1990s*, Buckingham (Grande-Bretagne), Open University Press, 1995.

CANADA, FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997.

COMITÉ DE RÉFLEXION SUR L'EFFICIENCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTRÉGIE. *Une nouvelle vision pour l'action*, Montréal, septembre 1994.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Mémoire sur le projet de loi 33. Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, CSBE, 1996.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Un juste prix pour les services de santé*, Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, CSBE, 1995.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *L'économie sociale et les femmes : garder l'œil ouvert*, février 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., F. CHAMPAGNE, J.L. DENIS, C. SICOTTE, A. LEMAY, D. ARWEILER, M.A. FOURNIER, D. REINHARZ, et L.H. TROTTIER. *Éléments financiers incitatifs et dissuasifs du système de santé du Canada*, GRIS/Université de Montréal - Groupe SECOR, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., F. CHAMPAGNE, J.L. DENIS, A. LEMAY, S. DUCROT, M.A. FOURNIER, et A. DJONA. *Description et évaluation des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays industrialisés*, Rapport final présenté aux responsables des projets de recherche économique des Universités d'Ottawa et Queen's, GRIS/Université de Montréal, 1994.

CÔTÉ, R. *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale, 1986-1987 à 1995-1996*, Collection Données statistiques et indicateurs, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

EVANS, R.G. *Life and death, money and power : the politics of health care finance*, Vancouver, University of British Columbia, Health Policy Research Unit, 1989.

EVANS, R.G. « Public Health Insurance : the Collective Purchase of Individual Care », *Health Policy*, 7, 1987, p. 115-134.

EVANS, R.G. « Health Care : Pattern of Funding and Regulation », *The Public/private Mix for Health*, G. McLachland and A. Maynard (eds), Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1982, p. 369-424.

FÉDÉRATION DE L'ÂGE D'OR DU QUÉBEC. *Programme Roses d'Or, Document promotionnel*.

GOODMAN, J.B., et G.W. LOVEMAN. *Does Privatization Serve the Public Interest ?*, *Harvard Business Review*, 69, 6, 1991, p. 26-38.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du Groupe de travail*, MSSS, septembre 1999.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. La présence du privé dans la santé au Québec. État détaillé de la situation*, MSSS, septembre 1999.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, LE GROUPE D'INTERVENTION ACTION SANTÉ, et SANTÉ CANADA. *L'évolution des dépenses de soins de santé publiques et privées au Canada de 1960 à 1997*, 1999.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *National Health Expenditure Trends 1975-1999*, 1999.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada, Un premier rapport annuel*, 2000.

JANSSEN, R., et J. VAN DER MADE. « Privatization in Health Care : Concepts, Motives and Policies », *Health Policy*, 14, mai 1990, p. 191-201.

MAYER, R., et L. GROULX. Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique n° 42, Québec, Les Publications du Québec, 1987.

MAYNARD, A. *Internal Markets and Health Care: an Overview*, IRPP/Brookings Conference on Health Care Cost Control : Internal Market Mechanisms, Montréal, 15-16 mai 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services à domicile de première ligne, cadre de référence*, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Indicateurs de suivi de la transformation des services de santé mentale, Rapport sommaire*, Direction Générale de service à la population, septembre 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système québécois de santé et de services sociaux*, 2000.

MINISTRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ. *Comprendre les coûts des services de santé au Canada*, Rapport Final, 2000.

ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. *La réforme des systèmes de santé : études de sept pays de l'OCDE*, Paris, 1992.

ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. *La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris, 1994.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Rapport d'un groupe de travail de l'OMS, Genève, OMS, 1993.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Privatization in Health*, Rapport d'un groupe de travail de l'OMS sur l'économie de la santé, Genève, 1995.

OUELLET, H., et J. TOY. *L'accessibilité aux services sociaux*, dans *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994, p. 867-888.

QUÉBEC, COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

QUÉBEC, MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *Fiscalité et financement des services publics -- Oser choisir ensemble -- Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1996.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé et les services sociaux : enjeux et orientations stratégiques*, document miméographié, septembre 1996.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le financement du système de santé et des services sociaux du Québec*. Document d'information, juin 2000.

RHEAULT, S. *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire*, Collection Études et analyses, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

SALTMAN, R.B. *The Role of Competitive Incentives in Recent Reforms of Northern European Health Systems*, IRPP/Brookings Conference on Health Care Cost Control : Internal Market Mechanisms, Montréal, 15-16 mai 1994.

SANTÉ CANADA, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1994*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1996.

SODESTROM, L. *Privatization : Adopt or Adapt*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique n° 36, Québec, Les Publications du Québec, 1987.

STODDART, G.L. *The Challenge of Producing Health in Modern Economies*, Institut canadien de recherches avancées, Programme sur la santé des populations, Document de travail n° 46, ICRA, Toronto, 1995.

STODDART, G.L., et R.J. LABELLE. *Privatisation du système canadien de santé : assertions, faits, idéologie et options*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1985.

TAMBLYN, R., et al. *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*, Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA) et USAGE, 1999.

THIBAUT, N., E. LÉTOURNEAU, et H. GAUTHIER. *Nouvelles perspectives régionales 1996-2041, concentration des régions métropolitaines et vieillissement accentué*, bulletin de l'Institut de la statistique du Québec, vol. 4, n° 2. P. 5. 1996.

VAILLANCOURT, Y. avec la collaboration de C. JETTÉ. *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, Cahier de LAREPPS, UQUAM, Montréal, 1997, 302 p.

VAILLANCOURT, Y., R. MATHIEU, C. JETTE, et D. BOURQUE. « Quelques enjeux en rapport avec la privatisation des services de santé et des services sociaux dans la conjoncture actuelle », *Nouvelles pratiques sociales*, 6, 1, 1993, p. 193-200.

VAILLANCOURT, Y., D. BOURQUE, F. DAVID, et E. OUELLET. *La privatisation des services sociaux*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique n° 37, Québec, Les Publications du Québec, 1987.

WELDON, J.C. « A Critique of Privatization », *Macroeconomics : Theory, Policy and Evidence*, Winnipeg, University of Manitoba, Institute for Social and Economic Research, p. 25-49.

ANNEXE

LES SECTEURS D'ACTIVITÉS DES SERVICES DE SANTÉ (classification de l'Institut canadien d'information sur la santé)

Les hôpitaux : *Les dépenses publiques entrant dans cette catégorie comprennent les dépenses engagées par le gouvernement provincial, les dépenses directes du gouvernement fédéral et les dépenses de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, dépenses réalisées dans des hôpitaux publics, privés et fédéraux qui fournissent des soins actifs, des soins de longue durée et des services de réadaptation. Il peut s'agir d'hôpitaux de soins de courte durée, d'hôpitaux psychiatriques, d'hôpitaux spécialisés (pédiatrie, cardiologie, neurologie...) d'hôpitaux pour convalescents, de centres de maternité, de centres pour cancéreux.*

Les dépenses privées incluent les tarifs pour les chambres, les revenus de placement, les frais de services fournis à des personnes non-assurées, les fonds provenant d'activités de bienfaisance, les revenus de stationnement et de concessions.

Les autres établissements : *Cette catégorie inclut tous les établissements agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux et qui hébergent des personnes : centres d'hébergement et de soins de longue durée, pavillons, centres de réadaptation. Sont exclus, les établissements n'offrant que des services de garde, les centres pour itinérants, les centres pour délinquants.*

Les dépenses publiques comprennent les dépenses engagées par les gouvernements, comme pour les hôpitaux.

Les dépenses privées proviennent essentiellement des contributions directes des bénéficiaires (Rapport annuel des établissements de soins spéciaux, Statistique Canada)

Les médecins : *Cette catégorie inclut les services fournis par les médecins.*

Les dépenses publiques incluent le paiement de services cliniques, les salaires et autres formes de revenus contractuels, les honoraires payés par la CSST, les dépenses directes d'organismes fédéraux. La rémunération des médecins, employés par les hôpitaux et les directions de santé publique, n'entre pas dans cette catégorie, tout comme d'ailleurs la rémunération pour des activités administratives.

Les dépenses privées sont tirées des rapports soumis par les assureurs privés mais, surtout, de l'Enquête sur les dépenses des familles (Statistique Canada).

Les autres professionnels : *Cette catégorie inclut les dentistes, les psychologues, les denturologistes, les optométristes, les podiatres, les ostéopathes, les naturopathes, les infirmières en service privé et les physiothérapeutes. Les dépenses pour les soins de la vue entrent dans cette catégorie; dans le cas du secteur privé, elles entrent plutôt dans la catégorie autres dépenses. Soulignons que les services des dentistes représentent environ 65 % du total de cette catégorie, selon les données pour le Québec obtenues de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).*

Les dépenses privées proviennent des rapports soumis par les assureurs privés et de l'Enquête sur les dépenses des familles.

Les médicaments : *Cette catégorie inclut les dépenses engagées pour l'achat de médicaments sur ordonnance ou en vente libre et de produits de santé personnels (appareils, orthèses-prothèses, etc.). Sont exclues, les dépenses relatives aux médicaments délivrés sur ordonnance dans les hôpitaux et les autres établissements (reportés à ces catégories).*

Les immobilisations : *Cette catégorie regroupe les dépenses relatives à la construction et à l'achat d'équipements pour les hôpitaux, les cliniques, les CHSLD et les centres de réadaptation.*

Les autres dépenses : *Cette catégorie peut être divisée en trois tiers au regard des dépenses totales : la santé publique; les services ambulanciers, les lunettes et les soins des yeux; les services divers (soins à domicile, appareils auditifs, orthèses-prothèses, frais d'administration préalables au paiement, recherche, divers). Les données du secteur privé sont tirées, pour l'essentiel, des rapports des assureurs et de l'Enquête sur les dépenses des familles.*

LES MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE

M^{me} Hélène Morais

Présidente

M. ANDRÉ ARCHAMBAULT

Directeur général

*Auberge communautaire du Sud-Ouest de
Montréal*

M. Christophe Auger

*Directeur des ressources humaines
Confédération des syndicats nationaux*

M^{me} Linda Beauchamp Provencher

*Denturologiste
Présidente du Conseil d'administration
des CH, CLSC et CHSLD de la MRC
d'Asbestos*

M. Guy Boisjoli

*Consultant
Ex-administrateur dans des établissements
de santé et de services sociaux*

M^{me} Gylaine Boucher

*Directrice générale
CLSC Jean-Olivier-Chénier*

M. Yvon Caouette

Éducateur à la retraite

M. Guymond Cliche

*Sous-ministre adjoint
Ministère de la Famille et de l'Enfance*

M. Pierre-Marie Cotte

*Vice-président au développement
philanthropique
Centraide Grand Montréal*

M^{me} Martine Couture

*Directrice générale
CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau*

M^{me} Édith Deleury

*Professeure titulaire
Faculté de droit de l'Université Laval*

M. Jean-Pierre Duplantie

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

M^{me} Mireille Fillion

*Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé et des Services
sociaux*

M^{me} Micheline Gamache

*Secrétaire adjointe
Comité ministériel du développement
social*

M^{me} Linda Jones

*Présidente
Fonds régional de solidarité Bas-St-
Laurent*

M^{me} Marie Soleil Renaud

*Psychologue en déficience intellectuelle
Centre de réadaptation de la Gaspésie*

M. André Thibault

*Professeur
Université du Québec à Trois-Rivières*