

SECTEUR
PUBLIC

LA COMPLÉMENTARITÉ

DU SECTEUR PRIVÉ

DANS LA POURSUITE

DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX

DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

AU QUÉBEC

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL



Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca, à la section documentation

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34937-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Québec, le 6 juillet 1999

Madame Pauline Marois
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
et ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame la Ministre,

Conformément au mandat reçu de votre prédécesseur le 1^{er} octobre 1998, monsieur Jean Rochon, confirmé par vous-même en février 1999, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec vous soumet respectueusement son rapport.

Le rapport est adopté unanimement par les membres du Groupe de travail. Le Groupe souhaite que les éclaircissements apportés pourront alimenter la poursuite des réflexions, et contribuer à dégager la voie d'un effort mieux articulé du public et du privé, dans l'atteinte de nos objectifs de santé et de services sociaux.

Nous vous prions d'agréer, madame la Ministre, l'expression de notre considération distinguée.

Roland Arpin, président

Richard Larouche

Anne Côté

Jean E. Morin

Alban d'Amours

François Turenne

Signé en présence du Secrétaire du Groupe de travail

André Morin

Avant-propos

Le 1^{er} octobre 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, annonçait officiellement la mise sur pied d'un groupe de travail ayant le mandat de faire le point sur la question de la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec.

En créant ce groupe de travail, le ministre a tenu à exprimer clairement que son rôle ne consistait aucunement à remettre en question les principes fondamentaux de notre système de santé. « Le système de santé québécois est et demeurera public », rappelait-il. Il se disait néanmoins préoccupé par certaines tendances et par la confusion qu'elles semblaient soulever dans la population.

Le mandat du groupe de travail

Afin de faire la lumière sur la question, le ministre a invité ce groupe de travail à amorcer une réflexion sereine sur la complémentarité du « privé » comme appoint à la mission du secteur public de la santé et des services sociaux : améliorer la santé et le bien-être de la population.

Parler de complémentarité public-privé nous amène à parler d'une question qui comporte, en elle-même, deux aspects indissociables : celui des **conséquences** possibles d'un retrait graduel de l'État dans la **couverture** de services de santé essentiels, et d'une substitution de ces services par des services qui seraient régulés selon les mécanismes du marché ; celui, aussi, des **occasions** de contribution qu'offre déjà et que pourrait davantage offrir le privé à la réalisation de nos objectifs sociaux et de santé en permettant d'améliorer la **prestation** de nos services.

C'est pour tenir compte de ces aspects que le mandat confié au groupe de travail a été partagé en deux grands volets :

- 1) **tracer un portrait de la situation** : comparer et expliquer l'évolution des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé et évaluer les implications de cette évolution quant aux principes fondamentaux du système public de santé ;
- 2) **dégager des orientations et des avenues à explorer** : préciser des domaines d'activités et suggérer des pistes pour la collaboration ou le partenariat entre les secteurs public et privé, qui contribueraient sous certaines conditions à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, et à faire profiter les fonds publics disponibles d'un meilleur effet de levier.

Le mandat du groupe de travail fut confirmé par la nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, en février 1999. Il fut également convenu que les travaux du groupe de travail seraient une occasion de favoriser une meilleure compréhension de ce qui relève des domaines public et privé dans la santé et les services sociaux. On trouvera la formulation détaillée du mandat du groupe de travail à l'annexe 1.

Sans être un groupe d'experts, le groupe de travail est composé de responsables des secteurs public et privé. Pendant ses travaux, il a consulté un nombre important d'organismes et d'intervenants de divers milieux, ainsi que plusieurs experts reconnus du domaine de la santé. Les commentaires entendus ont amené le groupe de travail à donner à son mandat une interprétation débordant les limites qu'imposait sa formulation, en situant la question des rapports des domaines public et privé dans le contexte plus large des défis que doit relever notre système ; le groupe a ainsi formulé des recommandations répondant à des demandes d'éclaircissements qui lui ont été adressées. Le groupe de travail n'avait cependant pas comme mandat de trouver des solutions à tous les problèmes affectant le système de santé et de services sociaux ni de présenter un document pouvant répondre à toutes les attentes et à toutes les interrogations.

La composition du Groupe de travail

Présidé par M. Roland Arpin, directeur général du Musée de la civilisation, le groupe de travail comprend des membres des secteurs public et privé :

- madame Anne Côté, adjointe à la secrétaire générale, vice-présidence aux affaires corporatives et au secrétariat général à Hydro-Québec ;
- monsieur Alban D'Amours, inspecteur et vérificateur général du Mouvement Desjardins, président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Québec et vice-président de l'Association des hôpitaux du Québec ;
- monsieur Richard Larouche, vice-président du groupe-conseil Aon ;
- monsieur Jean E. Morin, chirurgien cardiaque à l'hôpital Royal Victoria de Montréal ;
- monsieur François Turenne, sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Monsieur Alain Bruneau, de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, a participé aux consultations et aux délibérations du groupe de travail jusqu'au mois de décembre 1998 à titre de personne-ressource. Monsieur André Morin, du ministère de la Santé et des Services sociaux, a agi à titre de secrétaire et de rédacteur.

La démarche

Après avoir tenu une première rencontre le 30 juin 1998, le groupe de travail s'est réuni à une fréquence d'une réunion environ toutes les trois semaines à compter du 11 septembre suivant. Ayant cerné les principales questions faisant l'objet de son mandat, il a ensuite procédé, du 23 octobre 1998 au 5 mars 1999, à une série de consultations auprès d'une trentaine de groupes couvrant un large éventail d'intervenants socioéconomiques. On en trouvera la liste à l'annexe 2.

Ces consultations ont permis au groupe de travail de mieux comprendre la problématique et les enjeux sous-jacents au rôle du secteur privé dans la santé et d'orienter la poursuite de ses travaux en fonction des éclaircissements qui lui apparaissaient les plus souhaitables à apporter dans le cadre de son mandat.

Les conclusions et les recommandations du présent rapport sont le fruit des réflexions du groupe de travail et relèvent de son entière responsabilité. Elles ont fait l'unanimité de tous les membres.

Remerciements

Le groupe de travail tient à remercier les représentants des groupes qui sont venus le rencontrer pour le faire bénéficier de leur point de vue, dans des délais souvent très courts. Sans ces rencontres et ces échanges, le groupe n'aurait pu prendre connaissance de la diversité des perceptions et des préoccupations que soulève, sur le terrain, la question du rôle du privé dans la santé.

Le groupe de travail remercie également tous ceux qui ont contribué à ses travaux, par les informations données et les services rendus. Mentionnons, en particulier : messieurs Guy-Paul Sanscartier et Ronald Côté, du Service de l'analyse statistique, monsieur Yvon Brunelle et madame Patricia Caris, de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, et monsieur Pierre Généreux, de la Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information du ministère, ainsi que monsieur Gaétan Desjardins, de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Un sincère remerciement également à monsieur François Allard, à mesdames Louise Boulanger et Francine Beaurivage, du Service de documentation du Ministère, pour leur collaboration dans la recherche et la documentation.

Enfin, le groupe de travail remercie, pour leurs précieux conseils, les personnes qui ont été consultées à titre d'experts.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 La présence du privé dans la santé au Québec : description sommaire de la situation	11
1.1 COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS À UNE PART RELATIVE DES DÉPENSES PRIVÉES SUPÉRIEURE À 30 % ?.....	14
1.1.1 La part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec a considérablement augmenté depuis 1991	14
1.1.2 La cause : un freinage plus marqué de la croissance des dépenses publiques que des dépenses privées.....	15
1.1.3 Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé	17
1.2 Y A-T-IL EU SUBSTITUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR DES DÉPENSES PRIVÉES ?	18
1.3 POURQUOI LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ A-T-ELLE CRÛ PLUS RAPIDEMENT AU QUÉBEC QU'AU CANADA ?.....	21
1.4 COMMENT SE COMPARE LE QUÉBEC AVEC LES AUTRES PROVINCES ET CERTAINS PAYS ?.....	23
1.5 CONCLUSION.....	23
1.6 PERSPECTIVES	25
1.6.1 Une organisation s'approchant des limites de ses possibilités : la nécessité d'accroître ses capacités d'ajustement en réduisant des obstacles structurels.....	25
1.6.2 Des besoins d'hébergement et de services à domicile : la nécessité de nouer une nouvelle complémentarité public-privé.....	26
CHAPITRE 2 La coexistence du public et du privé dans la santé et les services sociaux : des principes à maintenir, des contributions à intégrer	27
2.1 LE RÔLE DU PRIVÉ : PLUS QU'UNE QUESTION FINANCIÈRE	29
2.2 LA CONJONCTION DU PUBLIC ET DU PRIVÉ DANS LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC	30

2.2.1	Un système public à une vitesse en synergie avec le privé	30
2.2.2	Une diversité d'acteurs et de principes, une œuvre convergente	31
2.2.3	Des arrangements à dimensions multiples entre le public et le privé.....	36
2.3	LES VENTS DE CHANGEMENT QUI SOUFFLENT SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ	46
2.3.1	La « nouvelle donne » de la santé et du bien-être	46
2.3.2	L'expérience internationale : des stratégies d'adaptation à double volet.....	51
2.3.3	Leçons pour le Québec	56
CHAPITRE 3	Une nouvelle conjonction public-privé pour la santé au Québec : des orientations à privilégier, des avenues à explorer	57
3.1	MAINTENIR LE CAP SUR L'ESSENTIEL	60
3.1.1	Consolider le réseau public de services et mieux lier le privé à l'intérêt général	60
3.1.2	Apparier les tâches et les responsabilités de façon appropriée.....	61
3.1.3	Se donner des balises.....	63
3.1.4	Adapter aux changements les arrangements entre le public et le privé.....	64
3.2	POURSUIVRE DES ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES	68
3.2.1	Bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité	68
3.2.2	Accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé.....	81
3.2.3	Soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle.....	87
3.2.4	Créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu	90
3.2.5	Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût.....	92
3.2.6	Réglementer certaines activités du marché afin qu'elles soient conformes à l'intérêt commun.....	98
Conclusion		
Non à une privatisation du système de santé, oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé.....		103
Bibliographie.....		109

Annexes

Annexe 1	Mandat du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec
Annexe 2	Groupes consultés
Annexe 3	Définition des dépenses de santé
Annexe 4	Statistiques

Liste des graphiques

Graphique 1	Parts des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, en Ontario et au Canada — de 1984 à 1998	14
Graphique 2	Répartition des dépenses privées de santé au Québec par type de dépenses — 1989 et 1998	20
Graphique 3	Évolution de la part des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé au Québec et au Canada — 1989 et de 1975 à 1998	22

Liste des tableaux

Tableau 1	Taux moyen de croissance annuelle des dépenses de santé au Québec pour les périodes de 1989 à 1991 et de 1991 à 1998	15
Tableau 2	Coupages dans les transferts fédéraux au Québec depuis 1982-1993 — période allant de 1995-1996 à 1998-1999 — santé et ensemble des transferts	16
Tableau 3	Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec de 1989 à 1998	18
Tableau 4	Part des dépenses privées et publiques de santé au Québec par catégorie de dépenses — 1989 et 1998	19
Tableau 5	Articulation du public et du privé dans le financement et la production des services sociaux et de santé au Québec	37
Tableau 6	Orientations à privilégier et avenues à explorer, dans les domaines liés au financement et à la production de services sociaux et de santé au Québec	67

Introduction

Avec une constance remarquable, les usagers des services de santé disent avoir été satisfaits à plus de 90 % des soins et des services reçus. Pourtant, dans la population, a pris naissance un important sentiment d'inquiétude. Nombreux sont ceux qui craignent que les services publics de santé ne soient pas accessibles lorsqu'ils en auront besoin, que leur qualité se détériore et qu'un système « à deux vitesses » s'installe progressivement.

Sommaire des consultations

Nos consultations ont fait ressortir que les inquiétudes exprimées s'inscrivent dans un contexte très particulier. D'une part, une incertitude s'est installée quant à l'avenir du système **public** de santé. De telles inquiétudes ont été suscitées par des déséquilibres importants qui se sont manifestés après quatre années de transformation intensive. D'autre part, la multiplication de projets de développement et de mises en opération de services **privés** fait craindre un effritement de la responsabilité de l'État en tant qu'assureur principal et en tant que régulateur des services de santé.

Une d'inquiétude quant à l'avenir du système public de santé

De façon unanime, les groupes rencontrés ont signifié leur attachement à l'actuel régime public de santé et tiennent à ce qu'il soit préservé. Nombreux, cependant, sont ceux qui sont inquiets du maintien de ses principes fondamentaux d'universalité, d'accessibilité et d'équité.

Malgré d'importantes améliorations apportées à l'accessibilité de nombreux services, l'allongement des listes d'attente pour certaines chirurgies, l'engorgement des urgences et le manque de clarté en ce qui a trait aux points d'accès aux services de base soulèvent des inquiétudes importantes sur l'accessibilité actuelle des services. De façon plus insidieuse, la capacité de l'État à supporter la croissance des coûts liés au vieillissement de la population et au développement de nouvelles technologies soulève, dans l'ensemble de la population, des doutes quant à l'avenir même du système public de santé.

Selon les commentaires exprimés, le dysfonctionnement actuel des services est une conséquence des restrictions budgétaires des dernières années. De nombreuses personnes ont exprimé l'idée que, au-delà de l'injection de nouveaux fonds, sans amélioration de la

prestation des services et de l'organisation du travail, ces difficultés pourraient persister, voire s'aggraver.

Il faut souligner que les consultations du groupe de travail ont été tenues antérieurement à l'annonce de réinvestissements d'argent dans la santé et les services sociaux par le gouvernement, dans son budget 1999-2000¹.

Il n'en reste pas moins, de l'avis du groupe de travail, que ce climat d'inquiétude est celui dans lequel le présent débat sur le rôle du secteur privé dans la santé prend racine et se poursuit.

L'impression d'un accroissement du privé hors de la régulation du système public

Au cours de l'année 1998, les médias se sont largement fait l'écho du fait que les dépenses privées de santé au Québec se seraient accrues pour atteindre 27,9 % des dépenses totales de santé en 1994 et 32,2 % en 1997.

Des signes interprétés comme ceux d'une « privatisation passive »

Sur la base de ce constat, plusieurs ont dit déplorer que le rôle de l'État comme « assureur principal » était en voie de devenir de moins en moins prépondérant. Certains ont également déploré que « le secteur privé assure ou prend en charge environ 30 % des services de santé » sans même qu'il n'y ait eu débat sur cette question, ce qu'on trouve injuste pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer.

Cette hausse semble avoir été largement interprétée comme une privatisation « passive » du système public de santé², à la faveur d'un « désengagement » de l'État au cours des dernières années, auquel on associe plusieurs phénomènes. Notamment, la non-couverture de certains services dentaires et d'optométrie autrefois assurés, l'application de frais accessoires pour certains services en clinique privée, les hausses des contributions et l'obligation pour tous de s'assurer dans le cadre du nouveau régime d'assurance médicaments sont des éléments qui ont été cités comme exemple du retrait

-
1. Ces réinvestissements ont totalisé 1 747 millions de dollars pour 1998-1999 et 1999-2000, comprenant : 702 millions de nouveaux crédits afin de répondre à de nouveaux besoins et de soutenir les efforts de retour à l'équilibre budgétaire de certains établissements ; un montant de 700 millions visant la prise en charge du déficit accumulé du réseau ; 345 millions pour financer l'accroissement du coût des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (médicaments, propositions salariales et diverses ententes avec les médecins).
 2. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la privatisation **active** repose sur un changement d'orientation des gouvernements visant délibérément à accroître l'importance relative du secteur privé (ex. : mesures législatives ou financières favorisant le développement d'hôpitaux privés). Il y aurait privatisation **passive** lorsque l'importance relative des dépenses privées s'accroît sans être encouragée de manière active par des politiques gouvernementales.

de l'État. La mise à contribution des organismes bénévoles et communautaires a également été présentée comme un exemple du désengagement de l'État.

Plusieurs ont dit considérer qu'un système « à deux vitesses » s'est déjà installé, vu les possibilités pour les usagers de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) d'être traités plus rapidement dans le privé, de même que les possibilités d'obtenir des services diagnostics plus rapides dans les laboratoires privés. C'est sur la base de tels phénomènes, qui témoigneraient d'une érosion du système public **dans ses principes mêmes**, que se seraient développés l'assurance et les services privés pour les soins de santé.

Relativement à ce mouvement de « privatisation passive », plusieurs ont exprimé leur conviction que, avec un pourcentage des dépenses privées de plus de 30 %, nous avons franchi un seuil critique au-delà duquel le système public court un grand risque de perte de contrôle de la croissance des dépenses **totales** de santé, avec toutes les conséquences sur le maintien des principes d'équité et d'universalité que cela entraîne. Ils ont évoqué l'urgence de stabiliser et de renverser cette tendance, en prenant des mesures pour contrôler la croissance des dépenses privées et en réinvestissant massivement dans le système public de santé.

Une « privatisation active » appréhendée

La population assiste à l'apparition de nombreux projets de développement de services de santé privés. Mentionnons notamment : la construction annoncée de « mégacentres privés » de santé, la construction éventuelle d'hôpitaux privés, de même que des projets d'établissements publics visant à vendre des services chirurgicaux à une clientèle étrangère, ou encore à impartir ou à vendre des services auxiliaires sur le marché privé. Soulignons aussi la publicité très présente entourant la commercialisation de certains services chirurgicaux non assurés, telles les chirurgies visuelles ou esthétiques au laser, ainsi que de services infirmiers privés. De nouveaux produits d'assurance dans le domaine des services à domicile font également leur apparition.

Simultanément, des demandes se font entendre pour élargir les possibilités de partenariat entre le public et le privé. L'éventualité d'une place grandissante du secteur privé est régulièrement présentée, dans différents forums et dans les médias, comme une solution privilégiée, voire le seul élément nouveau de solution pouvant permettre au système public de faire face à la croissance des besoins de santé et à l'augmentation des coûts.

Tous ces phénomènes, par leur effet cumulatif, font craindre à plusieurs qu'un mouvement de « privatisation active » s'installe, et que l'État en vienne à laisser faire, voire à favoriser la volonté du privé de concurrencer et de déloger le secteur public du domaine de la santé. Si certains y voient une évolution inéluctable, tous semblent convenir que ce mouvement ne s'inscrit pas actuellement dans la planification et le contrôle du système public de santé.

Un consensus : améliorer le système public et mieux contrôler l'activité privée avant d'envisager des formes de partenariat

Tant ceux pour qui l'implication du privé représente plutôt des risques que ceux qui y voient surtout des occasions favorables s'entendent sur un point : on doit utiliser au maximum les solutions permettant d'améliorer le système public et mieux réglementer l'activité du privé avant d'envisager de nouvelles formes de partenariat avec le secteur privé.

Les voies préalables

La collaboration aux changements prioritaires

Selon les témoignages recueillis, réduire les listes d'attente à des niveaux raisonnables et améliorer l'accessibilité des services publics constituent les priorités à court terme. À moyen terme, des efforts de collaboration de tous les intervenants seront nécessaires, afin d'ajuster les différentes composantes du réseau. Les défis les plus souvent cités à cet égard portent sur la révision des modes de rémunération des médecins et du financement des hôpitaux ainsi que sur une décentralisation de certaines responsabilités liées aux conventions collectives et à l'organisation du travail.

La « compétition interne »

Si la voie de la collaboration doit être renforcée en priorité, des experts considèrent que celle-ci doit aussi être « aiguillonnée » par l'adoption de nouvelles formes d'organisation laissant place à une certaine « compétition interne ». Une dose contrôlée de concurrence à l'intérieur d'un système de santé demeurant entièrement public permettrait, à leur avis, d'y introduire une dynamique inhérente d'innovation et d'amélioration de la performance clinique et financière des services. Déjà adoptée au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et dans certains pays nordiques, cette option vise, en principe, à mettre à profit les avantages reconnus de la compétition afin de renforcer la capacité du régime public de santé à offrir des services s'adaptant plus rapidement aux besoins des usagers, de façon plus efficace et plus efficiente.

La réglementation des marchés

Plusieurs personnes ont aussi rappelé que le rôle de l'État ne consiste pas seulement à définir les services sociaux et de santé, à en préciser les conditions d'accès et à en assurer le financement public et l'administration générale. En tant que garant de l'intérêt commun, les avis voulant que l'État doive aussi assurer une réglementation et une supervision des activités du secteur privé convergent. En particulier, un effort de réglementation s'imposerait dans les services d'hébergement, présentement en pleine expansion, afin d'assurer le respect des consommateurs et un niveau de qualité minimal socialement acceptable.

La voie du partenariat entre le public et privé

Si l'amélioration préalable du système public de santé fait consensus, les avis divergent lorsque sont envisagées les possibilités de favoriser activement des formes de partenariat avec le secteur privé.

La plupart des groupes rencontrés ont exprimé l'avis qu'il faut d'abord accorder au réseau de la santé la chance et le temps d'absorber les bouleversements des dernières années. Pour un bon nombre, il est possible d'adapter le système public de façon à répondre aux besoins de demain sans recourir au partenariat avec le privé.

Le recours au privé ne permettrait pas de solutionner les problèmes organisationnels actuels (ex. : les listes d'attentes). Injecter des sources additionnelles de financement privé ne constituerait pas une véritable solution. Cette voie pourrait même avoir pour effet de reporter la nécessité d'apporter des changements. Dans ce contexte, il serait prématuré, de l'avis des personnes consultées, d'ouvrir la porte au financement ou à la production privée de services de santé tant que la preuve n'est pas faite que le réseau public a véritablement atteint le maximum de son potentiel.

Par contre, certains promoteurs privés, mais aussi certains experts, se sont dits d'avis que la réorganisation du réseau public, même en optimisant son potentiel d'amélioration, ne pourra suffire à répondre entièrement à la forte croissance des besoins due au vieillissement de la population et au développement technologique, compte tenu de la croissance prévisible relativement modeste des ressources budgétaires de l'État. Conséquemment, ils se sont dits favorables à une recherche plus active de formes de partenariat entre le public et le privé, sous certaines conditions, comme complément jugé nécessaire aux efforts maximums du réseau public.

Des possibilités de partenariat entre le public et le privé, limitées pour la santé, plus importantes pour le social

Le financement

La formule de financement général actuelle, qui est étroitement identifiée aux principes mêmes du système public de santé, continue à bénéficier d'un appui indéfectible.

Certains ont néanmoins soulevé la possibilité de ne plus couvrir un nombre limité de services de santé clairement reconnus comme « médicalement ou socialement non requis » (ex. : les examens administratifs). D'autres ont soulevé la possibilité de permettre à des personnes qui en ont les moyens de payer pour obtenir des services plus rapidement, ce qui permettrait, à leur avis, de réduire les files d'attentes et d'injecter dans le système public de l'argent dont bénéficieraient des moins bien nantis. Certains ont également suggéré de mettre en place des modes de financement mixtes pour certains services de remplacement de l'hospitalisation ou de l'hébergement (convalescence,

réadaptation, etc.) en s'inspirant éventuellement de la formule de partenariat du régime d'assurance médicaments. D'autres commentaires ont porté sur la pertinence non pas d'augmenter, mais de réduire certains tarifs (ex. : ceux de l'assurance médicaments) et même d'étendre la couverture de certains services publics assurés (ex. : offrir les soins infirmiers gratuits dans des centres d'accueil privés, tout comme dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics).

L'organisation et la production

Les services médicaux

Toutes les personnes consultées conviennent que le développement d'un véritable réseau parallèle de services médicaux et chirurgicaux privés serait inopportun. À cet égard, il appert qu'une telle éventualité serait en réalité fort improbable, voire impossible. Le marché pour de tels services serait en effet très réduit, compte tenu de leur coût élevé et du niveau limité de richesse de la population du Québec. De plus, il n'existerait pas présentement au Québec une offre excédentaire importante de médecins, comme c'est le cas dans les pays européens.

Néanmoins, certains ont suggéré d'établir une forme de partenariat avec les cliniques médicales privées, en leur confiant une mission **à l'intérieur** du réseau public, en particulier en milieu urbain. Le développement rapide des technologies ouvre la possibilité de mettre au point de nouveaux modèles d'organisation des services médicaux. Certains services (ex. : les chirurgies mineures) pourraient avantageusement être offerts dans des cliniques médicales plutôt que dans les hôpitaux, ce qui permettrait d'améliorer l'accès aux services médicaux tout en contribuant à désengorger les hôpitaux. Cette forme de partenariat nécessiterait cependant une aide financière du gouvernement et devrait s'insérer dans une planification régionale intégrée des services médicaux.

Les services périphériques

Pour ce qui est des services administratifs et de soutien (buanderie, entretien, alimentation, informatique, comptabilité, etc.) en périphérie des services de santé en tant que tels ainsi que des services de laboratoire, deux discours se sont distinctement fait entendre. De façon générale, ceux qui se préoccupent principalement de la protection de l'emploi ont insisté sur l'importance de ces services dans la qualité globale des soins essentiels. Ils ont fait valoir qu'une impartition à des firmes privées ne constituerait pas une option pertinente, les coûts de production de ces services dans le réseau se comparant déjà avantageusement, à leur avis, à ceux du privé. Certaines expériences (ex. : dans la région de Pontiac) ont été relatées, démontrant que lorsqu'ils font face à la nécessité d'améliorer leur rendement, les employés du réseau public peuvent relever le défi et procéder aux réorganisations nécessaires. Ces expériences ouvrent la voie à de nouvelles formes de partenariat avec les employés et les partenaires du réseau.

Par contre, ceux dont les préoccupations portent principalement sur le coût et l'efficacité des services ont insisté sur le fait que le rôle de l'État dans la santé ne consiste pas à produire nécessairement lui-même ces services, mais à assurer leur financement, leur planification et leur organisation générale. Ils ont en particulier insisté sur la rigidité qui affecterait présentement ces services, nuisant ainsi à leur adaptation rapide aux besoins, et sur les avantages économiques que présenterait leur production par des entreprises privées lorsqu'il serait démontré qu'ils sont en mesure de les produire à moindre coût.

Les services à domicile

Malgré l'impression que peut créer la publicité, le marché pour les services infirmiers privés à domicile serait en réalité fort limité (coûts relativement importants et faible nombre d'infirmières disponibles). Les services privés à domicile présentement en expansion seraient plutôt des services d'aide à domicile, d'hygiène personnelle et d'accompagnement. Certains croient que les circonstances se prêtent à la promotion d'une plus grande « prise en charge » des services à domicile par la communauté. En complément aux services offerts par les CLSC, ils suggèrent une forme de collaboration avec des organismes coopératifs ou à but non lucratif, actuellement en voie de formation, ainsi que le développement des services d'entreprises d'économie sociale.

Les services d'hébergement

Enfin, si les possibilités de partenariat entre le public et le privé sont apparues restreintes dans le domaine de la santé, plusieurs ont exprimé l'avis que le domaine de l'hébergement des personnes âgées offre des occasions de partenariat très importantes. L'achat de places en centre d'hébergement privé permettrait au gouvernement d'épargner considérablement sur la construction de nouveaux établissements publics, de réduire les listes d'attente et de mieux faire face à la croissance des besoins. Diverses formules originales de type coopératif pourraient également offrir des solutions complémentaires intéressantes dans le domaine de l'hébergement. Ces formes de partenariat devraient cependant être planifiées en fonction des besoins du réseau public et nécessiteraient un encadrement gouvernemental approprié.

Des points de vue diversifiés, pondérés et pragmatiques

Les groupes rencontrés pendant nos travaux ont présenté le point de vue d'intervenants dont l'action se situe tout au long de la chaîne complexe que constitue le secteur de la santé et des services sociaux du Québec. Aussi n'est-il pas étonnant qu'il se dégage, à prime abord, un sentiment de grande diversité.

À la réflexion, on peut dire que chaque groupe nous est apparu comme constituant un maillon distinct, présentant chacun sa propre vision cohérente de l'ensemble de la chaîne de la santé et des services sociaux, réinterprétée à partir et en fonction du rôle important

qui est le sien. De l'avis du groupe de travail, ce phénomène est sain et légitime dans la mesure où il exprime l'engagement de chacun dans le renforcement du maillon sur lequel il a choisi de consacrer tous ses efforts. La diversité fait partie de la richesse du secteur sociosanitaire pour autant qu'il intègre et anime l'action particulière de chacun dans un tout unique.

Les points de vues exprimés devant le groupe de travail ont été de façon générale pondérés, marqués à la fois par la prudence et par le pragmatisme. Le souhait qu'un accroissement éventuel du rôle du secteur privé n'entraîne pas de bouleversements importants dans la santé se dégage de la consultation. Si des changements sont à apporter, il a été suggéré de procéder d'abord à des expériences-pilotes circonscrites. Ils ont été nombreux à rappeler que l'essentiel est que la population bénéficie de services accessibles répondant à leurs besoins et que la planification demeure publique, peu importe que les producteurs viennent du secteur public ou privé. Enfin, des représentants du secteur privé se sont dits prêts à explorer éventuellement des voies de collaboration, tout en se disant conscients des limites de telles possibilités.

Les objectifs du rapport

Les résultats de cette série de rencontres ont permis au groupe de travail de mieux orienter la poursuite de ses travaux en fonction des éclaircissements qui lui apparaissaient les plus souhaitables à apporter.

L'augmentation récente de la part des dépenses privées à plus de 30 % des dépenses totales de santé signifie-t-elle une érosion du système public de santé, l'atteignant dans ses principes fondamentaux ? Avons-nous atteint un seuil critique au-delà duquel la maîtrise des dépenses totales de santé est compromise ? Ces interrogations touchent le premier volet de notre mandat.

Après trente années d'existence, nous avons constaté qu'il règne une confusion importante quant à la nature de nos programmes publics de santé et de services sociaux ainsi qu'aux frontières entre le « public » et le « privé » dans ces deux domaines. Des problèmes de vocabulaire nuisent à la clarté des notions de public et de privé, freinant la recherche d'une meilleure complémentarité. Il apparaît opportun de préciser ces termes et d'examiner les principales formes de relations existant entre le public et le privé dans le domaine de la santé au Québec.

Pour chacun des champs d'activité du système public de santé du Québec, quelle est la pertinence de certaines formes de partenariat qui ont été mentionnées au cours des consultations (ex. : l'ouverture de « mégacliniques » privées, l'impartition de services périphériques, la possibilité pour ceux qui peuvent payer d'accéder à des services plus rapides, etc.) ? Quelles sont les options représentant des pistes envisageables et utiles à l'atteinte des objectifs du système public de santé et de services sociaux ?

Dans le but d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations, le groupe de travail s'est donné trois angles de recherche pour la poursuite de ses travaux :

- 1) mesurer la présence du privé dans la santé au Québec, expliquer son évolution et en évaluer les implications pour le système public de santé ;
- 2) décrire les principales formes de relations existant entre le public et le privé au Québec et brosser un aperçu des grands changements qui touchent les systèmes de santé à l'étranger et, dans l'adaptation à ces changements, de la place accordée au privé ;
- 3) dégager des orientations et des pistes de collaboration entre le public et le privé susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population.

Le contenu du rapport

Le présent rapport comprend trois chapitres qui portent les titres suivants :

- chapitre 1, *La présence du privé dans la santé au Québec : description sommaire* ;
- chapitre 2, *La coexistence du public et du privé dans la santé et les services sociaux : des principes à maintenir, des contributions à intégrer* ;
- chapitre 3, *Une nouvelle conjonction public-privé pour la santé au Québec : des orientations à privilégier, des avenues à explorer*.

On trouvera quatre annexes portant respectivement sur : 1) la formulation détaillée du mandat du groupe de travail ; 2) la liste des groupes rencontrés en consultation ; 3) la définition des dépenses de santé selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ; 4) les principales statistiques utilisées.

Une synthèse des principaux constats a été faite ainsi qu'une liste des recommandations du groupe de travail qu'on pourra trouver dans le document *Constats et recommandations sur les pistes à explorer*. Le document intitulé *La présence du privé dans la santé au Québec : portrait détaillé de la situation* fait également partie du rapport.

Toute erreur pouvant subsister dans le présent rapport relève de l'entière responsabilité du groupe de travail. De même, les réflexions et les conclusions exprimées ne peuvent être interprétées comme étant celles du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

CHAPITRE 1

La présence du privé dans la
santé au Québec :

description sommaire de la
situation

A fin d'être en mesure de porter un jugement sur la nature et l'évolution des dépenses de santé financées par le secteur privé au cours des dix dernières années, le groupe de travail a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux de faire effectuer une analyse portant sur les données disponibles les plus récentes. Cette étude répond à quatre grandes questions posées par le groupe de travail :

- 1) Comment en sommes-nous arrivés à une part des dépenses privées supérieure à 30 % des dépenses totales de santé ?
- 2) Y a-t-il eu substitution des dépenses publiques par des dépenses privées de santé portant atteinte à certaines caractéristiques fondamentales du système public ?
- 3) Pourquoi la part relative des dépenses privées de santé a-t-elle augmenté plus rapidement au Québec qu'au Canada au cours des dernières années ?
- 4) Comment se compare le Québec avec les autres provinces canadiennes et certains pays ?

De façon sommaire, les dépenses publiques de santé incluent les paiements directs effectués par le gouvernement du Québec, par le gouvernement fédéral³ et par les administrations municipales de même que par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Les dépenses privées incluent principalement les sommes déboursées par les particuliers et par les assureurs privés. On trouvera la version complète de cette analyse dans le document de travail intitulé *La présence du privé dans la santé au Québec : état détaillé de la situation*.

3. Les dépenses directes de santé effectuées par le gouvernement fédéral ne comprennent pas les montants versés aux provinces à titre de transfert pour la santé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. On trouvera un résumé de la définition des dépenses de santé à l'annexe 3.

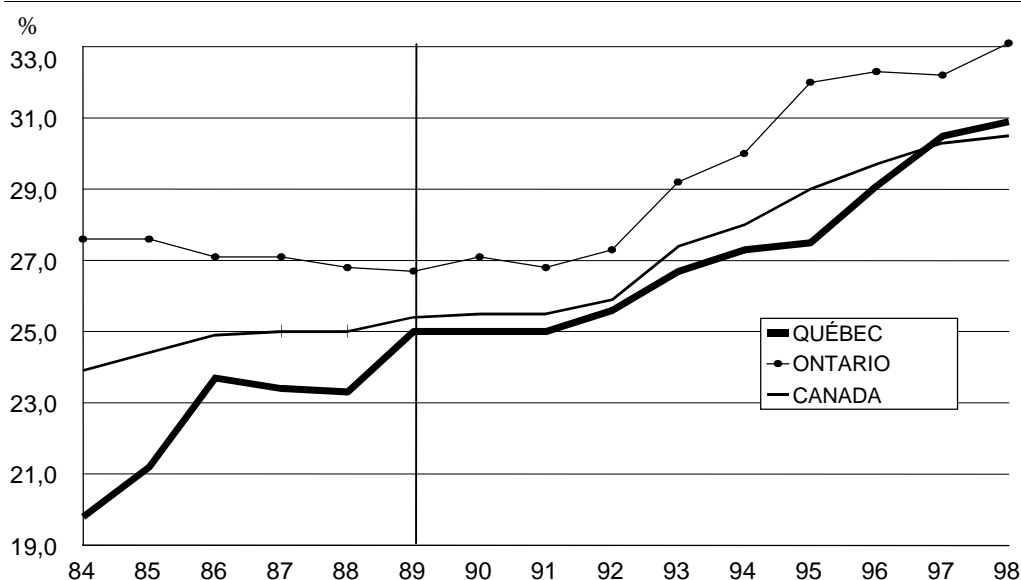
1.1 Comment en sommes-nous arrivés à une part relative des dépenses privées supérieure à 30 % ?

1.1.1 La part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec a considérablement augmenté depuis 1991

En 1998, les dépenses privées représentaient 30,9 %⁴ des dépenses totales de santé au Québec. Dix ans plus tôt, en 1989, cette part était de 25 %.

GRAPHIQUE 1

PARTS DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, EN ONTARIO ET AU CANADA DE 1984 À 1998



* Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Note : L'analyse présentée dans le présent chapitre porte sur la période de 1989 à 1998, tel que le spécifie notre mandat.

La part des dépenses privées de santé au Québec a rejoint la moyenne canadienne

Ce bond de 5,9 points de pourcentage représente la troisième hausse la plus élevée au Canada depuis 1989, après celle observée en Alberta (+ 6,5 points) et en Ontario (+ 6,4 points). Bien qu'augmentant plus rapidement que la plupart des autres provinces, la part relative des dépenses privées de santé au Québec demeure, en 1998, inférieure à celle de l'Ontario (33,1 %). Cette tendance à la hausse de la part des dépenses privées de santé se poursuit au Québec et au Canada depuis le milieu des années 80.

4. Ce pourcentage diffère de celui de 32,2 % établi pour 1997 et rendu public au cours de l'année 1998, du fait qu'il repose sur des données plus récentes de l'ICIS (nov. 1998) et sur des ajustements apportés par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but d'exclure des éléments de dépenses relevant du volet social de sa mission.

1.1.2 La cause : un freinage plus marqué de la croissance des dépenses publiques que des dépenses privées

Après avoir connu une évolution pratiquement identique à celle des dépenses privées de santé de 1989 à 1991, les dépenses **publiques**, si on considère la période de 1991 à 1998, ont ralenti d'environ 9/10 leur rythme de croissance, celui-ci passant en moyenne de 9,4 % à 0,7 % annuellement.

TABLEAU 1

TAUX MOYEN DE CROISSANCE ANNUELLE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC POUR LES PÉRIODES DE 1989 À 1991 ET DE 1991 À 1998

	1989-1998	1989-1991	1991-1998	Ralentissement 1991-1998/1989-1991 (en points de pourcentage)
Dépenses publiques	2,5 %	9,4 %	0,7 %	- 8,7
Dépenses privées	6,0 %	9,5 %	5,0 %	- 4,5
DÉPENSES TOTALES	3,5 %	9,5 %	1,8 %	- 7,7

* Sources : MSSS, ICIS.

Pendant ce temps, les dépenses **privées** de santé **réduisaient** leur rythme d'évolution d'environ la moitié, rétrogradant de 9,5 % à 5 % annuellement.

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.

Le freinage des dépenses publiques résulte des efforts de restriction budgétaire demandés par les gouvernements

Le plafonnement des dépenses publiques de santé a fait suite aux coupures des transferts fédéraux au Québec et aux restrictions budgétaires adoptées par le gouvernement

De 1982-1983 à 1998-1999, les coupures faites dans les transferts fédéraux pour la santé ont totalisé cumulativement 16 milliards de dollars, soit près des deux tiers des réductions des transferts fédéraux au Québec (voir tableau 2). Pour la seule période de 1995-1996 à 1998-1999, le manque à gagner dans la santé s'est élevé pour le Québec à 8,2 milliards. Les mesures de rationalisation appliquées par le gouvernement dans la santé au cours des dernières années ont fait suite aux coupures dans les transferts fédéraux au Québec.

Des décisions prises par les gouvernements, à savoir, les coupures des transferts fédéraux au Québec et les restrictions budgétaires adoptées par celui-ci sont donc à l'origine du ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé au cours des années 90.

TABLEAU 2

COUPURES DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX AU QUÉBEC DEPUIS 1982-1983 — PÉRIODE ALLANT DE 1995-1996 À 1998-1999 — SANTÉ ET ENSEMBLE DES TRANSFERTS
(en milliards de dollars)

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Cumulatifs	
					1995-1996 1998-1999	1982-1983 1998-1999
Santé	1,4	2,0	2,3	2,5	8,2	16,0
Ensemble des transferts	2,2	3,2	4,0	4,4	13,8	26,1

* Sources : ministère des Finances du Québec, *Budget 1998-1999*, annexe 3.3.

Le freinage des dépenses privées de santé résulte de la conjoncture économique et des choix des consommateurs

Parallèlement au freinage des dépenses publiques au cours des années 90, il n'y a pas eu d'accélération de la croissance des dépenses privées de santé. L'évolution des dépenses privées paraît avoir été indépendante de celle des dépenses publiques de santé.

La littérature économique et les données observables pour le Québec montrent que l'évolution globale des dépenses privées de santé résulte essentiellement d'un « effet de richesse ». La croissance tendancielle des dépenses privées de santé est très fortement liée statistiquement⁵ à l'accroissement de la richesse des individus et de la collectivité.

Grandement sensibles à la conjoncture économique, la récession économique de la fin des années 80 et du début des années 90 et les choix des consommateurs de reporter des dépenses de santé considérées comme non prioritaires paraissent à l'origine du ralentissement de la croissance des dépenses privées de santé au cours des années 90.

L'évolution des prix : un rôle déterminant

Au cours des années 90, le ralentissement de la hausse des prix peut expliquer à lui seul 50 % du freinage des dépenses publiques et 90 % du ralentissement des dépenses privées de santé. Une grande part de l'impact du freinage des dépenses publiques et des dépenses privées de santé, au cours des années 90, découle donc non pas de variations dans le volume réel des services utilisés, mais des variations dans l'évolution des « prix unitaires » (incluant le prix unitaire des biens utilisés ainsi que les divers taux de rémunération).

5. Environ 99 % des variations dans les dépenses privées de santé par habitant du Québec, de 1975 à 1996, s'expliquent statistiquement par les variations dans le PIB par habitant. Le même phénomène a également été observé dans l'ensemble du Canada.

1.1.3 Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé

La hausse de **5,9** points de pourcentage de la part des dépenses privées, soit de 25,0 % en 1989 à 30,9 % en 1998, par rapport aux dépenses totales de santé du Québec (publiques et privées) peut s'expliquer (voir tableau 3) :

- par une augmentation brute de **12,5** points de pourcentage, due exclusivement à l'effet du ralentissement des dépenses publiques de santé, à compter de 1991...
 - dont **6,4** points de pourcentage peuvent être mis sur le compte des mesures de stabilisation des salaires appliquées par le gouvernement en vue d'atteindre l'objectif d'assainissement des finances publiques...
 - et **5,6** points sur le compte d'un ralentissement dans la croissance réelle des dépenses publiques de santé (dégonflée de l'évolution des prix).

Ce ralentissement témoigne de l'amélioration de la productivité des services au cours de la dernière décennie, découlant de la réorganisation du réseau des établissements publics. Il peut également s'expliquer, de façon secondaire, par un transfert de certaines dépenses de santé au volet des dépenses sociales du réseau dans le cadre du virage ambulatoire (ex. : les services de maintien à domicile)...
- ainsi que **0,5** point attribuable à la restructuration de certains services complémentaires de santé au cours des années 90 (essentiellement, la mise en place du régime d'assurance médicaments) ;
- par une diminution de **5** points de pourcentage attribuable exclusivement à l'effet de ralentissement des dépenses privées de santé. L'essentiel de cet impact, soit 4,6 points, s'explique par le ralentissement de l'évolution des prix, le solde s'expliquant par un léger ralentissement dans l'utilisation réelle des dépenses privées de santé au cours de cette période.
- par une baisse résiduelle de **1,5** point de pourcentage, attribuable à l'interaction des différents facteurs.

En résumé, la hausse de la part relative des dépenses privées dans les dépenses totales de santé, au cours des années 90, ne résulte pas **globalement** d'une accélération du niveau des dépenses privées et d'un mouvement de substitution par elles des dépenses publiques de santé. Elle résulte essentiellement du fait que les dépenses publiques de santé ont ralenti brusquement leur croissance à compter de 1992, sous l'effet des mesures de stabilisation appliquées par le gouvernement dans ses politiques de rémunération, et des économies réalisées par le réseau par ses réorganisations. Pour sa part, la croissance réelle des dépenses privées de santé, en dollars constants, a ralenti au cours des années 90 par rapport aux années 80.

TABLEAU 3

**EXPLICATION DE L'AUGMENTATION DE LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES
DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1989 À 1998**
(en points de pourcentage)

	Impact partiel
Ralentissement des dépenses publiques	+ 12,5
Effet du contrôle des prix et des salaires lié aux mesures d'assainissement des finances publiques	+ 6,4
Effet du ralentissement des dépenses réelles lié à la réorganisation du réseau (productivité)	+ 5,6
Effet lié à la restructuration de services (ex : mise en place du régime d'assurance-médicaments)	+ 0,5
Ralentissement des dépenses privées	- 5,0
Effet de la déflation des prix	- 4,6
Effet du ralentissement des dépenses réelles	- 0,4
Interaction des facteurs	- 1,6
IMPACT TOTAL	+ 5,9

* Sources : MSSS, ICIS.

1.2 Y a-t-il eu substitution des dépenses publiques de santé par des dépenses privées?

Les médecins du Québec ne peuvent offrir des services assurés sur le marché qu'à la condition de se désengager entièrement de leur participation au régime public. Pour leur part, les assureurs privés ne peuvent offrir des assurances couvrant des services médicaux ou hospitaliers déjà assurés par le régime public. Ces caractéristiques inhérentes au régime public de santé, conjointement aux contraintes extérieures des marchés (ex. : prix élevés par rapport à la distribution des revenus), constituent des mécanismes très puissants qui anéantissent pratiquement toute possibilité de développement d'un véritable système privé de services médicaux et hospitaliers parallèle au Québec et au Canada.

Aussi observe-t-on que, entre 1989 et 1998, l'augmentation de la part relative des dépenses privées de santé ne trouve pas sa source dans les catégories de services financés de façon prédominante par les programmes publics, mais essentiellement dans les catégories de dépenses relevant surtout de la responsabilité des particuliers, telles que la fréquentation d'établissements autres que les hôpitaux, l'achat de médicaments et la consultation d'autres professionnels que les médecins.

TABLEAU 4

PART DES DÉPENSES PRIVÉES ET PUBLIQUES DE SANTÉ PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES — 1989 ET 1998

	1989		1998		Écart pour le privé (en points de pourcentage)
	Public	Privé	Public	Privé	
Services médicaux	99,1 %	0,9 %	98,9 %	1,1 %	+ 0,2
Hôpitaux	91,4 %	8,6 %	90,2 %	9,8 %	+ 1,2
Immobilisations	93,6 %	6,4 %	92,9 %	7,1 %	+ 0,7
Autres dépenses	84,4 %	15,6 %	76,9 %	23,1 %	+ 7,5
Autres établissements	71,9 %	28,1 %	59,9 %	40,1 %	+12,0
Médicaments	30,7 %	69,3 %	28,4 %	71,6 %	+ 2,3
Autres professionnels	16,5 %	83,5 %	12,5 %	87,5 %	+ 4,0
TOTAL	75,0 %	25,0 %	69,1 %	30,9 %	+ 5,9

* Sources : MSSS, ICIS.

Si la raison de ces augmentations réside globalement dans le freinage plus marqué des dépenses publiques que des dépenses privées, leur interprétation plus précise est cependant hasardeuse. Ne disposant pas d'indices des prix pour les différentes catégories de dépenses, on ignore dans quelle mesure l'augmentation des taux par catégorie de dépenses est imputable à l'évolution des prix ou du volume des services. Sur la base de la répartition des seules dépenses privées dans les différentes catégories de dépenses (et non de la répartition des dépenses totales entre public et privé comme précédemment), on peut cependant dégager les observations suivantes (voir le graphique 2).

Services médicaux — Aucun service médical n'a cessé d'être assuré au Québec au cours de la dernière décennie. La part des montants consacrés par les particuliers pour des services médicaux a diminué, passant de 0,5 % en 1989 à 0,4 % en 1998. L'offre de services médicaux privés demeure également très marginale. On ne dénombre que 36 médecins spécialistes et 11 médecins omnipraticiens non participants ou désengagés du régime d'assurance maladie du Québec en 1998, soit 9 de plus qu'en 1989. Cette augmentation ne touche que l'ophtalmologie et la chirurgie plastique⁶.

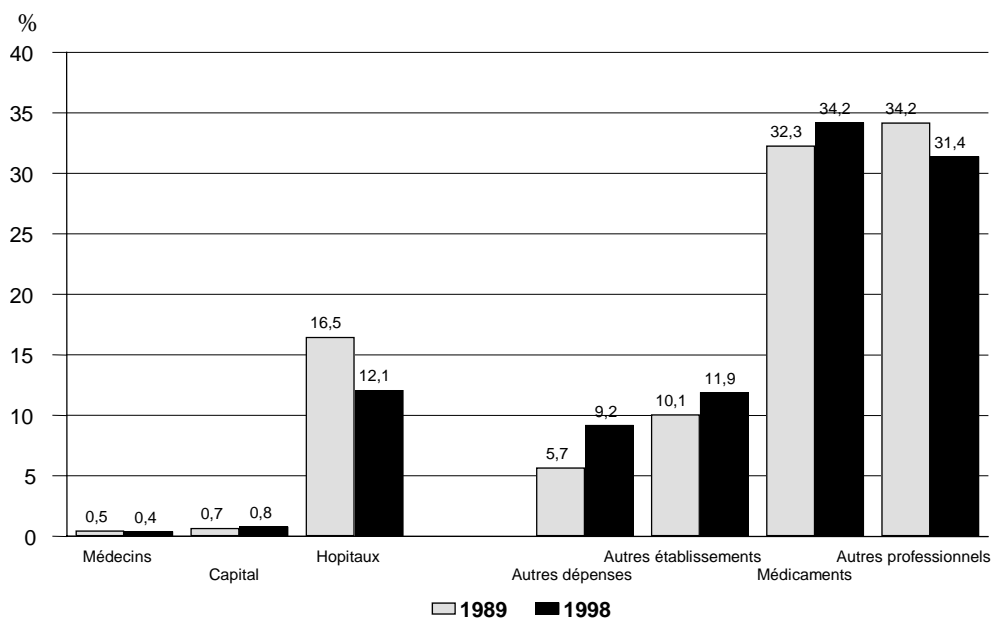
Services hospitaliers — La part du montant des dépenses privées de santé versées à des hôpitaux est passée de 16,5 % en 1989 à 12,1 % en 1998. À la suite de majorations des prix au cours des années 90, les revenus obtenus du supplément demandé pour les chambres privées et semi-privées des hôpitaux ont fortement diminué en raison d'une baisse sensible de la demande de la part des patients. La réduction du nombre de lits

6. Un médecin « non participant » est un médecin qui exerce sa profession en dehors du régime d'assurance maladie du Québec et qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente avec les médecins spécialistes ou omnipraticiens. Tous ses patients doivent en conséquence assumer seuls le paiement des honoraires. Un médecin désengagé accepte pour sa part d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et le montant de ses honoraires est payé à ses patients par la RAMQ.

attribuable au virage ambulatoire a également pu contribuer à la réduction des revenus autonomes des établissements.

GRAPHIQUE 2

RÉPARTITION DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC
PAR TYPE DE DÉPENSES — 1989 ET 1998



* Sources : MSSS, ICIS.

« **Autres dépenses** » — L'augmentation de 5,7 % en 1989 à 9,2 % en 1998 de l'importance des autres dépenses privées peut être imputée à des augmentations de primes d'assurance privée et des frais connexes d'administration ainsi que des dépenses de recherche, d'achat de différents appareils, etc.

« **Autres établissements** » — La part des dépenses privées de santé dans les « autres établissements » s'est accrue, passant de 10,1 % en 1989 à 11,9 % en 1998. Cette augmentation paraît résulter d'une utilisation accrue de services de santé non assurés dans des résidences privées d'hébergement, notamment par des personnes âgées non admissibles dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces dépenses relèvent de choix individuels. Pour les personnes hébergées dans les résidences privées, les services médicaux et hospitaliers universels sont toujours assurés sans contribution des usagers, comme pour l'ensemble de la population.

Médicaments — La part des dépenses privées consacrées aux médicaments a augmenté, passant de 32,3 % en 1989 à 34,2 % en 1998. Cette augmentation peut être imputable en partie aux hausses importantes du prix des médicaments et en partie à l'augmentation des contributions pour les services pharmaceutiques, qui ont totalisé cumulativement au cours des dix dernières années environ 220 millions de dollars (au tarif de 2 \$ par prescription en 1992 et compte tenu de l'introduction de primes et de tarifs à la mise en place du régime d'assurance médicaments en 1997).

« **Autres professionnels** » — Pour répondre au besoin du gouvernement d'assainir les finances publiques, certains services complémentaires, comme les services dentaires pour enfants et les services d'optométrie, ont cessé d'être assurés au cours des années 90, ce qui représente un montant d'environ 85 millions de dollars. Néanmoins, la part des dépenses privées consacrées à l'ensemble des services d'autres professionnels que les médecins a diminué, passant de 34,2 % du total des dépenses en 1989 à 31,4 % en 1998. De façon générale, les Québécois tendent moins à faire appel aux services des autres professionnels que les autres Canadiens. On note cependant que divers autres services professionnels, qui incluent des services dits alternatifs (chiropraxie, massothérapie, osthéopathie, naturopathie, etc.), pourraient être en progression rapide au Québec, comme ils le sont ailleurs au Canada.

En résumé, les augmentations des dépenses privées de santé selon les différentes catégories de dépenses, au cours des années 90, proviennent essentiellement de la hausse des dépenses pour des services non couverts par le régime public de santé, à laquelle se sont ajoutées les hausses successives des tarifs et des contributions demandées par le gouvernement pour certains services. Ces dernières ne portaient pas sur des services « médicalement requis », mais sur des services pour lesquels les ajustements tarifaires font partie inhérente de la formule de financement. On peut donc considérer qu'elles exprimaient non pas un désengagement de l'État ou une privatisation du système, mais une restructuration du financement des programmes publics de santé. La volonté de procéder à une telle restructuration avait été annoncée par le gouvernement à la suite de la Commission parlementaire sur le financement de la santé et des services sociaux en février 1992.

L'examen des différentes catégories de dépenses ne permet donc pas de conclure à l'existence d'une substitution des dépenses publiques de santé par des dépenses privées influant sur les principes fondamentaux du régime public de santé du Québec.

1.3 Pourquoi la part des dépenses privées de santé a-t-elle crû plus rapidement au Québec qu'au Canada ?

À la suite de la mise en place des régimes universels d'assurance hospitalisation au début des années 60 et d'assurance maladie au début des années 70, la proportion des dépenses publiques de santé s'est fortement accrue dans toutes les provinces canadiennes. Pour le Québec, la part des dépenses publiques de santé fut propulsée de 27 % — **la plus faible**

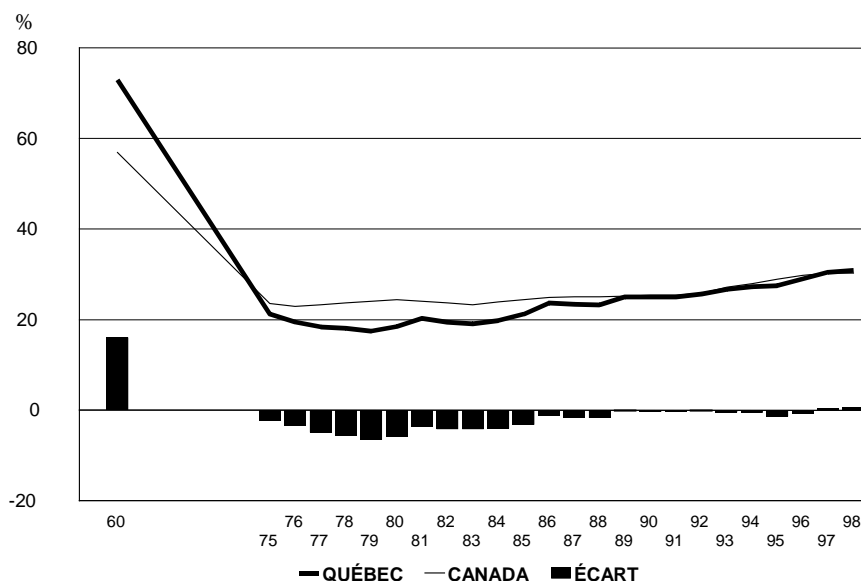
proportion parmi les provinces en 1960 — à 81,5 % en 1980, la proportion la plus élevée. La part relative des dépenses privées de santé en fut réduite d'autant.

À partir des années 80, une fois ces changements **structurels** effectués, l'importance relative des dépenses privées s'est cependant accrue de façon continue, tant au Québec qu'au Canada. Alors que les dépenses privées tendaient à s'accroître plus rapidement que le PIB, le contrôle des dépenses publiques, dans l'ensemble du Canada, s'est en effet exercé de manière à ce qu'elles n'excèdent pas l'évolution générale de l'économie.

Le fait que le Québec avait atteint, au début des années 80, un pourcentage de dépenses publiques plus élevé que celui des autres provinces, qu'il a continué plus longtemps sur sa lancée des années 60 et 70 et qu'il a commencé plus tardivement à prendre des mesures visant à rationaliser ses dépenses explique le caractère plus accentué du freinage qu'il a dû appliquer au cours des années 90. D'où l'augmentation plus rapide de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, observée au cours des dernières années.

GRAPHIQUE 3

ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA — 1960 ET DE 1975 À 1998



Sources : MSSS, ICIS.

Vue dans une plus large perspective, la croissance plus rapide de la part relative des dépenses privées au Québec au cours des dernières années s'explique donc essentiellement par une évolution du régime public de santé du Québec non synchronisée avec celle du reste du Canada. Elle exprime un mouvement de « retour du balancier » vers une position plus comparable à la moyenne canadienne.

1.4 Comment se compare le Québec avec les autres provinces et certains pays ?

La place accordée au secteur privé dans les dépenses de santé au Québec apparaît modérée lorsqu'on le compare avec le Canada ou d'autres pays. Ainsi, les dépenses privées de santé par habitant du Québec sont en 1998 de 9,2 % inférieures à celles au Canada. Elles représentent 2,8 % du PIB, soit une proportion égale à celle de l'ensemble des Canadiens, ce qui reflète la richesse relative des Québécois.

La place accordée au privé au Québec se compare à celle de certains pays industrialisés qui, tout en accordant une forte prépondérance au financement public, accordent une place complémentaire relativement importante au financement privé. Le Québec se démarque toutefois des États-Unis à un extrême et d'un groupe de pays faisant relativement peu appel au financement privé pour leurs services de santé à l'autre extrême, au premier rang desquels se place le Royaume-Uni. On doit cependant tenir compte que ces pays ont des systèmes de santé non comparables à celui du Québec.

En 1998, les dépenses publiques de santé **par habitant** du Québec s'élevaient à 1 608 \$, soit 11,7 % de moins qu'au Canada, alors que cet écart était de 9 % en 1990. Cet écart accru dans les dépenses par habitant paraît refléter principalement des écarts sur le plan de la rémunération, alors que le Québec dispose d'un nombre de médecins, de personnels et de lits proportionnellement comparable ou supérieur à la moyenne canadienne. Il peut également refléter en partie des dépenses inférieures pour le parc d'équipements technologiques. Pour leur part, les dépenses publiques de santé au Québec, **par rapport au PIB**, représentaient une part comparable à celle du Canada (6,3 % du PIB en 1998 et 6,9 % en 1990).

L'évolution moins rapide au Québec qu'au Canada des dépenses publiques de santé par habitant au cours des années 90 apparaît ainsi comme le résultat d'un compromis que le Québec doit continuellement faire. Cet « équilibrage » semble avoir permis de maintenir l'effort économique relatif du Québec (par rapport au PIB) à un niveau comparable et concurrentiel à celui du Canada, tout en lui permettant de maintenir sa capacité à offrir à sa population l'accessibilité financière d'une couverture sensiblement comparable à celle des autres provinces pour les services de santé. On trouvera davantage d'informations dans le document *La présence du privé dans la santé au Québec : état détaillé de la situation*.

1.5 Conclusion

Lorsqu'on porte attention à la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé, il importe de distinguer les impacts **structurels**, c'est-à-dire ceux qui découlent de la décision d'inclure ou d'exclure des services à l'intérieur des programmes publics de santé à un moment précis (ex. : mise en place du régime d'assurance maladie en 1970), des impacts **conjuncturels**, c'est-à-dire ceux qui découlent du mouvement des dépenses privées et publiques dans le temps, une fois ces décisions prises.

À long terme, **en l'absence de tout changement important dans sa configuration**, la capacité de notre système public de santé à offrir à l'ensemble des citoyens les services médicalement requis par leur état de santé, indépendamment de leur revenu, tient à sa capacité à contrôler l'évolution de ses coûts et à constamment améliorer son efficacité et son efficience. C'est là sa raison d'être.

S'il avait poursuivi sa course au rythme qui était le sien au début des années 90, on convient aujourd'hui que le système public de santé du Québec aurait pu atteindre un point susceptible de remettre en cause les principes fondamentaux qui l'animent. Cependant, la part des dépenses privées aurait diminué à moins de 20 % en 1998.

La part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé se révèle être ce qu'elle est en réalité : un résultat déterminé par de multiples facteurs, au premier rang desquels on trouve les décisions mêmes du gouvernement relativement à ses politiques de rémunération, et l'action du réseau lui-même cherchant constamment à améliorer son efficience. Il est aussi déterminé, mais de façon secondaire, par l'évolution de l'économie, des choix des consommateurs ainsi que des forces et des contraintes s'exerçant sur le marché des services privés de santé.

Le niveau de 30 % de dépenses privées de santé apparaît en conséquence n'avoir en soi rien d'absolu. De l'avis du groupe de travail, il n'existe et ne peut exister une proportion représentant une cible à atteindre ou à ne pas dépasser en cette matière.

L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec au cours des dernières années paraît essentiellement attribuable au contrôle des dépenses publiques par le gouvernement et aux gains de productivité réalisés par le réseau d'établissements, dans le cadre des réorganisations et du virage ambulatoire. En ce qui les concerne, si on exclut l'évolution des prix, les dépenses privées de santé ont ralenti leur taux de croissance réelle au cours des années 90 par rapport aux années 80. Le groupe de travail conclut que l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé ne peut être interprétée comme ayant mis en péril les grands principes fondamentaux du régime public de santé au Québec.

Ces conclusions portent uniquement sur la question du financement des dépenses. Elles ne présument pas des impacts sur les aspects liés à la qualité et à l'accessibilité des services de santé ni de ceux qui ont pu survenir en dehors du système public de santé. Pour de plus amples informations, voir les réserves présentées au chapitre 1 du document portant sur l'état détaillé de la situation.

En ce qui concerne l'avenir, le groupe de travail formule les avis suivants :

- À long terme, les dépenses privées de santé tendent à évoluer plus rapidement que l'économie, soit à environ 1,4 fois le rythme de croissance du PIB, exprimant ainsi la richesse de la population et ses préférences pour les biens et services liés à la

santé. Dans la mesure où le gouvernement s'efforcerait de maintenir une croissance des dépenses publiques de santé à un rythme inférieur ou même comparable à celui du PIB, il y aurait lieu de prévoir que le rapport des dépenses privées sur les dépenses totales de santé tendrait en conséquence à augmenter progressivement, quoique à un rythme probablement moins rapide qu'au cours des dernières années.

- Cette augmentation ne signifierait cependant pas en soi une détérioration du principe de l'accessibilité financière des services publics de santé disponibles. Compte tenu que les médecins ne peuvent offrir sur le marché des services médicaux assurés par le régime public sans s'être désengagés de toute participation au régime et que les assureurs ne peuvent assurer des services médicaux privés, le marché pour des services privés de santé porte essentiellement, à de rares exceptions près (ex. : le traitement des cataractes), sur des biens et des services autres que ceux couverts par le régime public, et non sur des services substitutifs.
- En l'absence de changements **structurels** importants du régime (ex. : abandon partiel ou total de la couverture des services médicalement requis), la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé paraît appelée à évoluer essentiellement selon l'importance des efforts de contrôle des dépenses consentis par le gouvernement, par sa politique de rémunération, et des efforts d'amélioration de l'efficacité effectués par le réseau public de services.

1.6 Perspectives

L'évolution des dernières années ne paraît pas avoir mis en péril les principes fondamentaux du système public de santé et de services sociaux du Québec, **quant à l'accessibilité financière des services publics**. Cependant, la capacité même à rendre disponibles les services nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins pourrait devenir une question de plus en plus préoccupante, au cours des prochaines années.

1.6.1 Une organisation s'approchant des limites de ses possibilités : la nécessité d'accroître ses capacités d'ajustement en réduisant des obstacles structurels

En projetant le maintien de l'organisation et des processus actuels de prestation des services, des experts évaluent à 3 ou 4 % les ajouts annuels de ressources financières qui seraient nécessaires pour faire face à la croissance anticipée des besoins de santé. Ce rythme excède le potentiel de croissance de l'économie et des revenus de l'État qui, à fiscalité constante, serait d'environ 2,5 % par année.

Par ailleurs, s'il souffre de multiples déséquilibres, le système public de santé du Québec, globalement, ne manque pas de médecins, d'infirmières, de lits et de places d'hébergement pour répondre aux besoins de ses citoyens si on le compare à celui des autres provinces. Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années. Cependant, l'évolution des nouveaux besoins et des nouvelles façons de faire est telle

que l'organisation actuelle, dont plusieurs caractéristiques sont des héritages des années 60, pourrait atteindre les limites de son potentiel si les tendances se maintiennent.

Pour conserver un accès raisonnable aux services de santé, à l'intérieur d'un financement public supportable, la voie d'un ajustement par les ressources pourrait difficilement suffire à plus ou moins long terme. Pour que les principes fondamentaux de notre régime de santé ne soient pas progressivement vidés de leur sens, une conclusion paraît s'imposer : à défaut d'accepter l'adoption de solutions de rechange privées, il faudra nécessairement en venir à réduire des obstacles structurels et une rigidité qui, de l'intérieur, limitent la capacité du système à s'ajuster rapidement aux changements.

C'est surtout dans l'organisation « hyperfragmentée » des services et du travail et aussi dans le financement des équipements technologiques, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, que se présentent, de l'avis du groupe de travail, les plus grands défis du système public de santé pour les prochaines années.

1.6.2 Des besoins d'hébergement et de services à domicile : la nécessité de nouer une nouvelle complémentarité public-privé

Les personnes âgées sont parmi les usagers prioritaires du système public de santé et de services sociaux du Québec. La population du Québec devra répondre à des besoins en forte croissance en matière d'hébergement, de soins et de services à domicile pour les personnes âgées. Bien que la partie « lourde » de ces services et de ces cas relèvera de l'État, une grande partie de la satisfaction de ces besoins incombera au secteur privé.

Dans ce contexte, le secteur public de la santé et des services sociaux fera face au défi d'ajuster la prestation de ses différents services et programmes d'aide aux personnes âgées dans le besoin. **Il faudra nécessairement, à notre avis, que s'installe également une nouvelle collaboration socialement acceptable entre le public et le privé si on veut assurer des services complémentaires et fournir une réponse globalement satisfaisante à ces nouveaux besoins.**

Un vent de changements généraux souffle actuellement sur tous les systèmes de santé, qui modifie à la fois leur environnement extérieur et leur équilibre intérieur. Ces changements, qui ne sont pas propres au Québec, nous semblent en voie de modifier rapidement les « paradigmes » sur lesquels sont fondées nos façons de faire actuelles et de rendre dépassée une bonne partie de nos manières d'organiser les services et de prodiguer des soins. Comme dans les autres systèmes de santé, c'est à l'intérieur d'une adaptation globale à ces changements que, de l'avis du groupe de travail, la question du réajustement de l'articulation du public et du privé est appelée à se poser.

CHAPITRE

La coexistence du public et du privé dans la santé et les services sociaux :

des principes à maintenir, des contributions à intégrer

2.1 Le rôle du privé : plus qu'une question financière

Doit-on cesser d'assurer certains services ou augmenter les différentes contributions financières des bénéficiaires ? Doit-on accroître le rôle des entrepreneurs privés dans la production de services secondaires ou la prestation de certains soins ? Doit-on introduire des mécanismes de compétition à l'intérieur du système public de santé ? De l'avis du groupe de travail, ces questions sont de mauvais points de départ dans les discussions entourant l'avenir de nos services sociaux et de santé.

Pour le groupe de travail, la question n'est pas en premier lieu de savoir si telle ou telle option particulière permettrait de réduire des coûts ou d'accroître des ressources financières pour faire face à la croissance anticipée des dépenses à moyen et à long terme, **à l'intérieur des modes actuels d'organisation et de production des services**. Sans doute certaines avenues proposées seraient-elles susceptibles de faire réaliser des économies intéressantes. Cependant, la question de la juste place du privé dans la santé a une portée débordant largement la seule dimension financière. Elle touche la question des principes fondamentaux du système de santé et de services sociaux : elle est donc éminemment « chargée de valeurs ». De plus, elle ne peut être isolée des questions entourant l'organisation et la prestation des services.

Comme pour les nouvelles technologies, les interfaces entre le public et le privé doivent être vues comme des moyens et non comme des fins en soi. Aussi innovatrice soit-elle, l'instauration « à la pièce » de formes de partenariat entre le public et le privé qui ne s'inscrirait pas dans une révision globale de nos façons de faire pourrait en amplifier tout autant les faiblesses que les forces. Investir dans les nouvelles technologies et réviser nos modes de collaboration avec le privé sans d'abord revoir les processus hérités du passé reviendrait à paver de vieux sentiers alors que l'avenir passe par l'autoroute. Agir ainsi pourrait mener simplement à faire plus efficacement les mauvaises choses, au mauvais endroit, au mauvais moment ou par les personnes inappropriées.

Pour le groupe de travail, statuer sur le **comment** n'est donc pas la première préoccupation. C'est en tant que **moyen**, conjointement à d'autres, dans une perspective générale et non comme geste isolé que devrait à notre avis être abordé l'examen de certaines avenues particulières. Aussi, le présent chapitre resitue la question des rapports entre le public et le privé dans une perspective beaucoup plus large ; celle, d'abord, de la conjonction de l'ensemble des forces, publiques et privées, que s'est données la société Québécoise pour répondre à l'ensemble de ses besoins ; ensuite, la perspective des grands changements qui marqueront l'avenir de la santé et des services sociaux, et de la place accordée au privé dans l'adaptation globale à ces changements, à la lumière de l'expérience internationale. Dans cette optique, ce chapitre comporte trois sections :

- la conjonction du public et du privé dans la santé et les services sociaux au Québec ;
- les vents de changement qui soufflent sur les systèmes de santé ;
- l'expérience internationale : des stratégies d'adaptation à double volet.

2.2 La conjonction du public et du privé dans la santé et les services sociaux au Québec

2.2.1 Un système public à une vitesse en synergie avec le privé

Depuis plus de trente ans, le Québec s'est doté d'une imposante organisation au service de la santé des citoyens. Pour le groupe de travail, on ne se trompe pas lorsqu'on affirme que notre système public de santé joue et doit jouer un rôle dominant et indispensable dans l'amélioration de la santé des Québécois. Il est juste également d'affirmer que le principe de la solidarité collective est son essence même. On se tromperait cependant en considérant que cette réalité est toute la réalité.

On s'entend à reconnaître que la santé est le miroir d'une société et qu'elle reflète le degré de développement de sa population. La santé résulte de l'engagement non pas d'une seule, mais de toutes ses composantes dans le bien-être de ses membres.

Aujourd'hui, sur le plan international, on réalise que la simple distinction entre privé et public n'a jamais décrit de façon satisfaisante la diversité des arrangements existants dans aucun pays. Les conceptions bipolaires simplificatrices qui ont cours sont souvent perçues comme menant à des débats stériles sur les relations entre le public et le privé dans la santé. Le groupe de travail s'entend à dire que ces conceptions telles qu'elles sont formulées freinent la mise en place de mesures qui mettraient ces deux secteurs en synergie pour mieux répondre aux besoins de la population.

Au Québec comme ailleurs, on réalise que notre système de santé n'a jamais été une entité purement publique et qu'il fait appel à des contributions privées importantes. Il n'existe cependant aucune description cohérente des relations entre le public et le privé dans la santé et les services sociaux, permettant d'asseoir les discussions sur des bases communes. À notre avis, nous pourrions difficilement comprendre cette conjonction du public et du privé sans considérer parallèlement deux grandes dimensions qui paraissent la constituer :

- les **principes** et les finalités sous-jacents aux interventions des différents acteurs ;
- les **arrangements** concrets par lesquels s'intègrent les interventions du public et du privé dans la santé et les services sociaux au Québec.

2.2.2 Une diversité d'acteurs et de principes, une œuvre convergente

Une des vues simplificatrices qu'il importe de dissiper est l'identification sans nuances du collectif avec l'État et le seul principe d'universalité, d'une part, et l'identification du privé avec les mécanismes du marché et le seul principe du pur profit, d'autre part.

Sur le plan international, cherchant à dépasser la dichotomie « public-privé », on parle aujourd'hui « d'économie mixte » de la santé. On distingue de plus en plus, à l'intérieur du secteur privé, un sous-secteur sans but lucratif ou à vocation communautaire, dont le rôle paraît être intermédiaire entre celui du secteur privé à but lucratif traditionnel et celui du secteur public. Il semble donc utile de distinguer trois grands types d'acteurs dans la santé et les services sociaux au Québec : le réseau public des établissements, les particuliers et différents types d'organismes sans but lucratif, et enfin les professionnels en pratique autonome et les entreprises privées à but lucratif. De façon sommaire, leurs interventions paraissent essentiellement fondées sur les principes d'action suivants.

Principes sous-jacents aux interventions privées à but lucratif

L'entrepreneurship, l'innovation et la compétition — Les équipements de haute technologie et les connaissances scientifiques dont se servent nos médecins, les solutions, médicaments et fournitures utilisés par nos infirmières, les appareils dont se servent nos techniciens, et les prothèses et orthèses ajustées par nos professionnels, bref, pratiquement la totalité des moyens utilisés dans notre système public de santé sont le fruit de l'activité du secteur privé. En tant que telle, la finalité de ce secteur n'est pas d'offrir des services de santé universels. Il ne paraît cependant pas exagéré de dire que, sans l'ingéniosité et la créativité du secteur privé, nous n'aurions simplement pas de régime public de santé aujourd'hui.

L'entrepreneurship, l'innovation et la réussite sont à la base de l'engagement de l'entreprise privée. La contribution du privé est et demeurera essentielle pour assurer une source constante de nouvelles connaissances, de nouvelles technologies et de nouveaux produits, permettant au régime public de santé de répondre à l'évolution des besoins avec des services toujours plus efficaces, plus rapides et plus efficaces.

Alors qu'il continuera à faire face à une croissance des besoins de la population avec des ressources limitées, notre régime public de santé et de services sociaux devra pouvoir compter sur la contribution d'entreprises privées efficaces qui pourront soutenir ses efforts, en particulier dans la mise en place et le fonctionnement de réseaux intégrés de services. Par ailleurs, alors que la population est en voie de trouver à certains besoins des solutions offertes sur le marché (ex. : hébergement et services d'aide domestique), il devient important que certaines activités du privé soient davantage coordonnées et réglementées.

L'intérêt professionnel et la collaboration à une œuvre commune — Les médecins, ainsi que certains professionnels de la santé, dispensent des services publics assurés à

titre autonome. Des cliniques médicales et des centres d'accueil privés fournissent également des services assurés à la population, dans le cadre de conventions et en partenariat avec les autorités publiques.

Bien que l'intérêt économique soit une condition de leurs activités, on aurait tort de considérer que celui-ci soit leur seule et unique motivation. Rappelons que, au total, près de 230 000 personnes trouvent en totalité ou en partie leur gagne-pain dans le réseau public : salariés et gestionnaires, mais aussi médecins et autres professionnels autonomes. La reconnaissance professionnelle et la collaboration à une œuvre commune importante sont des valeurs que les partenaires privés ne sont pas sans partager avec les employés du réseau public. Sans ces valeurs, notre système de santé et de services sociaux ne pourrait offrir aux citoyens les services de qualité auxquels ils ont droit.

Principes sous-jacents aux interventions privées sans but lucratif

L'autonomie et la responsabilité individuelle — Avant l'instauration des programmes publics, les Québécois devaient compter sur leurs propres moyens pour préserver leur santé en produisant eux-mêmes ou en se procurant les biens et services nécessaires. Ils devaient pouvoir compter sur leur famille et sur leurs proches en cas de besoin et étaient responsables de leur santé et de leur bien-être. À la suite du développement des connaissances et de la mise en place de notre régime, ils ont progressivement confié une partie de leur autonomie et de ces responsabilités au réseau des établissements et aux médecins qui jouent ainsi un rôle « d'agent » pour leurs patients.

Alors que l'amélioration de la santé et du bien-être dépend de plus en plus de facteurs relevant de choix individuels (ex. : habitudes de vie, comportements sociaux, etc.), et alors que l'évolution des nouvelles technologies est en voie de leur redonner une capacité de décider pour eux-mêmes et d'agir par eux-mêmes, l'autonomie et la responsabilité sont appelées à revenir à l'avant-scène de la recherche de meilleurs résultats de santé et de bien-être. Il importe cependant que les personnes soient bien conseillées et informées afin qu'elles puissent assumer cette autonomie dans un sens favorable à leur santé et à leur bien-être.

L'entraide, le service à la communauté et la prise en charge du milieu — Venir en aide à des gens dans le besoin dans la communauté est l'une des traditions les plus enracinées dans notre société. Au Québec, quelque 400 000 personnes œuvrent actuellement dans des organismes communautaires de santé et de services sociaux, consacrant environ trente millions d'heures de leur temps à des occupations bénévoles. Des entreprises sans but lucratif, des clubs sociaux et de multiples œuvres de charité s'activent généreusement à réunir des fonds, à financer la recherche et des équipements, et à offrir gîte, couvert et soutien à des personnes affectées par certaines maladies ou par certains problèmes sociaux. L'apport remarquable des bénévoles et des fondations mérite d'être souligné, car il témoigne de l'engagement du milieu dans le soutien de leur hôpital et des malades de la communauté. Par ailleurs, on assiste de plus en plus à l'expansion

d'entreprises coopératives et d'entreprises d'économie sociale issues d'initiatives locales, principalement dans le domaine de l'hébergement et des services à domicile.

Ces interventions ont ceci en commun qu'elles existent en dehors du système public. Elles reposent sur l'engagement autonome et librement consenti de leurs membres. Elles expriment une volonté de prise en charge par le milieu de besoins du milieu, qui ne sont satisfaits ni par les programmes publics ni par le marché. Cette action s'inscrit dans une perspective de réappropriation du pouvoir des personnes sur leur vie et leur dignité, et du pouvoir des communautés sur le bien-être de **certains** groupes ou la résolution de **certains** problèmes. Bien que collective et sujette à un processus démocratique, cette action n'a pas une portée universelle. Bien que privées, du fait que ces entreprises relèvent de l'initiative de personnes et de groupes particuliers, elles ne visent pas le profit, mais le bien-être de la communauté⁸.

Alors que les besoins augmentent dans la communauté, la contribution de tous ceux qui se dévouent, animés par des principes d'entraide, de service à la communauté et de prise en charge, est et demeurera essentielle pour compléter celle de notre système public de santé. Il importe cependant, dans le respect de leur autonomie, que ces actions soient soutenues et coordonnées avec celles du réseau.

Principes sous-jacents aux interventions publiques

La régulation du privé et le contrôle de la qualité et de la compétence — Alors qu'une partie importante des besoins de la population trouve réponse sur le marché, l'État intervient afin de s'assurer que l'activité privée soit conforme à l'intérêt public de même qu'aux règles de la sécurité, au respect des droits des consommateurs et à l'atteinte de standards de qualité socialement acceptables. En sont des exemples les mesures de la loi sur le tabac, la pasteurisation du lait, l'inspection des aliments dans les restaurants, l'imposition de normes du bâtiment pour les centres d'accueil privés, le contrôle de l'équipement spécialisé dans les cliniques privées, l'encadrement des ordres professionnels, etc.

La priorité sociale accordée à la santé de certains groupes particuliers — Pour diverses raisons, l'État accorde à la protection de la santé de certains groupes une priorité collective. Par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il a imposé la mise sur pied d'un régime financé par les employeurs afin de protéger les travailleurs des risques financiers et des conséquences d'accidents en milieu de travail⁹. Il s'est également assuré que les accidentés de la route soient protégés et a fait en sorte

8. Mentionnons que les entreprises sans but lucratif peuvent chercher à dégager des surplus. Ces surplus doivent cependant servir à la mise en œuvre de nouvelles activités communautaires ou sont retournés à leurs membres, et non à des actionnaires.

9. Signalons que, par la même occasion, la mise sur pied de ce régime avait comme avantage, sur le plan économique, de protéger les entreprises des risques financiers pouvant découler de recours devant les tribunaux faisant suite à des accidents en milieu de travail.

que ceux qui utilisent les transports routiers contribuent de façon équitable au coût des traitements découlant d'accidents par sa Loi sur l'assurance automobile du Québec. Par ailleurs, les « programmes complémentaires de santé » accordent à des groupes ciblés l'accès à certains biens et services médicalement non requis selon le régime de santé universel (ex. : services dentaires pour enfants, services d'optométrie pour personnes âgées, orthèses et prothèses pour les personnes handicapées, etc.). La mise en place du régime général d'assurance médicaments visait à accorder un accès raisonnable aux médicaments à 1,5 million de personnes qui n'étaient pas assurées, tout en réduisant les dépenses de l'État. Certains services liés à la planification familiale sont, pour des raisons également sociales, couverts par l'assurance maladie du Québec. Les services de maintien à domicile s'adressent à des personnes ayant besoin de renfort à la maison, afin d'éviter une institutionnalisation ou une hospitalisation prolongée. Enfin, le programme de soins de longue durée cible particulièrement les personnes très âgées en perte d'autonomie et ayant besoin de soins journaliers considérables.

L'assistance envers des personnes démunies, vulnérables ou en danger — Les programmes sociaux de protection contre la violence, d'intégration et de réadaptation sociales constituent essentiellement des **interventions** de l'État auprès de personnes en situation de détresse et de dépendance sociale davantage que des **services** offerts à la demande des citoyens. Bien que tous les citoyens puissent bénéficier de ces interventions, elles s'adressent à des personnes vivant des situations critiques de leur vie, selon des modalités définies par les programmes et les pratiques propres à ces interventions. Dans leur finalité, elles paraissent donc relever non pas tant d'un principe de droit du citoyen à l'utilisation de services universels, à l'instar des grands régimes publics **d'assurance santé**, que du principe de l'obligation morale de l'État de venir en **assistance** aux personnes les plus socialement vulnérables. Ces interventions visent à permettre à ces personnes de protéger ou de restaurer leur intégrité psychosociale, de sorte qu'elles puissent exercer leur condition de citoyen de façon libre, pleine et entière.

La citoyenneté et l'égalité des chances — Les services médicaux et hospitaliers, par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, sont les seuls que l'ensemble de la société se donne au bénéfice de tous ses membres, sans condition liée à la situation financière, de façon véritablement universelle. Cette situation est pratiquement unique : elle découle du choix de notre société de se donner un projet commun qui rallie l'ensemble des citoyens et les différentes communautés. Elle revêt donc un caractère symbolique essentiel à sa compréhension. Elle repose sur le principe que **l'égalité des chances** est inhérente au statut de citoyen et sur la conviction que les soins de santé constituent une condition nécessaire à cette égalité.

Dans leur signification, les services « médicalement requis » publiquement assurés ne constituent donc pas un bien de consommation, l'objet d'une initiative du milieu ou le résultat d'un devoir d'assistance, mais un droit qui relève directement de la condition de citoyen. En vertu de la Loi canadienne sur la santé (C-6), ces services doivent, pour bénéficier de la pleine contribution du gouvernement fédéral, respecter cinq conditions :

LES CINQ CONDITIONS DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ (C-6)

- la gestion publique : le régime doit demeurer du ressort des autorités provinciales ;
- l'intégralité : tous les services de santé (c'est-à-dire la gamme complète) fournis par les médecins et les chirurgiens-dentistes en établissement et par les hôpitaux sont assurés ; ces services comprennent tant les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin », que les « services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités » ;
- l'universalité : tous les citoyens de la province ont droit aux services de santé assurés ;
- l'accessibilité : le régime doit offrir les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne pas faire obstacle, directement ou indirectement et notamment par facturation aux assurés, à un accès à ces services satisfaisant pour eux ;
- la transférabilité : les services de santé assurés doivent être accessibles aux citoyens des autres provinces ainsi qu'à ceux temporairement absents de leur province de résidence.

Ces conditions, à l'origine de nature administrative, semblent avoir été peu à peu identifiées aux « principes fondamentaux » de l'ensemble du système de santé et de services sociaux du Québec. Il convient de rappeler, cependant, que ces cinq conditions ne s'appliquent qu'aux services de santé « médicalement requis » tels qu'ils sont définis dans la Loi canadienne sur la santé.

Cette tentative d'expliquer certains motifs sous-jacents à l'action de ceux qui contribuent à la santé et au bien-être est sans doute sommaire et imparfaite. Elle fournit néanmoins l'occasion de prendre conscience que les interventions privées ne découlent pas toutes de la seule recherche du profit et que les interventions publiques n'ont pas toutes une visée universelle. Bien qu'agissant en fonction de principes différents, le public et le privé peuvent néanmoins faire converger leur contribution respective vers la santé et le bien-être de la population à condition qu'elle soit articulée de façon appropriée.

Pour le groupe de travail, l'État n'est pas une machine à un seul piston. Un système public de santé qui ne pourrait compter sur l'autonomie des particuliers, sur l'engagement des communautés et sur l'activité des groupes privés deviendrait rapidement faible et vulnérable. S'il importe de mieux reconnaître la contribution des différents acteurs et les principes d'action sous-jacents, il importe tout autant de mieux comprendre la nature des arrangements concrets par lesquels ils se manifestent.

2.2.3 Des arrangements à dimensions multiples entre le public et le privé

On considère généralement les fonctions de **financement** ainsi que de **production** de biens ou de services comme constituant les dimensions fondamentales des arrangements entre les secteurs public et privé dans la santé.

Le tableau 5 permet d'éclaircir, dans leurs grandes articulations, les rapports public-privé dans la santé et les services sociaux au Québec. En raison de leurs principes et de leurs modalités d'opération différents, le tableau distingue le secteur privé **sans but lucratif** (incluant les particuliers, les organismes communautaires, les coopératives et les entreprises d'économie sociale) du secteur privé **à but lucratif**. Globalement, les services sociaux et de santé que se donne la population du Québec apparaissent ainsi émaner de six grandes combinaisons possibles d'interaction public-privé.

TABLEAU 5

ARTICULATION DU PUBLIC ET DU PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT ET LA PRODUCTION DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ AU QUÉBEC

FINANCEMENT	PRODUCTION		
	Public (Réseau des établissements)	Privé	
		Sans but lucratif (incluant les particuliers)	À but lucratif
<i>1a</i>		<i>2a</i> ← → <i>3a</i>	
Public (Fonds consolidé du revenu du Québec)	<ul style="list-style-type: none"> - Services « médicalement et socialement requis » dispensés en centre hospitalier et en CLSC. - Services d'hôtellerie, services techniques et services périphériques. - Interventions en santé publique. - Services au compte de tiers responsables publics : CSST, SAAQ, résidents d'autres provinces. - Services médicaux et hospitaliers pour les Québécois en séjour hors Canada. - Soins de santé de longue durée en CHSLD public. - Services sociaux par des intervenants du réseau (CLSC, CPEJ, CR)*. 	<ul style="list-style-type: none"> - Services offerts par des groupes communautaires bénéficiant de subventions. - Traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies par des centres spécialisés ; aide pour contrer la violence, prévenir le suicide, etc. bénéficiant de subventions. - Services d'aide domestique offerts par des entreprises d'économie sociale bénéficiant du Programme d'exonération financière. - Services de santé et d'hébergement assumés par des particuliers bénéficiant d'exemptions fiscales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Services « médicalement et socialement requis » dispensés en clinique privée. - Services complémentaires payés par la RAMQ (services d'optométrie, soins dentaires, médicaments pour pers. âgées, PSR et adhérents, aides techniques) - Biens et services achetés du privé pour des usagers du public (ex. : médicaments, tests de laboratoire). - Places d'hébergement achetées dans des centres d'accueil privés pour des usagers du public. - Services administratifs et de soutien, travaux de construction/ rénovation octroyés par contrat. - Services de transport ambulancier pour les personnes âgées et les PSR et transport interétablissements.
<i>1b</i>		<i>2b</i>	<i>3b</i>
Privé (tarifs, primes, fondations, dons)	<ul style="list-style-type: none"> - Supplément pour chambres privées et semi-privées en CHSGS. - Hébergement des adultes en CHSLD (contribution). - Placement d'enfants (contribution parentale). - Services ou locaux faisant l'objet de vente ou de location au privé. - Services hospitaliers facturés à des résidents étrangers. - Services offerts dans les établissements publics grâce à des dons, des legs, montants des fondations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Services offerts par des coopératives de santé, de services à domicile et d'hébergement non subventionnés. - Services offerts par des centres d'aide ou de traitement de l'alcoolisme, des toxicomanies, contre la violence, etc. non subventionnés. - Autres services offerts par des OSBL, grâce exclusivement à des contributions, dons, legs, apports des fondations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Services dispensés en clinique privée non substituables à des services publics (ex : esthétique, chirurgie réfractive de la myopie). - Services dispensés par des médecins non participants substituables à des services publics (ex : traitement des cataractes ; services de médecine d'entreprise ou sportive). - Services dispensés par d'autres professionnels de la santé et services de médecine dite « alternative ». - Assurances collectives incluant l'assurance médicaments. - Médicaments, appareils, équipements et fournitures en vente libre sur le marché. - Services offerts par des centres d'accueil privés autofinancés et services d'hébergement en maison privée. - Services à domicile privés. - Services de transport ambulancier (autres que ceux décrits en 3a).

GRUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC.

* CLSC : Centres locaux de services communautaires ; CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ; CR : Centre de réadaptation ; PSR : Prestaires de la sécurité du revenu ; CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; OSBL : organisme sans but lucratif.

Financement PUBLIC, production PUBLIQUE (tableau 5, 1a)

Aux services « médicalement requis » dispensés par les médecins et par les hôpitaux en conformité avec le régime de santé canadien (C-6), la Loi sur l'assurance maladie du Québec ajoute certains services médicaux **requis pour des raisons sociales** (ex. : planification familiale) ; on les appelle les services « socialement requis ». Les services « médicalement et socialement requis » sont entièrement financés par le Fonds consolidé du revenu du Québec. Leur prestation est assurée dans les hôpitaux publics et dans certains CLSC par des employés salariés et des professionnels qui sont rémunérés entièrement par le gouvernement à partir d'ententes négociées.

La Loi canadienne sur la santé et la Loi sur l'assurance maladie du Québec ne dressent pas de listes ou de « panier » des services médicaux assurés. Une telle liste « inclusive » serait en pratique inopérante dans le contexte canadien. Elle pourrait gêner la liberté professionnelle et surtout freiner l'adaptation continue des services assurés à l'évolution des connaissances, des technologies et des pratiques. L'assurabilité des services médicaux est plutôt basée sur deux grandes conditions : être requis du point de vue médical ET être rendus par un médecin. C'est donc au médecin que la loi confie *de facto* la responsabilité de décider de ce qui est requis du point de vue médical, en fonction de l'état des connaissances et de la condition particulière de chaque patient. La loi définit toutefois un certain nombre d'exclusions¹⁰ (ex. : examens administratifs) et apporte certaines précisions.

La Loi canadienne sur la santé précise que les services hospitaliers assurés comprennent les médicaments et certains services professionnels ou techniques requis par les médecins pour le diagnostic et le traitement de maladies ou la réadaptation de leurs patients (ex. : physiothérapie, ergothérapie, tests de laboratoire, etc.). Sont également couverts les services d'hôtellerie dans les hôpitaux de courte durée. La loi autorise cependant la facturation de ces frais pour les bénéficiaires recevant des soins prolongés, ainsi que la facturation de suppléments de chambre privée ou semi-privée en centre hospitalier de courte durée (voir 1b, tableau 5). Enfin, les interventions nécessaires à la santé publique sont assurées par le régime.

Le réseau public d'établissements produit également des services de santé pour des « tiers responsables » dans le cadre d'autres régimes publics, notamment pour les accidentés du travail dont les coûts sont facturés à la CSST. La SAAQ assume pour sa part annuellement un montant global pour le financement des services dispensés aux accidentés de la route ainsi que pour une partie des coûts du transport ambulancier.

En vertu de la condition de transférabilité imposée par la loi canadienne de la santé, les services de santé universels comprennent également les services dispensés aux résidents des autres provinces canadiennes, qui sont facturés à leur gouvernement. Les services de

10. Notons que la rémunération des actes médicaux est gérée par des ententes conclues entre les fédérations des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens du Québec avec le gouvernement.

santé utilisés par les citoyens du Québec dans d'autres provinces canadiennes sont entièrement couverts et ceux qui sont reçus à l'extérieur du Canada sont remboursés à certaines conditions.

Les soins de longue durée dispensés aux personnes admissibles en CHSLD sont aussi entièrement financés par le gouvernement. Pour être admissibles, ces personnes doivent répondre aux critères du programme, et notamment, leur état doit nécessiter en moyenne (variable selon les régions) plus de 2,5 heures de soins par jour.

Enfin, aucune contribution n'est demandée aux personnes bénéficiant des services sociaux dispensés par des intervenants du réseau en CLSC, en centre de réadaptation et en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Les seuls frais exigés sont ceux « du gîte et du couvert » pour les adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, ainsi que la contribution parentale pour le placement d'enfants. Ces deux types de contribution sont établis en tenant compte de la capacité de payer (voir 1b dans le tableau 5).

Financement PRIVÉ, production PUBLIQUE (tableau 5, 1b)

Une conjonction importante du public et du privé se retrouve dans l'ensemble des tarifs, des primes et des contributions demandés aux usagers à l'intérieur de différents programmes (autres que ceux couverts par le régime universel), ainsi que dans les diverses sources de revenus autonomes des établissements publics. Les services produits par le réseau public dont le financement provient, en tout ou en partie, de contributions privées sont les suivants :

- le supplément pour les chambres privées et semi-privées en CHSGS ;
- l'hébergement en CHSLD (en vertu de la Politique de contribution des adultes hébergés) ;
- le placement d'enfants (en vertu de la Politique de contribution parentale) ;
- certains services aux particuliers ou à des entreprises privées dont la vente ou la location fait l'objet de recouvrement (exemples : examens de laboratoire, services informatiques, tarifs de stationnement, repas des visiteurs en cafétéria) ;
- les services hospitaliers rendus et facturés à des résidents étrangers ;
- les services offerts dans les établissements publics grâce aux donations, aux legs ainsi qu'aux montants versés par de nombreuses fondations pour financer l'acquisition d'équipements et la recherche ou pour dispenser des services.

À titre de services faisant l'objet de recouvrement, mentionnons la location d'équipements, de locaux ou de salles d'opération présumés sous-utilisés à des entreprises privées ou à des médecins non participants ou désengagés. Les données disponibles ne permettent pas de mesurer l'importance de ce phénomène.

Financement PUBLIC, production PRIVÉE SANS BUT LUCRATIF
(tableau 5, 2a)

Des entreprises sans but lucratif, des coopératives ainsi que des organismes à vocation communautaire œuvrent dans une multitude de domaines liés à la santé et aux services sociaux. Bien que ces entreprises soient privées, leur financement peut provenir tant du secteur public que des particuliers ou d'entreprises privées. Parmi les activités de ce secteur bénéficiant de sources de financement publiques, mentionnons particulièrement :

- les services offerts par des groupes communautaires subventionnés par les régions régionales ;
- les services offerts par une diversité de centres bénéficiant de subventions pour le traitement de l'alcoolisme, des toxicomanies et l'aide pour contrer la violence ou pour prévenir le suicide, etc. ;
- les services d'aide domestique aux particuliers offerts par des entreprises d'économie sociale bénéficiant du Programme d'exonération financière du gouvernement.

Au moyen d'exemptions fiscales et de crédits d'impôts, le gouvernement vient également en aide aux particuliers qui engagent des dépenses de santé importantes ou certaines dépenses pour l'hébergement de personnes âgées ou de personnes handicapées. Ces exemptions fiscales constituent donc également une forme d'arrangement liant le public et le privé dans la santé et les services sociaux.

Financement PRIVÉ, production PRIVÉE SANS BUT LUCRATIF
(tableau 5, 2b)

Sans bénéficier de sources de financement public, des entreprises sans but lucratif et des organismes communautaires fonctionnent uniquement en fixant des primes, des tarifs ou en demandant une contribution aux usagers et en bénéficiant d'octrois de fondations et d'entreprises ou de dons de particuliers. À titre d'exemple, sont offerts selon de tels arrangements les services fournis :

- par des coopératives de santé, de services à domicile et d'hébergement en croissance dans certaines localités, qui ne bénéficient pas de subvention ;
- par des centres de traitement de l'alcoolisme et de toxicomanies, ou d'aide pour contrer la violence qui ne bénéficient pas de subventions ;
- par tout autre organisme sans but lucratif fonctionnant grâce exclusivement à la contribution des usagers, à des dons de particuliers et d'entreprises ainsi qu'à des fondations.

Financement PUBLIC, production PRIVÉE À BUT LUCRATIF (tableau 5, 3a)

Services « médicalement et socialement requis » dispensés en clinique privée —

En 1998, environ 48 % des services médicaux rendus dans le cadre du régime public de santé par les médecins omnipraticiens et en moyenne 25 % de ceux produits par les médecins spécialistes ont été fournis dans les cliniques ou des cabinets privés. Afin que la population puisse avoir un accès gratuit à ces services, un supplément d'environ 20 % du tarif courant des services médicaux est accordé par la RAMQ aux médecins de façon à compenser les coûts d'administration et d'équipement nécessaires pour dispenser ces services en clinique.

Bien qu'ayant le statut de professionnel autonome et étant propriétaires de leur clinique et de leur équipement, les médecins sont *entièrement* payés par le gouvernement pour leurs actes professionnels. En ce sens, les actes médicaux accomplis en clinique ou en cabinet privé ne constituent aucunement des services de santé privés parallèles.

Il est à noter que la loi a toujours autorisé les médecins à facturer leurs patients traités en clinique privée pour les frais d'un nombre limité de fournitures afin de leur permettre d'en récupérer le coût de revient. Ces « frais accessoires » ne privent pas les citoyens de leur accès aux services médicaux et ne constituent pas en soi une « privatisation du système ».

Services complémentaires payés par la RAMQ — Certains services de santé dits « complémentaires » sont également dispensés par différents professionnels de la santé exerçant en pratique privée et ont fait l'objet d'ententes négociées avec le gouvernement. Il s'agit, notamment :

- des services d'optométrie pour les personnes de 65 ans et plus ;
- des services dentaires de base pour les enfants de 9 ans et moins, incluant les restaurations, la chirurgie buccale et l'endodontie ;
- des médicaments et des services pharmaceutiques payés par le gouvernement dans le cadre du programme d'assurance médicaments pour les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes prestataires de la sécurité du revenu et pour les adhérents au régime ;
- des aides techniques telles que des orthèses, des prothèses, des aides à la mobilité, des aides visuelles et des aides auditives. Des critères précisent l'admissibilité et la liste des aides auxquelles les personnes ayant des handicaps physiques ont droit ainsi que les conditions pour leur achat, leur remplacement et leur réparation.

Les ententes faites avec les professionnels de la santé dans le cadre des programmes complémentaires représentent une forme de partenariat entre le public et le privé très précieuse pour notre système de santé. Ces formes diverses de partenariat permettent d'offrir aux usagers ciblés par ces programmes des services de la même qualité que ceux offerts à la clientèle privée, qui sont accessibles partout sur le territoire et disponibles

souvent en tout temps, à des tarifs négociés. La participation des pharmaciens propriétaires à la mise en place du régime général d'assurance médicaments est un exemple illustrant l'importance de ce type de partenariat avec les professionnels de la santé.

Biens et services achetés du privé pour les usagers du public — Le réseau des établissements publics recourt à des entreprises privées à but lucratif pour obtenir des biens et des services nécessaires à la prestation de services assurés lorsqu'il ne peut les produire lui-même efficacement, lorsque des urgences l'exigent ou lorsque la production de ces biens et services ne relève pas de sa mission principale.

Il peut s'agir, notamment, d'achat ou de location de produits et de services nécessaires à la production des services directs à la population (ex. : contrats d'entretien d'équipements et d'ordinateurs). Des ententes d'acquisition en gros de médicaments sur une base courante permettent aux hôpitaux de bénéficier de prix plus avantageux. Certains arrangements sont également nécessaires du fait que, dans certains cas, il ne serait pas avantageux pour le réseau de se doter d'une capacité de production tout au long de l'année pour des besoins « de pointe » ou encore de mettre en place des équipements coûteux sur tout le territoire (ex. : tests faits en laboratoire privé, ententes de services pour le programme de dépistage des maladies du sein).

Places d'hébergement achetées dans des centres d'accueil privés pour des usagers du public — Dans la même optique, le réseau public procède à l'achat de places dans des centres d'accueil privés pour répondre à des besoins temporaires urgents d'hébergement de personnes âgées, ce qui permet d'éviter des retards et des coûts de construction. Des ententes de partenariat lient également le réseau et des centres d'accueil privés « conventionnés » pour l'hébergement permanent de personnes âgées à des tarifs et des conditions d'accessibilité et de qualité identiques à ceux des CHSLD publics.

Services administratifs et de soutien, et travaux de construction/rénovation octroyés par contrat — Pour ce qui est des services périphériques d'administration et de soutien, le réseau et le Ministère font appel, selon les besoins, à des entreprises spécialisées en services-conseils ayant l'expertise nécessaire à la réalisation de certains projets. La production de services qui n'impliquent pas de soins directs fait également, dans certains établissements, l'objet d'ententes avec des entreprises privées, à des conditions déterminées et pour des périodes précises (ex. : sécurité, stationnement, facturation, disposition de déchets biomédicaux, buanderie, alimentation et entretien, etc.). Le réseau procède aussi à l'octroi de contrats à des firmes privées pour réaliser ses projets de construction et de rénovation.

Services de transport ambulancier pour les personnes âgées, les prestataires de la sécurité du revenu, et de transport interétablissements — Enfin, si on exclut les services de l'avion-ambulance du Québec pour les régions éloignées, les services de transport préhospitalier d'urgence sont effectués par des transporteurs ambulanciers privés dans l'ensemble du territoire du Québec. Le coût du transport des personnes âgées

et des prestataires de la sécurité du revenu ainsi que celui du transport interétablissements sont entièrement assumés par le gouvernement. Tous les autres utilisateurs doivent assumer le coût de leur transport ambulancier selon une tarification fixée par le gouvernement)¹¹ (voir le tableau 5, 3b).

Financement PRIVÉ, production PRIVÉE À BUT LUCRATIF (tableau 5, 3b)

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, les principaux biens et services dont les transactions sont déterminées par les mécanismes du marché sont les suivants :

- les services dispensés en clinique privée qui ne sont pas des substituts de services publics (ex : esthétique, chirurgie réfractive de la myopie au laser) ;
- les services dispensés par des médecins non participants qui sont des substituts de services publics (ex : traitements de la cataracte, services de médecine d'entreprise ou d'équipe sportive) ;
- les services dispensés par d'autres professionnels de la santé et les services de médecine dite « alternative » ;
- les assurances collectives incluant l'assurance médicaments ;
- les médicaments, appareils, équipements et fournitures en vente libre sur le marché ;
- les services offerts par des centres d'accueil privés autofinancés et les services d'hébergement en maison privée ;
- les services à domicile offerts par des firmes privées ;
- les services de transport ambulancier (autres que ceux décrits à la section précédente).

Précisions sur les services médicaux en clinique privée — En 1998, les services médicaux en vente sur le marché représentaient 1,1 % des dépenses totales des services médicaux et ne comptaient que pour 0,4 % des dépenses privées de santé au Québec. Bien qu'on n'ait enregistré une augmentation nette que de onze médecins spécialistes non participants ou désengagés depuis dix ans, cette augmentation soulève des interrogations quant au risque que se mette en place, à plus ou moins long terme, un système « à deux vitesses ».

De façon générale, il apparaît au groupe de travail que deux situations doivent être distinguées en ce qui à trait aux services médicaux offerts en clinique privé :

11. Notons que, pour la production des services ambulanciers, la conjonction public-privé se caractérise par un arrangement particulier incluant la détermination, par le gouvernement et dans le cadre d'ententes négociées, des conditions de travail des salariés syndiqués à l'emploi des transporteurs privés.

- 1) les services privés qui ne sont pas des substituts de services médicalement requis tels qu'ils sont définis par le régime public universel.

C'est le cas des services de chirurgie esthétique et de chirurgie réfractive de la myopie au laser. Ces derniers, en particulier, sont apparus au cours de la dernière décennie et ont connu un développement rapide. N'étant pas médicalement requis en tant que tels, ces services ne sont pas produits dans des établissements publics. Ils ne sont donc aucunement des substituts de services publics équivalents. Ils ne remettent par conséquent aucunement en cause les principes du système public de santé ni ne signifient l'éclosion d'une accessibilité « à deux vitesses ».

- 2) les services privés qui sont des *substituts* de services médicalement requis dans le cadre du régime public universel.

À notre connaissance, seuls les traitements de la cataracte effectués par des médecins désengagés peuvent en pratique être considérés présentement comme des services privés identiques à ceux offerts par le régime public.

L'augmentation globale du nombre d'ophtalmologistes désengagés au cours des dix dernières années (10) laisse à penser que cette situation demeure relativement marginale. Néanmoins, les attentes pour ces traitements dans les hôpitaux publics ont atteint, à la fin de 1998, des durées au-delà desquelles pourrait se développer un phénomène de substitution. La décision du gouvernement, à l'intérieur du budget 1999-2000, d'accroître les crédits disponibles pour la réduction des listes d'attente de certains services ultraspécialisés, dont l'ophtalmologie, est susceptible de contribuer à limiter le développement d'un tel phénomène.

En ce qui concerne les services produits et échangés sur le marché, l'État exerce ses responsabilités essentiellement par ses pouvoirs généraux de réglementation afin d'assurer le respect de l'intérêt public ainsi que celui des droits et de la sécurité des consommateurs. Bien que la collaboration active soit moins fréquente dans ce domaine, la participation d'assureurs privés à la mise en place du régime général d'assurance médicaments, pour lequel le gouvernement a défini des paramètres que devait respecter le marché, est souvent présentée comme un exemple de partenariat public-privé.

Précisions sur le terme de « privatisation » — Comme on vient de le voir, les distinctions simples entre public et privé ne correspondent pas à la réalité de notre système de santé et de services sociaux. La notion de privatisation, qui leur est souvent associée, est source de confusion tout aussi importante.

Une grande partie des services directs à la population, qui sont payés par voie de financement général, sont produits par des médecins et des professionnels qui sont des professionnels autonomes. Un large éventail de produits et de services — dont des services administratifs, techniques et périphériques — sont achetés tous les jours du secteur privé pour servir les usagers dans le cadre du régime et de différents programmes de santé. De plus, pour un certain nombre de services produits dans le réseau public, un apport de financement privé a toujours été nécessaire pour les rendre disponibles et pour

respecter le principe d'équité. Aucune de ces caractéristiques déjà instituées par notre système ne résulte pourtant d'une quelconque opération de « privatisation du système ».

De l'avis du groupe de travail, apporter des ajustements aux diverses contributions des usagers pour des services médicalement non requis ou faire appel au privé pour la production de services pour le bénéfice des usagers dans le cadre du régime public relève de décisions de nature administrative et de considérations essentiellement pragmatiques définies par le contexte. Dans la mesure où leur **financement**, leur **administration** et leur **responsabilité** demeurent publics, ces décisions ne pourraient aucunement être associées à une privatisation du système.

Partenariat économique — Enfin, on doit rappeler qu'il n'existe pas davantage un secteur privé pur qu'un secteur intégralement public. S'il y a du privé dans le public, il y a aussi du public dans le privé.

Indirectement, les entreprises privées bénéficient des infrastructures publiques, notamment des investissements collectifs en éducation et en formation de la main-d'œuvre de même que de nombreux programmes s'inscrivant dans la Stratégie de développement économique du Québec. Plus particulièrement, signalons l'existence du Fonds du partenariat économique géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce fonds recueille des sommes contribuant au financement d'activités de promotion et de commercialisation, à l'extérieur du Québec, de technologie, d'expertise et de produits innovateurs mis au point par des compagnies québécoises du domaine de la santé. Les coûts des missions à l'étranger peuvent être partagés entre divers ministères et les entreprises participantes, et celles-ci doivent s'engager à verser au fonds un pourcentage des profits sur les ventes ainsi réalisées à l'étranger.

Ces types de rapports constituent des formes de partenariat à but économique, et non un partenariat associé à la mission de santé et de bien-être de la population. Aussi, ils n'ont pas fait l'objet des réflexions du groupe de travail.

Cette première classification des arrangements qui forment la conjonction public-privé dans la santé et les services sociaux au Québec est sans doute incomplète. À ces principales formes, il y aurait également lieu d'ajouter l'existence de nombreux rapports et arrangements informels. Cependant, cette classification permet de réaliser que si notre système public est la pierre angulaire des services de santé et des services sociaux, il ne peut être considéré isolément : il s'insère dans un ensemble complexe de relations avec le privé qui s'entrelacent, se côtoient et se complètent.

Ces relations sont à la base des principales articulations des forces du public et du privé que s'est données la population du Québec pour répondre à l'ensemble de ses besoins de santé et de bien-être. Le Québec a **déjà** mis en place un système de santé public et moderne qui respecte de grands principes de solidarité et d'équité tout en réussissant à

articuler les activités de multiples intervenants privés dans le respect des valeurs qui les animent. Aussi, pour le groupe de travail, il ne s'agit pas tant de choisir que d'améliorer ce qui existe déjà. La contribution de tous les intervenants continuera à être essentielle à la satisfaction des besoins de la population.

En maintenant les principes fondamentaux de notre système public, nous devons examiner la façon la plus efficace d'utiliser le potentiel de tous les intervenants pour mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population. Il s'agit, à cet effet, de mieux **intégrer** et **coordonner** la contribution des différents intervenants **tant à l'intérieur qu'à l'extérieur** du système de services afin de lui permettre de mieux s'adapter aux vents de changement qui soufflent sur les systèmes de santé.

2.3 Les vents de changement qui soufflent sur les systèmes de santé

2.3.1 La « nouvelle donne » de la santé et du bien-être

C'est Milan Kundera, le romancier tchèque, qui écrivait que : « La vie est comme une pièce de théâtre. On y joue un rôle soir après soir en croyant jouer toujours le même rôle. Mais le public change, le jeu de l'acteur se transforme, l'interprétation s'approfondit, et imperceptiblement, c'est une autre pièce qui est offerte au public. » L'état dans lequel se trouve notre système de santé n'est pas sans rappeler cette situation.

Notre système n'a jamais cessé d'évoluer, certes, mais essentiellement en approfondissant les mêmes rôles et les mêmes règles du jeu. Quelque chose de nouveau, cependant, est en train de se passer. Des changements globaux l'affectent de toutes parts. Ces changements modifient tant son environnement **extérieur** que son équilibre **interne**. Ils ne sont pas propres au Québec, ils sont mondiaux. Ils sont en voie de modifier rapidement les « paradigmes » sur lesquels sont fondés ses modes d'action et d'interrelation. Ceux-ci n'ont pas perdu leur mérite : ils deviennent simplement inadaptés.

Bref, les besoins changent et les façons d'y répondre aussi.

De l'avis du groupe de travail, les rapports entre le public et le privé dans la santé et les services sociaux doivent être reconsidérés sous l'angle de l'adaptation globale des systèmes à la « nouvelle donne » de la santé et des services sociaux. Après les consultations et les recherches que le groupe de travail a menées, les principaux vents de changement qui soufflent sur les systèmes de santé pourraient, il lui semble, être regroupés comme suit.

Les causes de la maladie et les leviers de la santé ne sont plus les mêmes

- Les maladies autrefois les plus importantes sont pour l'essentiel bien maîtrisées, grâce notamment :
 - aux progrès de l'hygiène et des mesures préventives,
 - aux mesures de santé publique (vaccinations),
 - aux progrès de la médecine et de la chirurgie.
- De nouvelles maladies font cependant leur apparition ou restent à être vaincues (ex. : sida ; cancer, artériosclérose).
- Les problèmes s'accroissant le plus rapidement ne sont plus dans le champ de la santé physique : ils sont dans celui de la santé mentale et dans le domaine psychosocial.
- Les gains du système curatif de soins, en nombre d'années de vie gagnées et en amélioration de la qualité de vie, s'accroissent à un rythme moins rapide qu'au cours des dernières décennies.
- Les progrès de la santé et du bien-être dépendent de plus en plus de « facteurs déterminants » qui se situent en dehors du système de soins et de services : style de vie, éducation, revenu, environnement, tissu familial et social, etc. Cela exige dorénavant des actions en amont du système public de santé, auprès des individus, des entreprises et des communautés, afin de soutenir la prévention, la sécurité et la promotion de saines habitudes de vie.

Les malades et les personnes en besoin d'aide ne sont plus les mêmes

- Les personnes vivent plus longtemps : l'espérance de vie s'est accrue davantage au cours des quarante dernières années qu'au cours des deux mille années précédentes.
- Les personnes sont en meilleure santé, ce qui entraînera, pour la maintenir, une demande accrue d'examen courants, de suivis, de médicaments et de services de maintien à domicile.
- Les personnes âgées malades le sont plus longtemps. Cela entraînera une croissance des besoins en soins hospitaliers pour des maladies chroniques, en hébergement et en soins de longue durée, et un alourdissement des cas.
- Les usagers ont des attentes plus élevées et une tolérance moindre :
 - le style de vie actif des « baby-boomers » et des générations qui leur succèdent leur laisse moins de temps ou rend plus coûteux le temps consacré au « magasinage », à l'attente et à la convalescence ;
 - les standards de service privé les plus élevés (ex. : chaînes de restauration rapide) fixent la barre de leurs attentes par rapport aux services publics ;

- les usagers veulent des services de santé et des services sociaux :
 - **accessibles** rapidement (dans des délais raisonnables) et aisément (sans complications, avec formalités simplifiées) ;
 - de première **qualité** (technologies les plus efficaces, services personnalisés) ;
 - **continus** (sans « pertes de contact », sans surprises, sans « reprises » et coordonnés dans le temps et entre les différents lieux de prestation) ;
- ils paient des taxes parmi les plus élevées et, à ce titre, tolèrent moins les écarts par rapport à leurs attentes.
- Les usagers sont plus instruits et mieux informés :
 - les reportages, les revues d'actualités, et l'Internet rendent accessibles plus d'informations sur la santé que pour aucune autre génération auparavant ;
 - les usagers sont des « consommateurs avertis » : ils questionnent les médecins et confrontent parfois leurs connaissances.
- Les usagers sont moins soumis, plus autonomes et « pro-actifs » :
 - ils obéissent de façon moins inconditionnelle aux avis des médecins et des intervenants ;
 - ils veulent davantage participer aux décisions les concernant, à partir d'informations éclairées sur les risques, les conséquences, les choix possibles ;
 - ils veulent davantage contrôler les processus de traitement, maintenir et accroître leur autonomie ;
 - ils ne se fient pas qu'aux services publics : ils cherchent à accélérer l'obtention de résultats, notamment en ayant recours à d'autres solutions souvent trouvées dans le secteur privé (physiothérapie, chiropraxie, médecines douces, psychologie, etc.).
- Les usagers veulent que les intervenants des services sociaux et de santé aient une approche intégrale qui tienne compte de la globalité de leur situation et non d'un seul aspect :
 - ils ne veulent plus être considérés comme des « objets » du système ;
 - ils veulent être considérés comme des « sujets » ayant un éventail de choix élargi autour desquels le système s'organise ;
 - ils veulent « vivre une expérience globale » de santé et de bien-être, dans laquelle s'intègrent :
 - l'ensemble des services et des interventions (publics ou privés) ;
 - leurs propres actions pour maintenir et renforcer leur « capital-santé » (habitudes de vie, alimentation, conditionnement physique, etc.).

Les connaissances et les technologies ne sont plus les mêmes

- Les connaissances scientifiques se développent plus rapidement que jamais dans l'histoire de l'humanité : la plupart des savants que le monde a connus sont vivants.
- Il devient de plus en plus difficile de rester à la pointe des connaissances : les spécialistes doivent se concentrer sur des domaines de plus en plus restreints, les généralistes, consacrer plus de temps à leur mise à niveau.
- Les percées de la génétique (ex. : carte du génome humain), des biotechnologies et de l'agroalimentaire (ex. vaccins intégrés, aliments modifiés) sont appelées à transformer profondément les façons de prévenir et de soigner les maladies, et de corriger des problèmes congénitaux.
- Les médicaments ont peu à voir avec ceux d'il y a quarante ans : ils sont de plus en plus variés et puissants, et permettent de traiter en dehors du milieu hospitalier ; les traitements vont cependant demander de plus en plus de suivi professionnel.
- Les progrès des technologies de l'information et des télécommunications ouvrent des possibilités radicalement nouvelles, permettant de réinventer les services :
 - ils permettent aux médecins de « voir » à l'intérieur du patient (imagerie numérique), de faire des opérations moins « invasives » et plus efficaces, et aux malades de récupérer plus rapidement ;
 - ils permettent aux professionnels de prendre des décisions en s'appuyant sur des guides de pratique informatisés établis sur la base d'études de résultats concluants (evidence based medicine) ;
 - ils permettent de constituer des équipes multidisciplinaires autour d'un même patient indépendamment du lieu où se trouvent ses membres (téléconférence, télémédecine, dossier de l'utilisateur informatisé) ;
 - ils permettent à des généralistes de répondre aux besoins de base et de coordonner eux-mêmes les services spécialisés nécessaires aux usagers ;
 - ils permettent la formation continue des employés et la mise à jour régulière des connaissances professionnelles ;
 - ils permettent aux gestionnaires d'accroître leur capacité de mesurer, de stocker l'information, de planifier et de gérer ;
 - ils permettent aux usagers de savoir quoi faire et où se rendre en cas de besoin, 7 jours sur 7, 365 jours par année (Info-Santé) ;
 - ils permettent une supervision constante à distance des signes vitaux de personnes hébergées ailleurs que dans des établissements publics ;
 - ils redonnent aux patients un certain contrôle sur les services qui sont offerts et des moyens d'agir sur leur santé et leur bien-être ; exemples :

- ils leur permettent d'obtenir de l'information pour mieux comprendre leur maladie, les traitements, les options possibles, les conséquences (Internet) ;
- ils pourraient leur permettre de s'informer pour savoir à quelle étape ils en sont, quels ont été les résultats des tests, remplir d'avance chez eux les formulaires nécessaires, recevoir des avis préventifs transmis aux personnes souffrant de leur maladie ou aux prises avec les mêmes risques, etc.

Les lieux de prestation des soins ne sont plus les mêmes

- Les frontières géographiques de l'hôpital s'estompent ; on parle d'hôpital « virtuel » et d'hôpital sans mur ; l'hôpital a des extensions : de plus en plus d'actes chirurgicaux peuvent être effectués en externe ou en clinique privée.
- La durée des séjours nécessaires pour les soins hospitaliers tend à être de plus en plus courte ; de nouveaux médicaments et appareils permettent davantage aux patients d'être traités ou de se rétablir à la maison.
- Il s'ensuit l'apparition d'une discontinuité :
 - sur le plan des services de santé, la période d'hospitalisation pendant laquelle les médicaments sont gratuits est plus courte ; la nécessité de créer un pont entre le volet public et privé de la prise en charge des médicaments a donné naissance au régime général d'assurance médicaments ;
 - sur le plan social, la période plus longue de convalescence à la maison, compte tenu que la structure familiale a changé, amène un important besoin non comblé de services de maintien à domicile.

Les ressources humaines ne sont plus les mêmes

- Les employés sont mieux formés et plus instruits.
- Ils sont moins satisfaits d'un travail axé sur la production « en série » d'actes discontinus où ils se sentent comme les « rouages d'une machine ».
- Les nouvelles générations de médecins (maintenant majoritairement des femmes) tendent vers une pratique professionnelle à moins fort roulement de patients, plus près des gens, moins en solo et plus en équipe.
- Les ressources humaines veulent davantage être reconnues comme des partenaires responsables dans des processus simplifiés où elles pourraient passer plus de temps auprès des patients et moins en formalités, et mettre davantage à profit leurs compétences.

Les ressources financières ne sont plus les mêmes

- Les experts évaluent entre 3 et 4 % par année le taux d'augmentation des ressources financières qui serait nécessaire pour faire face à la croissance structurelle des besoins de santé (croissance et vieillissement démographique, changements technologiques), **en projetant le maintien de l'organisation et des processus de prestation actuels** ; ce rythme excède le potentiel de croissance tendancielle de l'économie, qui serait d'environ 2,5 %¹².
- Bien que l'objectif du déficit zéro soit atteint, la fiscalité du Québec doit évoluer en cohérence avec son environnement économique, et le poids relatif de la dette accumulée, être progressivement diminué.
- L'augmentation des dépenses pourrait représenter un lourd fardeau pour la population en âge de travailler, en raison de l'augmentation du rapport de dépendance et des emplois précaires qui sont souvent le lot des jeunes.

Cet aperçu du caractère global des changements en cours donne une idée de l'ampleur du défi qu'auront à relever les systèmes de santé au cours des prochaines années.

Selon des observateurs, cette conjonction de changements est unique dans l'histoire. Elle rend déjà dépassée une bonne partie de nos façons d'organiser les services et de prodiguer des soins. Au Québec comme ailleurs, on sait maintenant qu'il faudra plus que des ajustements à la pièce et qu'il faudra y mettre du temps. Pour s'adapter à ces changements, notre système devra apporter des ajustements dans l'ensemble de ses composantes. La mésadaptation grandissante, et non uniquement les problèmes de financement, semble constituer le principal risque qui guette les systèmes de santé.

Les stratégies d'adaptation que devrait se donner le Québec dans l'avenir ne relèvent pas du mandat du groupe de travail. Il appartiendra à la société québécoise et à l'ensemble des acteurs de les mettre au point. Néanmoins, comme dans les autres systèmes de santé, c'est au moment de la conception de ces stratégies que la question de la **réarticulation** du public et du privé est inévitablement appelée à se poser, de l'avis du groupe de travail.

2.3.2 L'expérience internationale : des stratégies d'adaptation à double volet

Les systèmes de santé des principaux pays développés ont maintenant réalisé que s'ils maintenaient les façons de faire actuelles, conçues il y a plusieurs décennies, ils ne serait

12. Dans le cadre de ses travaux, la Commission nationale itinérante sur la fiscalité et le financement des services publics estimait, à cet égard, que l'économie québécoise pourrait évoluer au rythme tendanciel d'environ 2,3 % par année au cours des prochaines années.

pas en mesure de répondre aux attentes de leur population et de leur donner les services qu'elle demande, **comme elle le demande**, et qu'on pourrait résumer comme suit :

- des services accessibles, continus et de qualité ;
- une approche intégrale des soins de santé ;
- des coûts supportables et un financement équitable.

Une description des réformes en cours dans les différents systèmes de santé à l'étranger déborderait du mandat du groupe de travail. Néanmoins, il y a lieu de souligner un aspect important : les stratégies adoptées à l'étranger paraissent porter simultanément sur deux grands volets, à savoir :

- la réorganisation interne des services publics de santé ;
- la recherche d'une nouvelle synergie intégrant les forces du public et du privé

La réorganisation interne des services publics de santé : d'une société industrielle vers une société de l'information

La centralisation des décisions, l'éparpillement des services, la spécialisation des tâches et la pratique en solo, la déconnexion des équipes de travail, de même que le traitement des problèmes par aspects isolés¹³ et la discontinuité des épisodes de soins, tous ces éléments sont devenus des limites à l'adaptation des systèmes de santé à travers le monde. Pourtant, on doit se rappeler que ces caractéristiques ont permis d'énormes progrès **en leur temps**. Avant de faire partie des problèmes, elles ont fait partie des solutions.

Ceux qui sont nés avant la mise en place de notre régime de santé se rappellent que les services médicaux étaient l'affaire du médecin généraliste qui donnait ou coordonnait pratiquement tous les services externes. Ses moyens étaient fort limités. Des innovations comme la pénicilline, les rayons X, les produits anesthésiants et la chirurgie « invasive » ont radicalement changé ses façons de soigner et l'ont amené sur la voie d'une spécialisation de plus en plus grande. Pour leur part, le recouvrement de la santé et la prise en charge des personnes âgées étaient une affaire de famille. Après l'urbanisation et l'industrialisation, il devint impossible de soigner à la maison et cette fonction fut peu à peu dévolue à des établissements spécialisés. L'organisation de ceux-ci est progressivement devenue de plus en plus complexe et compartimentée, à l'exemple des grandes entreprises de l'époque.

Les poussées de la science, de la démographie et de l'économie d'après-guerre, l'urbanisation et l'évolution de la pensée sociale, notamment, ont été reconnues comme les forces motrices à l'origine de la mise en place de nos façons de faire actuelles. Celles-ci ont été instaurées pour répondre aux besoins d'une société industrielle à l'aide de

13. Exemple : l'absence de prise en compte intégrée et systématique des aspects en amont et en aval des soins curatifs, ainsi que des dimensions interdisciplinaires et psychosociales.

moyens techniques et économiques, et aussi de modèles de gestion d'une société industrielle. Leur origine explique pourquoi elles sont aujourd'hui basées sur la spécialisation, sur la centralisation et sur la production «de masse» de services standards offerts à tous de façon quasi identique.

La globalisation de l'économie, l'information et les télécommunications qui tissent une toile reliant «tous à tous» instantanément, indépendamment de la localisation des producteurs et des utilisateurs, sont maintenant au cœur de la réalité quotidienne des sociétés postindustrielles. Ces grandes innovations de notre époque, dont la portée est souvent comparée à l'invention des presses de Gutenberg ou à la découverte de l'électricité, sont en voie d'abolir les murs tant à l'intérieur des organisations qu'entre les organisations. Comme pour les grandes époques de changement qui ont précédé, ces nouvelles forces sont et seront encore pour un bon moment le moteur de la transformation de tous les secteurs de nos sociétés : les nouveaux besoins la rendent nécessaire, et les nouveaux moyens disponibles la rendent possible.

Pour le groupe de travail, ce sont essentiellement les mêmes forces à l'œuvre dans la société qui sont en voie de transformer les systèmes de santé à travers le monde. Aussi, il n'est pas étonnant que dans leurs efforts de réorganisation interne, les systèmes de santé tirent en partie inspiration de stratégies d'adaptation mises au point avant eux par le secteur privé, **tout en les adaptant à leurs objectifs fondamentaux et aux caractéristiques particulières des services sociaux et de santé.**

À ce sujet, soulignons que plusieurs éléments clé des grandes réorganisations des systèmes de santé ne sont pas sans rappeler — quoique dans un vocabulaire différent — les grandes stratégies de «réingénierie» des entreprises privées. Exemples :

- 1) une approche re-centrée sur le client ;
- 2) une décentralisation des décisions vers le point le plus près de l'action ;
- 3) une gestion par objectifs mesurables en résultats, et non plus en fonction du respect de normes établies a priori et de contrôles ;
- 4) la mise en place de « guichets uniques multiservices » ;
- 5) la saisie « une seule fois » à la source et le partage de l'information en réseau ;
- 6) l'accélération du « cheminement critique » des usagers dans les processus de services ;
- 7) l'intégration d'un continuum des services permettant de répondre, sans perte de contact, à l'ensemble des besoins de l'utilisateur ;
- 8) des investissements technologiques visant la mise en place de réseaux intégrés de services ;
- 9) le réajustement conséquent des différents systèmes de gestion, de financement et de rémunération ;
- 10) l'adoption d'outils, de mécanismes ou d'incitatifs favorisant l'atteinte de résultats.

Ce sont les entreprises privées qui les premières doivent s'adapter aux changements qui redéfinissent notre époque. La parenté des approches utilisées dans la réorganisation des services tant publics que privés témoigne que certaines solutions retenues par des entreprises privées ne sont pas nécessairement leur propriété exclusive : elles sont surtout celles de notre époque.

La recherche de nouvelles synergies intégrant les forces du public et du privé

Bien qu'ils aient fait porter sur la réorganisation des services publics l'essentiel de leurs efforts, la plupart des pays semblent chercher à intégrer et à réarticuler, **de façon complémentaire**, le meilleur des forces du public et du privé dans la réponse aux besoins de leur population.

Une description détaillée des expériences faites dans différents pays serait encore une fois hors du mandat du groupe de travail. Signalons néanmoins que les expériences dont nous avons pu prendre connaissance semblent globalement viser deux grands objectifs : améliorer les coûts et l'efficacité des services d'une part, et améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services d'autre part.

Améliorer les coûts et l'efficacité des services : compétition interne, tarification, impartition et déréglementation — Sur le plan de la production des services, le Royaume-Uni, les pays nordiques et la Nouvelle-Zélande, notamment, qui disposent d'un régime de santé public universel ont adopté une stratégie dont le but paraît double : introduire un esprit de compétition entre les intervenants **à l'intérieur même** du réseau public et, à l'extérieur, favoriser activement le secteur privé dans l'offre de services non assurés.

À titre d'exemple, au Royaume-Uni avec l'approche de la « compétition interne » adoptée par le National Health Service (NHS), des médecins omnipraticiens se voient confier une enveloppe budgétaire provenant de fonds publics et couvrant l'ensemble des services médicaux pour leurs patients. Ces médecins, désignés « *GP fundholders* », ont la responsabilité de gérer ces fonds publics en « achetant » les services hospitaliers nécessaires pour leurs patients aux hôpitaux les offrant au meilleur tarif et doivent éventuellement en assumer les pertes ou les bénéfices. Soulignons que la conjoncture actuelle, depuis l'arrivée du nouveau gouvernement travailliste au pouvoir en 1997, semble s'éloigner des principes de compétition interne pour focaliser davantage sur la collaboration des intervenants. Cette collaboration semble essentiellement axée sur la réduction des écarts dans l'état de santé de la population, notamment par rapport aux indicateurs de santé et de bien-être¹⁴.

14. Voir J. LE GRAND, « Competition, Cooperation, or Control ? Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, p. 27-39.

Sur le plan du financement, rappelons que des actions ont été entreprises dans la plupart des pays au cours des dernières années, qui ont mené à des révisions parfois vigoureuses de la couverture de services non essentiels ainsi que des différentes formes de contribution des usagers au financement de certains services.

Pour sa part, la production de services publics périphériques a été confiée, lorsque c'était possible, à des firmes privées. Par diverses mesures fiscales et de déréglementation, le NHS a aussi favorisé activement la production privée de services, en particulier comme solution aux besoins de la population en matière d'hébergement et de soins de longue durée.

Prises conjointement, ces mesures nous semblent constituer une stratégie qui trouve son sens dans le contexte particulier des systèmes de santé qui l'ont adoptée. Par des combinaisons de mesures, sur le plan tant de la production que du financement, ces pays nous semblent avoir principalement eu comme but d'atténuer un des problèmes les plus importants affectant leur système : les contraintes fiscales et le manque chronique de financement public disponible.

Améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services à la population : collaboration et partenariat — Aux États-Unis, on constate que le courant principal consiste toujours à s'appuyer sur l'entreprise privée comme maître d'œuvre privilégié dans la réponse aux besoins de santé de la population, mais en cherchant, par de nouvelles formes d'organisation de plus en plus contraignantes, à en contrôler les coûts et à mieux encadrer les mécanismes du marché (Health Maintenance Organizations, Managed Care, etc.). Cependant, si on se fie au nombre d'articles spécialisés, des efforts très importants sont également déployés en parallèle pour la mise en place de formes de partenariat public-privé, principalement avec des compagnies d'assurances sans but lucratif et avec des organisations communautaires actives dans le domaine de la santé.

S'appuyant sur l'établissement de liens de collaboration durables, cette stratégie semble elle aussi trouver son sens dans le contexte dans lequel elle s'inscrit. De nombreux articles témoignent en effet que ces types de partenariat visent à atténuer le principal problème qui continue à affliger le système de santé américain, malgré tous les efforts consacrés pour le réaménager : soit celui de la non-accessibilité aux services d'une partie importante de la population.

Signalons aussi qu'il semble se créer, aux États-Unis, des formules diverses de partenariat d'affaires avec des fournisseurs privés d'équipements, de fournitures et de médicaments, dont le but est de mettre en place des mécanismes de distribution plus efficaces permettant de réduire les délais de livraison et s'appuyant sur des approches d'intégration en réseau (ex. : approches « just in time »). Ces formes de partenariat visent également l'objectif d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, tout en améliorant leur efficacité.

2.3.3 Leçons pour le Québec

Le groupe de travail est d'avis que les formules particulières de collaboration ou de partenariat public-privé mises en application à l'étranger pourraient fournir dans l'avenir un matériau intéressant dans la recherche de nouvelles façons de faire au Québec. Cependant, les débats sur les avantages ou les désavantages théoriques de ces formules lui paraissent constituer un mauvais point de départ. Il ne s'agit pas, en effet, d'emprunter des solutions mises au point en fonction des problèmes et des objectifs des autres sociétés : il s'agit d'inventer des solutions aux problèmes d'ici, avec les gens d'ici.

L'enseignement le plus important que peut tirer le Québec des expériences faites à l'étranger nous apparaît autre. Comme dans l'ensemble des autres secteurs de la société, les systèmes de santé qui étaient conçus « **à la verticale** » sont en voie d'être repensés « **à l'horizontale** », en quelque sorte. Une part des nouveaux problèmes, mais aussi une part des nouvelles solutions, se situeront de plus en plus en dehors du seul système des services publics (ex. : hébergement et services aux personnes âgées). Dans ce contexte, l'adaptation des systèmes de santé aux changements globaux ne pourrait se limiter à des réorganisations internes : elle nécessitera nécessairement, de façon complémentaire, la conclusion de nouveaux rapports et de nouvelles alliances avec des intervenants non gouvernementaux.

Un autre enseignement important, à notre avis, à tirer de ces expériences est que les formules visant à marier les plus grands avantages du public et du privé n'ont de sens, et ne sauraient être efficaces, que dans le contexte très particulier des **valeurs** et des **arrangements** déjà présents qui reflètent la culture générale de la société dans laquelle ces formules s'inscrivent. Le contexte n'étant pas le même, ces formules, aussi adaptées soient-elles à la situation de ces pays, ne sauraient être appliquées automatiquement à la situation du Québec.

CHAPITRE III

Une nouvelle conjonction public-privé pour la santé au Québec :
des orientations à privilégier,
des avenues à explorer

De la réforme des années 90, le système de santé et de services sociaux du Québec hérite notamment d'une meilleure répartition des rôles et des responsabilités entre ses différents paliers de gestion, de fusionnements et de réorganisations nécessaires au virage ambulatoire, et de gains sur le chapitre de l'efficacité et de l'efficience de nombreux services. Ces changements n'ont cependant pas permis de résoudre tous les obstacles structurels qui limitent les possibilités d'adapter les services aux nouveaux besoins et à la nouvelle réalité.

À l'intérieur du réseau **public**, on réalise aujourd'hui que, de l'organisation actuelle « en cheminées » où les différents épisodes de soins nécessaires à un patient sont fractionnés entre de nombreux intervenants découle un manque de coordination affectant l'accessibilité et la continuité des services. De nouveaux changements sont par ailleurs en voie de modifier rapidement l'environnement du réseau public, rendant plus complexe sa gestion. Plusieurs gestionnaires signalent à cet égard avoir à gérer non plus seulement l'offre, mais aussi la demande des services publics : les utilisateurs tendent souvent à se diriger vers les ressources les plus coûteuses sans être adaptées à leurs besoins (ex. : urgences, spécialistes), et leurs demandes se manifestent de façon plus affirmative et critique. À l'extérieur, l'offre de services **privés**, particulièrement dans les services d'hébergement et d'aide à domicile, connaît une croissance remarquable. Ce phénomène est préoccupant du fait qu'il se développe en marge du réseau public et qu'il est susceptible de poser de nouveaux problèmes de qualité et de sécurité.

Pour le système de santé et de services sociaux, ce contexte nous semble faire naître un double défi : à l'intérieur, la nécessité de procéder à une intégration des différents niveaux de services et d'harmoniser les modalités de financement à de nouvelles formes d'organisation en « réseaux intégrés » ; à l'extérieur, l'établissement de relations avec le secteur privé sur de nouvelles bases, afin que soit assurée, globalement, la meilleure réponse possible aux besoins de la population.

Afin de favoriser une nouvelle conjonction du public et du privé dans la santé au Québec, on peut se demander dans quels domaines cette conjonction serait susceptible d'offrir de nouvelles possibilités d'améliorer les services à la population, quelles seraient les grandes orientations à privilégier, quelles limites il faudrait se fixer. Le présent chapitre cherche à répondre à ces interrogations. Il comprend deux sections intitulées : *maintenir le cap sur l'essentiel* et *poursuivre des orientations privilégiées*.

3.1 Maintenir le cap sur l'essentiel

3.1.1 Consolider le réseau public de services et mieux lier le privé à l'intérêt général

Dans l'ensemble de nos sociétés, le rôle de l'État tel qu'on l'a connu au cours des dernières décennies est en mutation. D'un État bureaucratique et centralisé, il tend à évoluer vers un État décentralisé et plus souple qui délègue certaines responsabilités pour se concentrer sur les fonctions stratégiques qui sont siennes, soit celles de financement, de planification, de coordination, d'évaluation et de régulation.

Dans ce contexte de mutation générale, il est présentement difficile de cerner précisément comment évoluera le rôle de l'État dans la santé et les services sociaux. Cependant, il nous semble que, pour répondre aux besoins croissants avec les ressources disponibles, l'État sera appelé non seulement à consolider son réseau public de services, mais aussi à favoriser une meilleure coordination d'un ensemble d'activités publiques et privées reliées à des services sociaux et de santé d'une grande importance pour le bien-être de la société. Il devra également exercer ses responsabilités sur le plan de la réglementation.

Pour le groupe de travail, les questions essentielles doivent demeurer la santé de la population, le bien-être des citoyens et les services qui répondent à leurs besoins. Pour ce, la société québécoise devra s'appuyer sur tous ses acquis : un réseau public dont les principes fondamentaux d'équité et de solidarité sont solidement établis, de nombreux organismes sans but lucratif et à vocation communautaire près des gens et engagés dans toutes les communautés ainsi qu'un entrepreneurship beaucoup plus présent au Québec qu'il y a trente ans.

Cela amène la question du partage des responsabilités lorsque des choix de solutions existent. À cet égard, la plupart des groupes consultés ont insisté sur l'importance de faire la distinction entre le rôle de l'État d'assurer le **financement**, la **gérance** générale et la **responsabilité** des services publics à la population, rôle qu'il ne pourrait aliéner, et la question de savoir « qui est le mieux placé pour produire les services au meilleur coût ». Tout en étant *a priori* d'accord avec l'importance de cette distinction, la question mérite à notre avis des précisions.

Pour le groupe de travail, tous les types de tâches ne pourraient être confiées indistinctement à n'importe quel secteur. Les objectifs et les contraintes du privé et du public, et les attentes de la population par rapport à l'un et l'autre secteur ne sont tout simplement pas les mêmes. Une différence essentielle est que l'usager qui utilise les services publics n'est pas seulement un « client » : il a un statut de citoyen à part entière. En vertu de son statut, il dispose des mêmes droits, obligations et privilèges que les autres citoyens, et les services publics sont tenus de respecter ces droits et de favoriser leur exercice en conformité avec les lois qui les régissent.

Une autre différence majeure : les objectifs et les mesures de résultats. Les objectifs des services publics sont souvent implicites, ou exprimés en termes qualitatifs (ex. : dignité, intégrité de la personne, traitement équitable, etc.). Il n'existe pas une mesure simple de l'atteinte des objectifs comparable au profit des entreprises, ce qui pose un grand défi pour une gestion par résultats dans les services publics. Par ailleurs, la gestion des fonds publics exigera toujours le respect de règles et de procédures contraignantes visant à assurer l'impartialité, la transparence et la responsabilité qui n'ont pas d'équivalent dans le secteur privé. Malgré ces différences, les services publics doivent cependant continuellement chercher à adapter et à utiliser les meilleurs techniques de gestion disponibles afin d'offrir aux citoyens les meilleurs services au meilleur coût.

Pour que simplement « chacun soit à sa place » et pour obtenir une conjonction optimale du public et du privé dans la santé, trois conditions apparaissent nécessaires : que les tâches et les responsabilités soient appariées de façon appropriée, qu'on se donne des balises, et que les arrangements entre le public et le privé soient adaptables aux changements.

3.1.2 Apparier les tâches et les responsabilités de façon appropriée

Il semble utile d'apporter d'abord quelques éclaircissements sur la nature des tâches qui conviennent le mieux au secteur public et au secteur privé. Essentiellement, l'appariement le plus souhaitable nous semble être celui qui utilise au mieux les forces respectives, compte tenu des objectifs poursuivis.

Les forces du secteur public

De par la nature de leur engagement et le contexte dans lequel ils évoluent, les secteurs public et privé ont chacun acquis des capacités qui les rendent aptes à assumer au mieux des types différents de responsabilités. Ainsi, on reconnaît que le secteur public est généralement le seul à pouvoir assumer des tâches qui sont essentielles au bien commun, qui doivent demeurer en tout temps sensibles à la volonté générale et qui sont susceptibles d'entraîner régulièrement des décisions de nature politique. Les tâches suivantes en sont des exemples :

- assurer un financement général équitable ;
- assurer la stabilité et la continuité des services essentiels à l'ensemble de la population ;
- assurer l'égalité des chances et le respect des droits ;
- soutenir les initiatives favorisant la cohésion sociale ;
- prévenir la discrimination et le favoritisme dans l'utilisation du bien public ;
- assurer vis-à-vis les citoyens la transparence des décisions et la responsabilité des services ;
- assurer la réglementation des mécanismes du marché, etc.

Si la stabilité et la poursuite du bien commun sont la raison d'être et les points forts du secteur public, ces qualités se paient cependant à un prix jugé élevé par certains : une plus grande rigidité, un manque d'innovation et une capacité d'adaptation aux changements moins rapide que dans le secteur privé, sont les inconvénients les plus souvent soulevés.

Les forces du secteur privé à but lucratif

Selon de nombreux commentaires, les faiblesses du secteur public correspondent souvent aux points forts du secteur privé, et vice versa. Alors que le secteur privé est moins apte à accomplir les tâches précédentes de façon satisfaisante, on reconnaît généralement qu'il est le mieux placé pour assumer des tâches qui exigent d'anticiper continuellement les attentes de la clientèle, de s'adapter rapidement à la fluctuation des besoins, et qui requièrent des ajustements réguliers dans les processus de production. Le secteur privé, lorsqu'il est en situation de concurrence, apparaît comme le plus apte à produire des biens et des services :

- qui deviennent rapidement obsolètes ;
- qui doivent être adaptés à une grande diversité de besoins ;
- dont les rapports coût-efficacité et coût-efficience sont déterminants ;
- dont la production exige l'adoption rapide d'innovations technologiques et un ajustement constant des qualifications professionnelles ;
- qui exigent une souplesse dans la gestion des ressources humaines et matérielles ainsi qu'une habileté à obtenir un financement approprié en temps opportun ;
- qui nécessitent une aptitude à innover, à imiter avec célérité les expériences fructueuses et à abandonner rapidement les pratiques désuètes et les expériences infructueuses, etc.

Les forces du secteur privé sans but lucratif

Pour leur part, les entreprises sans but lucratif et les organismes communautaires apportent à la communauté des éléments que le secteur public et le secteur privé à but lucratif peuvent difficilement ou ne peuvent pas apporter. On les reconnaît généralement comme étant les mieux placés pour assumer des tâches exigeant une approche personnalisée et humanitaire, qui nécessitent temps, dévouement et patience, qui font appel à des valeurs de dignité et de reprise en main des personnes sur leur vie et qui nécessitent l'implication volontaire des gens du milieu. Exemples :

- rendre des services requérant une attention personnalisée ainsi qu'une approche globale de relation d'aide ;
- apporter un soutien et un réconfort aux gens du milieu vivant des situations difficiles ;

- rendre des services impliquant l'imposition d'une certaine discipline et la promotion d'une éthique sociale (ex. : violence, alcoolisme et toxicomanies, etc.) ;
- rendre des services exigeant du travail bénévole et nécessitant relativement peu de ressources humaines spécialisées ;
- rendre des services reposant essentiellement sur la participation financière volontaire du milieu et qui n'impliquent pas la recherche d'un profit, etc.

Ces quelques considérations soulignent l'importance de répartir les tâches et les responsabilités de façon appropriée selon les différents types de services visés en tenant compte des forces de chaque secteur ainsi que des objectifs poursuivis.

3.1.3 Se donner des balises

De l'avis du groupe de travail, le système de santé et de services sociaux dispose d'une certaine marge de manœuvre lui permettant d'approfondir ses rapports avec le secteur privé. Cependant, afin d'éviter des effets indésirables pouvant compromettre des acquis, il importe d'abord de se donner des balises délimitant l'acceptable de l'inacceptable. Dans l'application des différentes avenues énoncées plus loin, on devra notamment :

- éviter de compromettre l'atteinte des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec¹⁵ ;
- préserver l'accessibilité, la qualité et la continuité des services publics de santé et de services sociaux ;
- assurer l'équité dans le financement des services publics de santé et de services sociaux ;
- maintenir le contrôle des coûts des services sociaux et de santé ;
- conserver la transparence ainsi que la responsabilité dans l'utilisation des fonds publics ;
- respecter la confidentialité des informations ;
- éviter les ambiguïtés quant à la nature de la mission et aux objectifs du régime public de santé et de services sociaux ;
- maintenir les capacités du système public en matière de planification, de financement, de coordination, d'évaluation et de régulation ;
- s'abstenir de nourrir un climat de compétition non productive, centrée sur l'obtention des ressources plutôt que sur la satisfaction des usagers ;

15. Voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique de la santé et du bien-être*, 1992. Par cette politique, le secteur sociosanitaire s'est donné dix-neuf objectifs de réduction des problèmes de santé et de bien-être à poursuivre pour la période de 1992 à 2002, de grandes stratégies d'action à privilégier et a déterminé les usagers (ou bénéficiaires) prioritaires des programmes de santé et de services sociaux au Québec.

- éviter la formation de monopoles desquels le réseau deviendrait dépendant ;
- ne pas encourager la dépendance d'entreprises ou d'organismes envers les fonds publics.

3.1.4 Adapter aux changements les arrangements entre le public et le privé

Pour que le meilleur du privé et du public puisse contribuer à répondre aux besoins de la population le mieux possible, il n'est pas suffisant que les tâches soient réparties de façon appropriée et qu'on se donne des balises. On doit surtout favoriser une synergie et une meilleure intégration des forces.

À cet égard, le groupe de travail est d'avis que les efforts doivent être consacrés en priorité à améliorer le système public actuel. Néanmoins, il considère que le système public ne pourrait s'isoler et se priver de l'apport des autres secteurs de la société. **Ce que le groupe de travail propose, c'est non pas une *privatisation* du système public de santé et de services sociaux, mais une meilleure *utilisation* du public et du privé afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins de la population.**

Les résultats de nos travaux nous amènent à dire que, afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins des citoyens, le secteur public peut utiliser les six grandes approches énumérées ci-dessous dans ses rapports avec le privé.

**ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES POUR LES RAPPORTS
DU SECTEUR PUBLIC AVEC LE SECTEUR PRIVÉ¹⁶**

À l'intérieur du système public de santé et de services sociaux :

- 1) bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité ;
- 2) accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé.

Avec les particuliers, les organismes communautaires et les entreprises sans but lucratif :

- 3) soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle ;
- 4) créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu.

Avec les professionnels autonomes et les entreprises à but lucratif :

- 5) favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût ;
- 6) réglementer certaines activités du marché afin qu'elles soient conformes à l'intérêt commun.

16. Ce cadre suggère également que le secteur privé peut contribuer à répondre aux besoins de santé et de services sociaux principalement de six façons. **Dans son volet à but lucratif** : 1) en mettant sur le marché des biens et des services dans le respect des lois et règlements ; 2) en offrant des services publics assurés, dans le cadre d'un partenariat et de conventions avec le Ministère ou le gouvernement ; **dans son volet sans but lucratif** : 3) en offrant des services (subventionnés) permettant aux individus de retrouver leur autonomie et à la communauté de prendre en charge certaines responsabilités du milieu ; 4) en trouvant des solutions nouvelles adaptées aux problèmes du milieu ; **à l'égard du régime public** : 5) en fournissant un financement volontaire et en assumant des tarifs et des contributions demandés pour certains services publics ; 6) en favorisant l'utilisation d'outils ou d'approches de gestion plus performants et mieux adaptés aux caractéristiques du régime public de santé.

On peut dire que la société, tout en accordant un rôle prépondérant au secteur public dans la santé, répond à ses besoins en faisant appel à l'ensemble de ces relations entre le public et le privé.

Mentionnons que les sujets examinés font suite à des propositions exprimées pendant nos consultations ou découlant de notre mandat : ils ne sont donc pas présentés comme les seuls envisageables¹⁷. De plus, les pistes dégagées ont été limitées à celles qui respectent les principes fondamentaux du régime de santé et de services sociaux, **conformément au mandat reçu**. Elles excluent en conséquence celles qui iraient à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé et des lois sur la santé au Québec (ex. : tarification pour des services plus rapides ou prestation de services médicaux et hospitaliers privés).

Les thèmes méritant d'être abordés étant nombreux et complexes, le groupe de travail s'est donné comme objectif d'apporter des éclaircissements sur de nombreux points et de présenter un cadre cohérent apte à favoriser la réflexion. Les propositions énoncées doivent donc être considérées comme des réflexions préliminaires, comme un premier déblayage. C'est aux intervenants et aux décideurs qu'il appartiendra de statuer sur la pertinence des pistes dégagées et de préciser éventuellement les moyens d'application qu'ils jugent appropriés.

De l'avis du groupe de travail, les avenues qui suivent sont celles qui ont été perçues comme les plus susceptibles d'améliorer les services à la population par une meilleure convergence du public et du privé, sans remettre en cause les principes fondamentaux du régime de santé et de services sociaux du Québec. On en trouvera la liste au tableau 6. Un sommaire est présenté dans le document accompagnant le présent rapport, intitulé *Constats et recommandations sur les pistes à explorer*.

17. Notons que, pour cette raison, les pistes présentés portent principalement sur la santé et l'hébergement des personnes âgées, peu de commentaires ayant porté sur les autres services sociaux. Néanmoins, les avenues énoncées s'appliquent également de façon générale aux services sociaux.

TABLEAU 6

ORIENTATIONS À PRIVILÉGIER ET AVENUES À EXPLORER, DANS LES DOMAINES LIÉS AU FINANCEMENT ET À LA PRODUCTION DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ AU QUÉBEC

FINANCEMENT	PRODUCTION		
	Public (Réseau des établissements)	Sans but lucratif (incluant les particuliers)	Privé À but lucratif
Public (Fonds consolidé du revenu du Québec)	<p>1. Bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité</p> <p>A) Tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services</p> <ul style="list-style-type: none"> – Adopter une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers. – Ajuster les modalités de financement des établissements en fonction des usagers et de la mission des établissements. – Associer les travailleurs à la réduction du coût des services périphériques et adopter de nouveaux modèles de gestion. – Réviser les modalités de rémunération des médecins et certaines conditions de travail des salariés. <p>B) Remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> – Adapter les programmes de services et le soutien financier s'adressant aux personnes âgées. – Implanter de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services ». – Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de « compétition interne ». <p>C) Limiter la création de services de santé privés parallèles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Consolider les services et réduire les temps d'attente problématiques. – Ne pas permettre la double pratique et l'assurance privée de services médicaux. 	<p>3. Soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assurer une meilleure coordination des rapports avec les organismes communautaires. – Favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité. – Revoir la réglementation de certaines activités sans but lucratif. 	<p>5. Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût</p> <ul style="list-style-type: none"> – Confier aux cliniques privées un rôle mieux adapté au virage ambulatoire à l'intérieur de réseaux intégrés de services de première ligne. – Préciser la notion de « clinique affiliée » offrant des services de technologie médicale et de laboratoire. – Favoriser de nouvelles formes de partenariat technologique lorsqu'elles permettent d'améliorer les services et de faire des économies. – Favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres.
	Privé (Tarifs, primes, fondations, dons)	<p>2. Accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accès et d'équité. – Valoriser et soutenir les activités de financement volontaire. – Rentabiliser les capacités excédentaires des équipements, en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat. – Ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers. 	<p>4. Créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que les pratiques et la réglementation ne font pas obstacle aux projets innovateurs. – Favoriser la diffusion de projets innovateurs et accroître leurs chances de succès.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC.

3.2 Poursuivre des orientations privilégiées

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE ET METTRE LES PATIENTS AU CENTRE DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Que ce soit par l'amélioration du système public actuel ou par une plus grande complémentarité avec le secteur privé, qu'il s'agisse d'actions portant sur l'organisation des services ou sur leurs modalités de financement, qu'elles aient une portée à court ou à long terme, toutes les stratégies et mesures envisageables doivent converger vers un seul et même but : améliorer la santé et le bien-être de la population, et mettre les usagers au centre de la prestation des services sociaux et de santé du Québec.

Réduire les disparités ayant une incidence sur l'état de santé et de bien-être constitue la grande priorité relative à la population. L'importance à accorder à cet objectif mène à accentuer les efforts pour doter le système de santé et de services sociaux du Québec d'indicateurs précis de santé et de bien-être, et à poursuivre des objectifs d'amélioration. Sur le plan individuel, faire en sorte que des services accessibles et de qualité répondent adéquatement aux besoins — tant les services devant demeurer publics que les services offerts dans le privé — est le point de convergence de toutes les orientations et avenues suggérées.

Avant toute autre orientation, il importe d'abord de concrétiser tout le potentiel d'amélioration du système public de santé et de services sociaux.

3.2.1 Bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité

Les services « médicalement et socialement requis » et les services sociaux forment le cœur du régime public de santé et de services sociaux du Québec. Faire le maximum pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité de ces services — en intégrant au besoin des pratiques de gestion mises au point par le secteur privé — et assurer l'intégrité du système font consensus dans l'ensemble des groupes socioéconomiques rencontrés.

À cet égard, les avenues suggérées en consultation peuvent être regroupées selon trois grandes orientations prioritaires :

- tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services ;
- remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques ;
- limiter la création de services privés parallèles.

Tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services

Adopter une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers — Les pressions continuant à s'exercer sur le réseau de services, la non-acceptation d'utilisation de services médicaux privés parallèles comme solution de rechange rend d'autant plus impérative la nécessité d'accentuer les efforts visant à améliorer les résultats et la performance générale des services publics.

Pour bien gérer, on doit pouvoir bien quantifier. Des retards importants se sont accumulés en matière de systèmes d'information, qui freinent l'adoption d'une véritable gestion clinique et financière axée sur les résultats et la performance. Ces retards doivent être rattrapés en priorité. À cette fin, il y a lieu de s'assurer que les dispensateurs de services et les gestionnaires disposent le plus rapidement possible de nouveaux systèmes d'information qui ont fait leurs preuves. Ces systèmes permettront aux dispensateurs de soins de prendre des décisions cliniques mieux éclairées pour leurs patients (ex. : évaluation des besoins, satisfaction des patients, accessibilité aux services, obtention des résultats, etc.) Il importe également qu'ils disposent d'outils modernes de gestion et d'évaluation de la pertinence, de l'efficacité et de la qualité technique de leurs actes et de leurs interventions professionnelles (ex. : guides informatisés de pratique, etc.).

En matière de coordination et de continuité des services, il importe de disposer de systèmes permettant de lier l'information sur le cheminement du patient dans un même épisode de soins et permettant aux différents établissements et dispensateurs de services de partager l'information sur le cheminement de chaque patient.

Les systèmes d'information doivent également permettre aux planificateurs et aux gestionnaires de prendre des décisions financières appropriées en intégrant les perspectives cliniques et financières liées à la notion générale de performance. Du point de vue budgétaire et financier, le coût unitaire des différents services n'est présentement pas toujours connu par catégorie d'utilisateurs. Il apparaît particulièrement important de connaître ces coûts par type de diagnostic pour les usagers hospitalisés ou qui reçoivent des soins ambulatoires en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), de même que le coût unitaire des soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Disposer d'outils modernes permettant de quantifier les principales variables cliniques et financières et d'en faire un monitoring en continu est devenu nécessaire à toute grande organisation moderne de santé. En pratique, tout ou presque reste à faire sur ce plan au Québec. On doit cependant éviter que se développe un type de médecine qui ne correspond pas aux traditions et aux valeurs de notre système (ex. : contrôle bureaucratique de la pratique aux États-Unis). Afin que les intervenants s'approprient de tels outils et les utilisent dans le sens souhaité de meilleurs services à la population, il importe que les systèmes d'information soient adaptés à la logique de notre système et que les intervenants en cause participent à leur conception.

Pour une nouvelle gestion clinique et financière, il importe donc que du temps et de l'argent soient consacrés à la fabrication de nouveaux outils. Aussi nécessaires soient-ils, on doit se souvenir que le plus important ne réside cependant pas dans ces nouveaux systèmes d'information, mais dans l'adoption, par le réseau et par les intervenants, de véritables mécanismes de gestion et de responsabilisation axés sur des objectifs de résultats et de performance clinique et financière.

Ajuster les modalités de financement des établissements en fonction des usagers et de la mission des établissements — Avec les crédits accordés pour l'année 1999-2000, le Ministère a franchi un premier pas en matière de gestion axée sur les résultats et la performance en convenant d'objectifs de résultats et en prévoyant que l'octroi de certains montants additionnels à certains hôpitaux en déficit sera lié à l'atteinte d'objectifs préétablis dans des ententes de gestion. Cette expérience pourrait être approfondie et étendue davantage.

La formule actuelle de financement des hôpitaux par une enveloppe globale, établie selon la méthode du coût historique, ne tient pas compte de façon systématique de la lourdeur différente des cas traités ni des différents types de services offerts selon la mission des établissements. Cela est particulièrement vrai pour les centres hospitaliers universitaires où se concentrent les services ultraspécialisés et les cas les plus lourds. Dans un tel cadre, les déficits d'un établissement ne résultent pas nécessairement d'un manque de performance, pas plus que les surplus ne sont nécessairement attribuables à une bonne gestion. Cette formule de budgétisation n'assure pas l'équité financière à la base et ne favorise pas la responsabilisation.

Modifier les modalités actuelles de financement des hôpitaux est devenu nécessaire non seulement pour assurer l'équité, mais aussi pour l'amélioration continue de la performance hospitalière générale. À cette fin, il y aurait lieu, selon le groupe de travail, d'explorer la possibilité d'une expérience-pilote visant à financer des hôpitaux à partir de coûts standards établis par type d'usagers (selon le système des « Diagnosis Related Groups » [DRG]).

Certaines provinces, comme l'Alberta, ont déjà adapté au contexte canadien cette approche mise au point aux États-Unis, en mettant en place des mécanismes de budgétisation similaires. Les hôpitaux étant ainsi traités sur le même pied, il peuvent être tenus responsables de leur gestion : ceux dont les coûts unitaires sont inférieurs aux coûts standards, pour des types d'usagers comparables, peuvent conserver les surplus pour leurs besoins alors que les autres doivent assumer leur déficit.

À partir des résultats obtenus, il y aurait lieu de modifier les modalités de financement des établissements de façon progressive et coordonnée, par exemple, en ce qui concerne les montants supplémentaires accordés et ensuite une partie croissante du budget des établissements. Une telle approche devrait cependant tenir compte de la nécessité pour les hôpitaux de maintenir les services à la population. Elle devrait également permettre de maintenir le contrôle des dépenses globales des hôpitaux.

Associer les travailleurs à la réduction du coût des services périphériques et adopter de nouveaux modèles de gestion — Les services administratifs et de soutien dans les établissements du réseau représentent, en 1997-1998, 2,5 milliards de dollars, dont la majeure partie (environ 80 %) constituent des salaires¹⁸. Ces services regroupent plus de 46 000 travailleurs en équivalents temps plein, bénéficiant pour la plupart de clauses de sécurité d'emploi. Près des trois quarts de ces emplois et des dépenses sont concentrés dans cinq catégories de services : l'administration générale, l'alimentation, l'entretien sanitaire, l'entretien et la réparation des installations, et la buanderie-lingerie¹⁹.

Les services administratifs et de soutien, dans le réseau d'établissements, regroupent 263 titres d'emplois, comprenant 60 titres d'emplois de cadres et 203 titres de salariés, dont les tâches sont souvent très fragmentées (ex. : vitriers, serruriers, préposés aux légumes, opérateurs de machines à laver la vaisselle, etc.). Ces services posent donc deux grands problèmes : celui des coûts et celui de la complexification de la gestion hospitalière.

Pour protéger les services directs à la population, des efforts importants ont été réalisés afin de réduire les coûts des services périphériques au cours des dernières années. Entre 1994-1995 et 1997-1998, les dépenses pour les services administratifs et de soutien ont été réduites de 11,5 %, et les effectifs ont diminué de 15,6 % en équivalents temps plein. Ces gains d'efficience ont été réalisés sans modification des conventions collectives en vigueur.

Pour la plupart de ces services, des écarts souvent très importants dans les coûts unitaires sont observés entre les établissements du réseau. Sur la base des données de 1995-1996, en comparant les établissements se situant au premier tiers de chaque groupe de référence, on a pu estimer que les écarts de coûts unitaires représentaient en moyenne près de 24 % des dépenses brutes d'opération. Ces écarts ne tenaient pas compte des économies potentielles dans les investissements. L'écart des coûts entre les services administratifs et de soutien produits dans le réseau et ceux rendus par le secteur privé était estimé, pour la même année, à approximativement 30 %, variant selon les différentes catégories. Ces estimations mériteraient sans doute d'être précisées. Elles témoignent néanmoins que, malgré les gains réalisés depuis²⁰, des économies importantes pourraient encore être faites.

18. Les services administratifs et de soutien en cause excluent les services de soutien clinique, soit les services de laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie en établissement.

19. Les autres catégories d'emplois administratifs et de soutien sont : les services de stérilisation et de distribution, de réception et d'archivage, d'administration des services techniques, d'informatique, de déplacement des bénéficiaires, des archives, d'accueil, de communications et messageries, de déchets biomédicaux, de transport des usagers, de fonctionnement des installations (énergie) et de sécurité.

20. Rappelons que les dépenses *totales* pour ces services ont été réduites de 11,5 % entre 1994-1995 et 1997-1998.

Bien qu'ils jouent un rôle indispensable dans la qualité des services essentiels, les services administratifs et de soutien ne sont pas en tant que tels des services médicalement requis comme ceux qui sont au cœur de la mission des hôpitaux. Aussi importe-t-il qu'ils réduisent le plus possible les coûts de ces services.

À cette fin, il est nécessaire que soit d'abord établie la « vérité des coûts » des services administratifs et de soutien, afin de mettre en évidence les écarts par rapport aux solutions de rechange dans le secteur privé et par rapport aux autres établissements publics. Pour une enveloppe de fonds publics donnée, ces écarts signifient autant de ressources non consacrées aux services directs à la population.

Il importe ensuite d'adopter des démarches appropriées.

À cet égard, on doit tenir compte que les situations sont variées et très particulières. Une solution appropriée pour un hôpital peut s'avérer inapplicable ou désavantageuse pour un autre. Si, dans certains établissements, certains services peuvent être obtenus du secteur privé, dans d'autres, il n'existe pas un nombre suffisant d'entreprises assurant un marché compétitif. Il n'existe donc pas de solution unique pour tous ces services et pour tous les hôpitaux. Par ailleurs, rappelons que des représentants de groupes de travailleurs ont déjà offert leur collaboration, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services périphériques.

Pour réaliser le potentiel d'économies réalisables, le groupe de travail privilégie dans ce contexte une démarche graduelle visant trois objectifs : 1) réduire les écarts de coûts avec le privé, 2) rentabiliser les capacités excédentaires des équipements et des locaux et 3) adopter de nouveaux modèles de gestion de façon à permettre à l'administration hospitalière de simplifier ses opérations périphériques et de recentrer ses activités sur sa mission première, les services de santé à la population.

Objectifs à court et à moyen terme — De façon générale, pour les services périphériques, on doit viser un objectif final de saine gestion : « les meilleurs services au meilleur coût ». À court terme, on doit cependant tenir compte de l'héritage à assumer. La dotation en main-d'œuvre, l'organisation du travail et les équipements de production en place, notamment, constituent une donnée qu'on ne peut négliger. On doit également tenir compte du nombre important de travailleurs dans ces services, qui bénéficient pour la plupart de la sécurité d'emploi.

C'est pourquoi le groupe de travail privilégie une démarche à court terme appuyée sur la collaboration des travailleurs, les associant à des objectifs de réduction du coût des services administratifs et de soutien, *à l'intérieur des structures de production actuelles*. Les travailleurs du réseau ont déjà démontré qu'ils étaient capables de relever le défi de réduire les écarts de coût des services périphériques par rapport au privé tout en préservant les emplois et, partant, la qualité du climat de travail dans les établissements. Une partie des gains potentiels pourrait ainsi être réalisés par des actions visant à optimiser les coûts sans modification majeure de la structure de fonctionnement actuelle. En voici quelques exemples :

- l'implantation de systèmes de gestion informatisés ;
- la normalisation des produits et des services ainsi que des méthodes ;
- l'analyse systématique des tâches ;
- l'utilisation de produits ou de services réduisant les coûts de main-d'œuvre ;
- le décloisonnement des postes et la réduction du nombre de titres d'emploi ;
- la formation du personnel ;
- la préparation de devis de performance uniformes ;
- l'intensification des achats regroupés ;
- le regroupement de certaines activités.

Afin de réduire davantage les coûts des services administratifs et de soutien et de tirer le meilleur parti des structures de production actuelles, il y aurait lieu, également, d'examiner les possibilités d'établir des formes de partenariat public intraréseau (c'est-à-dire un regroupement de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux) ou interréseaux (c'est-à-dire un regroupement du réseau de la santé et des services sociaux avec d'autres réseaux, tels les municipalités, les commissions scolaires, etc.).

Au-delà de ces actions, lorsqu'il est clairement démontré que, malgré les efforts, certains services administratifs et de soutien ne pourraient être produits à meilleur coût par le secteur public, le groupe de travail se prononce en faveur de l'adoption d'un processus menant à leur impartition au secteur privé.

Objectifs à long terme — À long terme, les objectifs fondamentaux du système et les meilleures conditions pour les atteindre doivent finir par prévaloir sur les obstacles structurels à court terme. Pour le système public de santé, le but à long terme n'est pas de mettre au point une expertise de plus en plus pointue dans la production de services administratifs et de soutien, mais de se concentrer sur le cœur de sa mission : les services directs de santé à la population.

Comme on le verra plus loin, adapter et réorganiser les services à la population à l'intérieur de réseaux intégrés sera une tâche complexe. Une telle tâche ne pourrait être réalisée sans que les hôpitaux y consacrent le maximum de leurs énergies. Simplifier et réduire le temps de gestion hospitalière impartie aux services périphériques apparaît comme une nécessité à long terme et, au Québec comme ailleurs, il semble prévisible que les hôpitaux devront passer davantage d'un mode de production à un mode d'approvisionnement. Il importe, cependant, d'aménager une transition juste et efficace.

Le groupe de travail est d'avis qu'à cet égard on ne doit pas confondre des solutions de « faire faire » et une privatisation du système. Il doit être clair que la production de ces services relève de considérations pratiques en gestion interne et ne touche en aucun cas à

ce qui est essentiellement public dans notre régime : un financement général équitable, une politique de santé et de bien-être pour tous et un réseau qui prend les moyens pour rendre les services accessibles au meilleur coût pour les citoyens. Si le rôle de l'État n'est pas de produire lui-même les services médicaux essentiels, comment pourrait-il être de son rôle essentiel de produire lui-même des services administratifs et de soutien ?

Dans une perspective à long terme, le groupe de travail pense qu'il serait possible d'adopter de nouveaux modèles de gestion des services périphériques adaptés aux nouveaux besoins des hôpitaux et de convenir de solutions innovatrices de partenariat avec des coopératives de travailleurs ou des entreprises privées. Certaines avenues seront explorées plus loin.

Réviser les modalités de rémunération des médecins et certaines conditions de travail des salariés — Si les patients sont au centre du système de santé, l'organisation du travail doit également en faire son pivot. Alors que nous nous acheminons vers une gestion intégrée des services, centrée autour des patients, l'organisation « tayloriste » actuelle du travail est appelée à évoluer vers des approches plus décloisonnées et multidisciplinaires visant des services personnalisés ajustés « sur mesure » à l'ensemble des besoins de chaque patient. Ces changements sont une nouvelle frontière que notre système devra franchir afin de pouvoir mieux répondre aux besoins de la population avec les ressources disponibles.

L'importance grandissante qu'on doit accorder à certaines fonctions liées notamment à la gestion, à l'enseignement et à la recherche, à la promotion et à la prévention, et au rôle de conseillers que devront jouer de plus en plus les médecins rend dépassé le mode traditionnel de rémunération à l'acte des services médicaux. De même, les nouvelles façons d'organiser le travail requerront davantage de polyvalence, et certaines conditions de travail des salariés devront être révisées afin qu'elles puissent s'adapter plus rapidement aux situations locales et régionales changeantes.

Le Ministère et les groupes en cause ont commencé à travailler sur les modalités de rémunération et certaines mesures ont été convenues récemment afin de les rendre mieux adaptées à la réalité (ex. : rémunération mixte des médecins, reposant moins sur l'acte). Le groupe de travail considère comme important que cette révision se poursuive, s'approfondisse davantage, et fasse l'objet de négociations avec les fédérations des médecins et les représentants des salariés.

Remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques

S'il convient, à court terme, de faire le maximum pour améliorer les services publics en modifiant l'organisation et les modalités de financement actuelles, à plus long terme, des contraintes structurelles importantes, qui limitent cette amélioration, devront être levées. Des efforts devraient donc être consentis dès maintenant afin de remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques.

Adapter les programmes de services et le soutien financier s'adressant aux personnes âgées — Le vieillissement de la population, l'alourdissement des cas, la réduction du soutien des familles et l'évolution de la richesse entraîneront non seulement une croissance, mais aussi une restructuration importante de la demande dans *tout le continuum de services aux personnes âgées*. Du fait qu'ils traversent l'éventail des arrangements entre le public et le privé, ces changements lancent à l'ensemble des intervenants le défi d'établir un nouvel équilibre général. Plusieurs groupes consultés se sont dits préoccupés par ce phénomène au centre du présent débat.

Des modifications importantes sont à prévoir dans la demande pour les programmes de services **produits** par le réseau ou **subventionnés** par le gouvernement, qui constituent le champs d'intervention *directe* de l'État auprès des personnes âgées. Mentionnons notamment les changements suivants :

- **pour les services universels de santé**, l'accroissement des maladies chroniques à traiter impliquera des besoins accrus en services médicaux et psychosociaux à domicile ou en établissement, ainsi qu'en services spécialisés de gériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation intensive ;
- **pour les services complémentaires de santé**, la croissance de la demande de médicaments par les personnes âgées amènera à accroître les efforts visant à promouvoir une meilleure médication et à prévenir l'hospitalisation et les conséquences d'une mauvaise utilisation ;
- **pour les services sociaux**, la croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie exercera une pression régulière sur la prestation de services de maintien à domicile des CLSC ainsi que d'hébergement en CHSLD ;
- **pour les mesures d'aide financière et fiscale**, les demandes de soutien financier pour l'hébergement de personnes âgées de même que pour des services d'aide domestique fournis par des entreprises d'économie sociale ou des coopératives sont appelées à augmenter.

Ces changements structurels, et d'autres également, appellent une révision de l'ensemble des programmes de services et d'aide financière à l'intérieur d'une stratégie d'adaptation globale de l'intervention de l'État aux besoins des personnes âgées. De l'avis du groupe de travail, une telle révision devrait tenir compte, notamment, des objectifs et des principes d'intervention de l'État qui diffèrent pour chacun des programmes en cause (par exemple, le caractère universel des services médico-hospitaliers et le caractère d'assistance propre aux services sociaux et aux programmes d'aide financière) ainsi que de l'évolution de la situation financière de l'État.

L'adaptation des programmes gouvernementaux nous semble impliquer une progression naturelle des priorités, allant des services universels d'assurance maladie, qui doivent demeurer entièrement publics, aux services d'assistance et aux mesures d'aide financière, qui visent des groupes d'utilisateurs et des objectifs plus limités. Selon les

priorités inhérentes à notre système, il nous apparaît que plus on s'éloigne des usagers exigeant des services de santé « lourds » et des groupes d'usagers socialement les plus démunis, moins importante doit être la responsabilité *directe* de l'État tant dans le financement et la production des services que dans l'aide financière accordée.

Plusieurs groupes consultés ont indiqué, en particulier, que les programmes relatifs à l'hébergement des personnes âgées et aux services à domicile apparaissent complexes et forment un tout difficilement compréhensible pour ces usagers²¹. De plus, les critères d'accessibilité aux CHSLD des personnes en perte d'autonomie apparaissent à plusieurs comme non équitables, certaines personnes ayant à payer des montants plus élevés pour des situations en apparence semblables²². De l'avis du groupe de travail, il importe donc que l'ensemble des programmes publics de services d'hébergement et d'aide au maintien à domicile soient réexaminés afin de s'assurer de leur cohérence et de leur équité tout en gardant en mémoire qu'il ne s'agit pas de services universellement assurés. Des efforts de communication pourraient également favoriser une meilleure compréhension des limites de l'intervention de l'État en cette matière et de la transparence des critères d'admissibilité appliqués.

Par ailleurs, quels que soient les ajustements aux services publics que le gouvernement pourrait faire au cours des prochaines années, la majeure partie des besoins des personnes âgées en hébergement et en services à domicile trouveront réponse dans le secteur privé. Ce phénomène fournit un bon exemple de la nécessité de réviser les relations entre le public et le privé.

Il semble en effet que la réponse aux besoins des personnes âgées n'exigera pas seulement une **intégration verticale** entre les différents niveaux de services à l'intérieur du réseau public (des services ambulatoires aux services ultraspecialisés en gériatrie), mais qu'elle exigera également une certaine **intégration horizontale**, afin de lier aux interventions du réseau public l'apport de la famille et des proches, des organismes communautaires, des professionnels autonomes en pratique privée ainsi que des centres d'accueil privés ou d'autres organismes privés, et ce, pour répondre aux besoins de la même personne. La problématique des personnes âgées soulève aussi tout particulièrement la question de la régulation du privé de façon à assurer la sécurité des citoyens et une qualité acceptable des services de base, comme on le verra plus loin.

Implanter de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services » — Dans l'organisation actuelle, chaque hôpital reçoit un budget global couvrant les services produits à l'intérieur de ses murs et chaque médecin, une rémunération (principalement à l'acte) pour chaque contact avec le patient ou opération effectuée. Le caractère segmenté de l'organisation et du financement actuel n'est pas propre aux hôpitaux : il s'applique à

21. Ex. : crédits d'impôt, programme d'exonération financière pour des services à domicile fournis par des entreprises d'économie sociale, politique de contribution des adultes hébergés en CHSLD, etc.

22. Notons que, présentement, les personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant des services d'hébergement en CHSLD nécessitent en moyenne 2,5 heures de soins par jour. Il ne s'agit cependant pas de normes d'accessibilité, mais de résultats d'observation.

toutes les composantes du réseau. De grands efforts sont présentement déployés à l'intérieur de chacun des types d'établissement pour « défragmenter » l'organisation, et le travail en équipes multidisciplinaires s'impose et prend place de plus en plus. Cet effort est cependant laborieux et se heurte à des obstacles structurels importants. Notamment, aucune équipe ou aucune entité ne dispose d'une véritable « responsabilité de clientèles d'usagers » ni d'aucun pouvoir de gestion intégrée des services.

Chaque « producteur » de services (CHSGS, CLSC, CHSLD, etc.) n'est en effet responsable que des épisodes détachés de soins dispensés dans ses murs pour des patients qui défilent de plus en plus vite. Aucun n'est responsable de coordonner les services *entre* les différents producteurs, pour assurer une réponse cohérente à l'ensemble des besoins d'un même patient. Pour l'utilisateur, il n'existe pas de responsable permanent, de « sherpa », pour organiser son parcours, le guider dans les sentiers de services et assurer le suivi. De cette organisation « en silos », il s'ensuit d'importants dysfonctionnements tant sur le plan de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité que sur celui de l'efficacité générale des services à la population.

S'ils se comportent rationnellement, les intervenants ont intérêt à transférer à d'autres, par toutes sortes de moyens, des cas pouvant engendrer des coûts importants. Ils peuvent se voir financièrement pénaliser pour des initiatives qui sont susceptibles de faire faire des économies à d'autres établissements et à l'ensemble du réseau. Pour les patients, les risques sont importants de se retrouver « entre deux chaises » par manque de coordination et de se voir renvoyé « de Caïphe à Pilate » sans disposer d'aucun pouvoir d'influer sur le système. Pour une enveloppe financière globale, le tout semble résulter en durée d'attente accrue affectant l'accessibilité des services à la population. La pertinence et la qualité des soins soulèvent aussi des interrogations. Plusieurs études internationales ont démontré d'importantes variations dans les pratiques médicales pouvant atteindre 400 % pour des populations ayant des profils de santé similaires²³.

Cette situation n'est pas particulière au Québec. De nombreux obstacles structurels freinent le dynamisme des systèmes publics de santé. Plusieurs pays ont entrepris depuis quelques années de corriger ces carences structurelles afin de redonner à leur système public de santé une capacité d'innover et une souplesse dont tous s'entendent à dire qu'elles leur font défaut. Ces réformes, amorcées au Royaume-Uni et adoptées dans les pays nordiques et en Nouvelle-Zélande, notamment, ont mené à la création de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services » (*managed care*). Ceux-ci sont une adaptation aux systèmes publics de modèles de gestion privée, dont la conception est attribuée aux Health Maintenance Organizations américains (HMO).

23. Voir CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC, *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. Voir aussi N.P. ROOS et L.L. ROOS, « *Small area variations, practice style, and quality of care* », dans R.P. WENZEL, éd., *Assessing Quality Health Care - Perspectives for Clinicians*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, p. 223-238.

L'analyse détaillée des divers modèles et options possibles excède le cadre du présent mandat. Mentionnons simplement que de façon générale, ceux-ci incluent les principales caractéristiques suivantes :

- le maintien à un niveau central des fonctions de « macrogestion » et une décentralisation des fonctions de « microgestion » ;
- le choix d'un ou de plusieurs « pivots » (*sponsors*) en fonction des objectifs visés²⁴ ;
- l'octroi d'une enveloppe budgétaire intégrée (la capitation) comprenant les montants alloués à différents producteurs, éventuellement à l'intérieur de divers programmes et couvrant un ensemble de besoins pour des groupes d'utilisateurs ciblés ;
- l'octroi d'une responsabilité exclusive par rapport à la production, à la coordination ou à l'achat de soins et de services pour des utilisateurs pendant une période donnée ;
- la possibilité, pour les utilisateurs, d'influer sur le système en ayant la possibilité de remettre en question leur affiliation à un dispensateur²⁵ ;
- pour concrétiser ces nouveaux rapports, l'adoption de mécanismes de budgétisation assurant que « l'argent suit le client ».

Le contrôle global des dépenses au niveau central étant assuré, ces approches permettent de ramener au niveau le plus près des patients les responsabilités à la fois cliniques et financières des services. Elles permettent une véritable intégration des services en permettant aux instances compétentes de prendre la responsabilité de produire, de coordonner ou d'acheter l'ensemble des services nécessaires à leurs utilisateurs et en leur assurant les moyens de le faire.

Des études internationales ont démontré le potentiel de ces approches pour améliorer les services à la population²⁶. Soulignons que l'intégration locale des responsabilités de gestion clinique et financière n'a pas comme objectif de faire réaliser des économies dans les dépenses publiques globales de santé. Cette intégration permet cependant de faire mieux avec les ressources globales disponibles et d'améliorer les services à la population en accroissant l'autonomie et la responsabilité des dispensateurs et des patients.

24. Exemples : la clinique médicale (dans les « *GP fundholders* » anglais), le centre de santé communautaire (en Suède), l'équipe spécialisée autour d'une clientèle particulière (les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec) ou un réseau gravitant autour d'un centre hospitalier (les HMO aux États-Unis). Mentionnons que, selon un autre modèle, la responsabilité d'acheter les services nécessaires à la population d'un territoire donné peut être confiée à l'entité régionale (District Health Authorities, au Royaume-Uni).

25. Cette orientation donne aux utilisateurs en cause le pouvoir de changer de dispensateur et d'amener avec eux les ressources, donnant ainsi suffisamment de signaux pour imposer au système de s'ajuster à leurs besoins. Elle renvoie aux notions d'« *empowerment* » et de « *contestability* ».

26. Voir S. WOOLHANDLER, *Profits from Pain : the Case for Single Payer Reform - The National Health Program Chartbook and Slideshow 1996 Edition*, Cambridge, The Center for National Health Program Studies, Harvard Medical School, 1996. Voir aussi S.M. SHORTELL, « Creating Organized Delivery Systems : the Barriers and Facilitators », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 38, n° 4, 1993, p. 447-466.

Ces approches impliquent des changements profonds dans l'organisation et le financement des services (ex. : enregistrement des usagers pour une période donnée, nouveaux modes d'organisation du travail et de rémunération, nouveaux systèmes d'information, nouveaux mécanismes de budgétisation, etc.). Elles exigent aussi l'adoption de nouveaux modes de pratique basés sur l'atteinte de résultats scientifiquement démontrée et permettant d'améliorer la qualité des soins (guides de pratique clinique). Comme elles peuvent aussi comporter certains risques²⁷, leur implantation doit être préparée avec le plus grand soin.

Au Canada, une douzaine de propositions sont présentement à l'étude, dont trois expériences-pilotes au Québec, dans le but d'évaluer des possibilités d'adapter certaines formes de gestion intégrée de services au contexte du régime canadien et québécois. La recherche la plus importante pour ce qui est des ressources engagées est le projet SIPA (soins intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) qui se poursuit au Québec et qui repose sur la constitution en CLSC d'équipes spécialisées en gériatrie. En tant que pivot, l'équipe de gériatrie dispense, coordonne et contracte une bonne part des soins et des services requis, et *établit des liens tant avec la famille, la communauté et le privé qu'avec les milieux institutionnels*.

Les résultats de ces expériences permettront de mieux circonscrire les domaines où ce type d'approche mériterait d'être adopté de façon plus étendue. L'implantation de modèles de gestion intégrée devrait cependant être bien ciblée et se faire de façon progressive afin de permettre l'assimilation de cette nouvelle façon de faire et l'adaptation aux changements importants que ces modèles impliquent.

Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de « compétition interne » — Dans l'application d'une gestion intégrée des services de santé, certains pays, comme le Royaume-Uni, ont misé sur une vigoureuse « compétition interne » amenée par des mécanismes similaires à ceux du marché dans l'optique de discipliner les dispensateurs de services (médecins et hôpitaux) qu'ils jugent responsables des dysfonctionnements actuels. D'autres, comme les pays nordiques, ont préféré favoriser un degré moindre de compétition, estimant que ce sont plutôt des carences structurelles dans l'organisation qui sont principalement à l'origine des dysfonctionnements actuels.

De façon générale, il semble se dégager de l'expérience qu'un degré trop important de compétition n'est pas souhaitable pour un système public de santé, puisqu'il peut avoir comme effet de centrer les dispensateurs de services sur leurs intérêts économiques plutôt que de les amener à améliorer les services aux usagers. Certains systèmes publics ayant introduit un niveau élevé de compétition ont ainsi dû l'amoinrir. Par contre, il semble que l'introduction d'une dose relativement modeste de concurrence peut être suffisante pour amener les dispensateurs de services à « resserrer les rangs » et à apporter

27. Ex. : risques de sélection de groupes d'usagers par certains producteurs ou de compétition non productive si les modalités d'application ne sont pas appropriées.

des changements souhaités par les usagers comme le démontre l'expérience de pays nordiques.

La compétition interne optimale semble donc être celle qui suffit à « aiguillonner » les partenaires vers une **collaboration interne** dans la poursuite d'objectifs communs. Essentiellement, c'est d'abord vers la levée des obstacles structurels qui limitent l'autonomie et la marge de manœuvre dont ils bénéficient (ex. : modalités de financement, de rémunération, d'organisation du travail, etc.) que les systèmes semblent s'acheminer pour établir des conditions favorables à la coopération.

C'est cette approche pondérée que le groupe de travail privilégie. Outre qu'elle a fait ses preuves dans l'expérience internationale, les problèmes actuels au Québec ne semblent pas *a priori* imputables aux comportements économiques des dispensateurs ni pouvoir trouver solution dans la provocation d'une plus grande compétition axée sur les ressources. On doit également considérer qu'un degré de compétition interne élevé peut rendre certains hôpitaux et certains groupes de médecins financièrement vulnérables, entraînant le risque de fermeture ou de faillite, ou encore des comportements aberrants (ex. : les perversions du *managed care* aux États-Unis). Or, le Québec n'est pas dans une situation de surplus de médecins ou d'hôpitaux que l'introduction de tels mécanismes contribuerait à résoudre.

Par ailleurs, il ne semble pas être dans les valeurs de la société québécoise de considérer que l'intérêt économique des médecins et des établissements peut mener automatiquement à des services favorisant la santé et le bien-être des malades. Pour la population du Québec, les médecins du régime public ne doivent pas jouer un double rôle en combinant celui de « marchand » de services de santé et celui de représentant des patients.

Dans le contexte actuel, il importe donc, de l'avis du groupe de travail, de privilégier une approche prenant appui non pas tant sur l'intérêt économique que sur l'intérêt professionnel des dispensateurs et la création de liens de confiance entre les intervenants. À l'intérieur de cette collaboration cependant, il nous apparaît important de favoriser un climat de dépassement, compris au sens de « compétition envers soi-même » et envers ses propres résultats, ainsi qu'un climat de saine émulation amenée par les succès, entre les intervenants, dans la poursuite d'objectifs communs.

L'implantation de nouveaux modes de gestion intégrée des services devrait en conséquence miser de façon prédominante sur la carte de la collaboration, tout en introduisant un niveau mesuré de compétition interne, en mode mineur, afin d'aiguillonner la collaboration. Si un niveau plutôt réduit de compétition nous apparaît souhaitable à l'intérieur du réseau public, renforcer certaines formes de partenariat avec le privé et réviser certaines réglementations à l'extérieur du réseau nous semble beaucoup plus important, comme on le verra plus loin.

limiter le développement de services de santé privés parallèles

Consolider les services et réduire les temps d'attente problématiques — Tout en faisant le maximum pour bonifier le système public actuel, on doit également en assurer la pérennité. Comme l'expérience d'autres pays l'a démontré, maintenir la confiance de la population dans la capacité du système public de santé à répondre à ses besoins constitue le meilleur moyen de juguler les pressions favorables à la création d'un véritable système de santé privé parallèle. Il importe donc que le gouvernement réaffirme sa volonté de consolider les services publics de santé à la population, et qu'en priorité, tous les efforts continuent à être dirigés vers la réduction des durées d'attente problématiques dans certains services spécialisés, ainsi que l'engorgement des salles d'urgence.

Ne pas permettre la double pratique et l'assurance privée de services médicaux — Afin d'assurer l'intégrité du système, il apparaît nécessaire non seulement de conserver la confiance de la « demande » pour les services publics, mais également de limiter sur le marché « l'offre » de services médicaux et hospitaliers. À cet égard, des médecins ne peuvent présentement offrir sur le marché des services médicaux déjà assurés par le régime public de santé sans s'être au préalable entièrement désengagés du régime d'assurance maladie administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Compte tenu des prix élevés des services médicaux, ce mécanisme semble efficace pour contenir l'offre de services de santé parallèles et aucun groupe rencontré n'a remis en question la nécessité de le maintenir.

Il importe donc que le gouvernement réaffirme sa volonté de maintenir ce dispositif. La proposition de permettre à des médecins de fournir des services en pratique privée, une fois atteint le maximum de services périodiques payables dans le cadre du régime public, devrait en conséquence être clairement rejetée. Pour les mêmes raisons, il importe que le gouvernement maintienne les dispositions actuelles en vertu desquelles les compagnies privées ne peuvent assurer la couverture de services médicaux et hospitaliers.

3.2.2 Accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé

Optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accessibilité et d'équité

La contribution des usagers pour certains services constitue une source de financement privé qui accroît l'effet de levier des fonds publics disponibles et permet d'offrir davantage de services sociaux et de santé. Cette contribution est également demandée dans une perspective d'équité envers d'autres groupes de personnes ne bénéficiant pas des mêmes avantages (ex. : les personnes hébergées en CHSLD par rapport aux personnes non hébergées qui doivent assumer leurs dépenses de gîte et de couvert). Ces contributions s'inscrivent aussi dans une perspective d'équité entre les générations.

Compte tenu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* sur l'accessibilité sans barrière financière aux services médicaux et hospitaliers et en considération des conséquences négatives qu'elles pourraient avoir sur les usagers économiquement désavantagés des programmes sociaux (ex. : protection des jeunes, réadaptation sociale, etc.), les possibilités de nouvelles contributions dans le domaine des services sociaux et de la santé apparaissent très limitées. Néanmoins, le potentiel tarifaire de certains services n'est pas toujours entièrement utilisé. De plus, les revenus de tarification des services publics tendent à s'éroder, au cours des années, en raison du manque de régularité des ajustements ou d'ajustements inférieurs à l'indice des prix à la consommation.

Tout en s'assurant que la contribution demandée ne nuit pas à l'accessibilité pour certains groupes d'usagers au détriment de leur santé, on doit sensibiliser la population au fait que la contribution des usagers fait partie inhérente des programmes publics en cause et que l'ajustement périodique de cette contribution est nécessaire à leur financement. Pour les services pour lesquels une contribution financière peut être demandée, les principes d'application à privilégier sont les suivants :

- maintenir l'accès aux services médicalement ou socialement requis sans contribution liée à leur utilisation ;
- cesser d'assurer les services médicalement ou socialement non requis²⁸ ;
- ajuster la contribution pour les services complémentaires en tenant compte des risques pour la santé ainsi que de la capacité de payer ;
- s'assurer que les tarifs *exigibles* à titre de contribution des adultes hébergés et pour le placement d'enfants reflètent les coûts réels et s'assurer que la contribution effectivement *demandée* tient compte de la capacité de payer ;
- recouvrer les coûts réels des services rendus relevant d'une tierce responsabilité²⁹.

Ces orientations permettent à la fois d'ajuster régulièrement les barèmes de la contribution des bénéficiaires au financement de certains services tout en assurant le respect des objectifs d'équité et d'accessibilité. De plus, elles garantissent que la contribution restera un complément de revenu et non une solution de rechange aux efforts d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services, qui demeurent prioritaires. Ces principes nous semblent en conséquence susceptibles d'encadrer une application optimale de la tarification dans le secteur de la santé et des services sociaux.

28. Rappelons que des travaux d'un groupe d'experts composé de représentants du Collège des médecins du Québec, du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être ont permis de désigner un nombre limité de services comme étant clairement « médicalement ou socialement non requis ». Exemples : examens de préemploi ou en cours d'emploi, services pour l'obtention d'un passeport, d'un visa, d'un certificat de vaccination international, services médicaux liés à l'esthétique, suivi de l'obésité sauf s'il s'agit d'obésité morbide, etc. L'opportunité de cesser d'assurer ces services pourrait donc être examinée.

29. Ce type de recouvrement renvoie à la facturation des services rendus notamment aux usagers bénéficiaires de la CSST, aux résidents étrangers, etc.

Valoriser et soutenir les activités de financement volontaire

Les dons de particuliers ou d'entreprises, les legs et l'apport de fondations constituent un levier complémentaire important au financement public de services sociaux et de santé. Selon certaines informations, la contribution des fondations au réseau de la santé s'élèverait à près de 100 millions de dollars annuellement. Pour plusieurs hôpitaux, ces sources de financement volontaire permettent d'acquérir de l'équipement, de financer des travaux de rénovation et d'adaptation des bâtiments et d'améliorer des services. Au fil des ans, leur accumulation fait une réelle différence. Tout aussi important, la vitalité de ces activités de financement concrétise l'engagement de l'établissement envers les gens de sa communauté et l'engagement du milieu à soutenir son hôpital et à s'occuper de ses malades.

Les traditions ne sont cependant pas toutes aussi profondément enracinées dans toutes les communautés du Québec. Plusieurs établissements ont constaté leur retard à cet égard et s'activent davantage depuis quelques années dans ce domaine. En raison de la marge de manœuvre que les activités de financement volontaire peuvent offrir pour améliorer les services publics, il importe, pour le gouvernement, de promouvoir la culture philanthropique dans le domaine de la santé et des services sociaux et de soutenir les activités des fondations par des mesures fiscales ou financières appropriées.

Pour faire suite à une recommandation de la Commission sur la fiscalité et les finances publiques, le gouvernement a déjà harmonisé, en 1997, le traitement fiscal de l'imposition des dons à des organismes de bienfaisance entre le fédéral et le Québec en portant de 20 % à 75 % des revenus imposables le plafond annuel déductible. La fiscalité des autres provinces étant établie en fonction de la fiscalité fédérale, les fondations du Québec ne sont donc plus pénalisées comme elles l'étaient auparavant par rapport à leurs homologues des autres provinces. Le traitement fiscal privilégié accordé sur les dons devrait permettre le développement d'une culture philanthropique dans toutes les communautés et favoriser davantage les campagnes de financement des fondations associées à des établissements de santé, au cours des prochaines années.

Enfin, tel que l'a recommandé la Commission itinérante sur la fiscalité en 1996 : « *Le gouvernement devrait rapatrier au Québec la responsabilité de l'accréditation des organismes de bienfaisance [...] De plus, il devrait s'assurer que les fondations accordent leurs fonds en respectant les priorités des organismes qu'ils subventionnent* ».

Rentabiliser les capacités excédentaires des équipements, en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat

Pour tirer le meilleur parti possible des structures de production actuelles, on devra accentuer les efforts visant à réduire les coûts des services administratifs et de soutien en y associant les travailleurs (voir le point 3.2.1.1). Quels que soient les efforts fournis, les résultats d'une telle démarche ont cependant leurs limites, comme le démontre l'expérience des dernières années.

Pour certains types de services périphériques, la capacité de production des équipements disponibles excède sensiblement les besoins du réseau. À titre d'exemple, les services de buanderie-lingerie des établissements³⁰ traitent annuellement environ 90 millions de kilogrammes de linges. Or, ces services ne fonctionnent que sur un seul quart de travail et généralement pas les fins de semaines. Cette situation de capacité excédentaire est également présente dans d'autres types de services périphériques. Ces équipements sous-utilisés ont pourtant nécessité des investissements de fonds publics.

Afin de compenser au maximum les écarts résiduels sur les coûts (suite aux efforts de réduction) et de dégager de nouvelles ressources, il y aurait lieu d'examiner les possibilités de rentabiliser certains équipements sous-utilisés. À cette fin, les établissements pourraient louer l'utilisation de certains équipements ainsi que certains espaces inutilisés. Des limites devraient cependant être fixées. Notamment, ces opérations ne devraient pas nuire à celles qui répondent aux besoins des usagers du réseau qui devraient avoir priorité en tout temps; elles ne devraient pas non plus exiger d'investissements importants du réseau ni l'embauche de nouveaux personnels ; enfin, la durée des contrats devrait être définie et ne pas excéder la vie utile des équipements. Dans la mise en valeur des équipements périphériques sous-utilisés, deux options nous semblent à privilégier : offrir la location des équipements ou des espaces sous-utilisés 1) à des coopératives de travailleurs, 2) à l'entreprise privée.

Offrir la location des équipements ou des espaces sous-utilisés à des coopératives de travailleurs — L'occasion pourrait d'abord être offerte aux travailleurs du réseau de constituer, au moyen de formules mixtes à définir, des coopératives permettant de rentabiliser les équipements et les espaces sous-utilisés. En effet, les travailleurs semblent *a priori* les mieux placés pour ce faire. De l'avis du groupe de travail, cette avenue mériterait d'être explorée.

Cette option misant sur la solidarité des travailleurs pourrait permettre la création de nouveaux emplois dans le secteur coopératif. Elle leur permettrait, dans un environnement connu et déjà maîtrisé, d'expérimenter une plus grande marge d'autonomie et de faire un apprentissage graduel du marché. À l'intérieur des modalités d'application à établir, les conditions de travail des employés bénéficiant de la sécurité d'emploi pourraient être entièrement respectées. Dans une approche analogue à celle des « incubateurs d'entreprises », ces coopératives pourraient prendre peu à peu leur place à l'intérieur de la croissance naturelle des marchés. Elles ne pourraient cependant offrir leurs services au coût marginal de l'utilisation des équipements en question afin d'éviter une compétition déloyale par rapport aux entreprises privées existantes.

Préciser les détails d'une telle approche n'est pas le rôle du groupe de travail. Il nous semble néanmoins qu'une telle avenue pourrait s'intégrer dans une démarche de transition visant, à long terme, à mettre en place de nouveaux modèles de gestion et d'organisation de certains services administratifs et de soutien et à permettre à la gestion

30. Incluant Partagec et la Buanderie centrale de Montréal (BCM).

hospitalière de se concentrer sur sa mission première. Elle fournirait aux travailleurs du réseau, et au secteur coopératif, une occasion de protéger et de créer des emplois, et de collaborer à la mise en place de nouvelles formes de partenariat dont les modalités seraient à définir.

Offrir la location des équipements ou des espaces sous-utilisés à l'entreprise privée —

Dans l'éventualité où l'option précédente ne pourrait être adoptée, il y aurait lieu d'examiner la possibilité d'offrir en location les équipements ou les espaces sous-utilisés à l'entreprise privée. À cet égard, le réseau devrait éviter d'entrer en compétition directe avec le marché. Le contrat devrait en conséquence être octroyé au plus haut soumissionnaire, de façon transparente, en accordant a priori à toutes les entreprises compétentes la même chance et en laissant jouer la concurrence. À long terme, cette avenue pourrait mener à l'élargissement du partenariat entre le public et le privé dans la production de certains services administratifs et de soutien.

Cas particulier : la location d'équipements chirurgicaux

Un cas particulier de partenariat public-privé consiste dans la location d'équipements chirurgicaux des hôpitaux, pour la production de services non assurés ou pour des services offerts par des médecins en pratique privée entièrement désengagés du régime d'assurance maladie (ex. : chirurgie esthétique, cliniques d'ophtalmologie, cliniques de fertilisation, cliniques pour hommes d'affaires, etc.).

Au cours de nos travaux, nous n'avons pu mesurer l'ampleur de ce phénomène ni en établir les ramifications. Si cette avenue constitue indéniablement une possibilité de mettre en valeur des équipements sous-utilisés (ex. : salles d'opération les fins de semaines) et de produire un revenu, elle apparaît cependant commander une grande prudence, puisqu'elle touche de plus près la mission des hôpitaux.

Parmi les préoccupations qu'elles soulèvent, ces pratiques pourraient indirectement nuire à la prestation des services aux usagers assurés, en créant des pressions sur certains services hospitaliers (ex. : tests de laboratoires). Dans certains cas relativement secondaires, (ex. : chirurgie esthétique mineure), une certaine tolérance de ces pratiques peut éventuellement être de mise, dans la mesure où il n'y a pas d'abus. Dans d'autres cas, cependant, adopter des pratiques d'affaires qui auraient comme effet de favoriser le développement de cliniques privées offrant des services déjà couverts par le régime public de santé (ex. : traitement des cataractes), par des médecins désengagés, pourrait contribuer à l'apparition d'un système à deux vitesses, ce qui irait à l'encontre des orientations fondamentales du régime public de santé.

Il y aurait donc lieu, de l'avis du groupe de travail, de dresser un état de la situation et d'apporter des éclaircissements sur la pratique de location de salles d'opération et de leur équipement pour la production de services non assurés ou pour des services offerts par des médecins en pratique privée.

Ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers

Une option proposée afin de créer de nouvelles sources de revenus a trait à la possibilité, pour des hôpitaux publics, de tirer parti des capacités excédentaires du corps médical et des ressources humaines pour produire et vendre des services hospitaliers et médicaux à des résidents étrangers. Cette avenue constitue pour le groupe de travail une voie difficile.

Contrairement aux équipements périphériques sous-utilisés, les ressources mises en marché ne représenteraient pas en réalité une capacité excédentaire de production *par rapport aux besoins des Québécois*, comme l'indiquent les files d'attente pour les services spécialisés. Les problèmes d'accessibilité de la population et l'apparente sous-utilisation de certaines catégories de médecins ne sont pas imputables à un surplus et à une surcapacité des médecins spécialistes, mais essentiellement à l'imparfaite distribution des ressources financières dans le réseau, aux priorités retenues et, éventuellement, à des erreurs du passé dans la planification et la répartition des effectifs.

Que les établissements publics de santé du Québec donnent toujours la priorité aux usagers assurés doit non seulement être un fait : il ne doit pas y avoir de doute dans l'esprit de la population qu'il en est ainsi, ce qui n'est pas nécessairement le cas présentement dans tous les centres hospitaliers. Or, en pratique, on ne peut présumer que ces services ne mettraient pas de pression sur les autres services, tels les blocs opératoires, les services de laboratoires, etc. Les activités commerciales en question pourraient toujours être pointées comme responsables de l'attente ou d'autres problèmes dans l'établissement. Pour résoudre ces difficultés une fois devant l'obligation de respecter des engagements, des investissements supplémentaires devraient éventuellement être faits dans ces services ou en périphérie, renforçant ainsi davantage la « mésallocation » des ressources responsable de la situation actuelle. Dans le contexte du virage ambulatoire, il y aurait aussi le risque que les usagers ne fassent pas la distinction entre les efforts de l'établissement pour raccourcir la durée de séjour et libérer des lits, et son intérêt en tant que marchand de services hospitaliers à l'étranger.

Outre ces considérations, l'État ne pourrait justifier les risques financiers — toujours possibles — liés à d'éventuelles poursuites de clients étrangers, en particulier ceux de résidents américains ou de grandes compagnies d'assurance des États-Unis. Par ailleurs, on ne pourrait, en raison de la Charte des droits et libertés de la personne, refuser d'hospitaliser des Québécois ayant les moyens de payer le coût de leur traitement et demandant les mêmes traitements.

Contrairement aux équipements de services périphériques, il ne nous paraît donc pas opportun d'utiliser des ressources médicales et humaines disponibles dans le réseau public pour vendre des services hospitaliers et médicaux à des résidents étrangers.

La création éventuelle d'hôpitaux entièrement privés offrant leurs services à une clientèle étrangère nous semble également comporter des risques non négligeables pour le

système public. Notamment, l'attraction de ces hôpitaux pour les médecins et les infirmières québécois pourrait priver le système public de ressources médicales et infirmières dont il a grandement besoin et rendre plus difficiles les efforts visant à améliorer l'accessibilité à certains services.

Mais avant tout, les Québécois n'accepteraient pas, à notre avis, que leur système public de santé consacre une partie des ressources qui ont exigé des efforts fiscaux élevés pour répondre aux besoins de santé de clients étrangers mieux nantis, et ce, d'autant plus que leur système éprouve des difficultés à répondre à leurs propres besoins et qu'il a procédé au cours des dernières années à la fermeture de certains hôpitaux. Pour ces raisons, ne pas créer de conditions favorables à la vente de services hospitaliers et médicaux à des résidents étrangers nous paraît la voie la plus sage, dans le contexte actuel.

On ne peut cependant oublier les problèmes réels d'accessibilité à certains services spécialisés (ex. : cardiologie, radio-oncologie, etc.) pour lesquels ces options cherchent à apporter des solutions. La correction de ces déséquilibres entre l'offre et la demande de services médicaux passe essentiellement par une meilleure planification de la formation à long terme et par une répartition plus souple des effectifs médicaux selon les différentes spécialités et selon les régions. Il s'agit cependant de processus dont les effets sont susceptibles de ne se manifester que dans plusieurs années.

Aussi, afin d'améliorer l'accessibilité des Québécois à des services ayant des listes d'attentes importantes, il y aurait lieu d'examiner la possibilité de conclure, entretemps, des ententes interprovinciales ou internationales d'échange de médecins dans les disciplines en question. De l'avis du groupe de travail, cette avenue d'ententes pour l'achat de services à l'étranger ou l'échange de médecins serait préférable à celle des ventes pour permettre une meilleure gestion de l'offre et de la demande des services médicaux dans les différentes spécialités et régions. Dans la mise en œuvre de cette option, il importe cependant de s'assurer de la compétence des médecins en cause.

3.2.3 Soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle

Assurer une meilleure coordination des rapports avec les organismes communautaires

De nombreux besoins apparaissent dans les communautés, qui ne sont pas couverts par le système public de services sociaux et de santé et pour lesquels le marché n'offre pas de solutions acceptables pour certains groupes d'utilisateurs ou certains problèmes. Des organismes sans but lucratif et communautaires s'efforcent de répondre en partie à ces besoins.

Les interventions et les services offerts par les organismes communautaires apportent une valeur ajoutée très importante aux services sociaux et de santé disponibles dans les

communautés. Des subventions accrues ont été accordées au cours des dernières années dans le but de les soutenir. En raison de l'évolution démographique et du développement des problèmes sociaux, des pressions importantes s'exercent de façon croissante sur la portion du continuum des services pris en charge par le milieu et les organismes communautaires. La transformation du réseau public par le virage ambulatoire est un facteur qui aurait contribué à accentuer cette tendance fondamentale.

Dans les services aux personnes âgées et les multiples domaines où les organisations bénévoles œuvrent, leur action se voit perturbée par diverses contraintes, notamment, l'instabilité du financement. Par ailleurs, selon des témoignages reçus, plusieurs organismes bénévoles craignent un assujettissement graduel de leur autonomie au réseau public et de servir de solution de remplacement plutôt que d'apport complémentaire aux services publics de santé et de services sociaux relevant de la responsabilité de l'État.

Afin d'assurer une meilleure synergie des efforts de prise en charge du milieu et des individus, il y aurait lieu, de l'avis du groupe de travail, d'examiner la pertinence de confier à un groupe de travail le mandat de faire le point sur la contribution des organismes communautaires. Les principaux éléments de son mandat pourraient porter sur les champs d'action respectifs, sur l'état des rapports avec le réseau public des services sociaux et de santé ainsi que sur les moyens susceptibles d'assurer une meilleure coordination, notamment sur le plan des modalités d'attribution des subventions et sur celui de l'organisation des services.

Favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité

Le virage ambulatoire et le vieillissement de la population ont, entre autres effets, celui d'accroître considérablement la demande d'hébergement et de services à domicile et cette tendance est appelée à s'accélérer.

Optimiser les programmes de soutien fiscal et financier — Afin de les soutenir dans la prise en charge de leurs responsabilités, le gouvernement a mis en place diverses mesures fiscales et financières dont peuvent bénéficier les personnes âgées et leurs proches. Mentionnons notamment les exemptions fiscales pour dépenses d'hébergement ou soins de santé non assurés et l'exonération financière accordée pour des services d'aide domestique offerts par des entreprises d'économie sociale et des coopératives. Dans son budget 1999-2000, le gouvernement a également annoncé la création d'un crédit d'impôt remboursable, pouvant atteindre 2 760 \$, à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie pour des services domestiques et personnels dont le paiement sera effectué au moyen du chèque « emploi-service » (ex. : entretien ménager, préparation des repas, soutien aux activités de la vie quotidienne, etc.). Le groupe de travail est d'avis que, en tenant compte de leur capacité de payer, l'aide financière doit continuer à être accordée aux individus et non directement aux entreprises qui offrent les services.

Favoriser l'épargne apparaît très important au groupe de travail. C'est ce qui permettra aux particuliers de disposer à leur retraite de revenus suffisants pour satisfaire leurs besoins dont les besoins d'hébergement et de services à domicile. En complément au régime des rentes du Québec et au régime enregistré d'épargne-retraite, il appartiendra au gouvernement d'optimiser les diverses mesures fiscales et financières favorisant les particuliers et de statuer sur les programmes fiscaux visant à encourager l'épargne (ex. : option de régime d'épargne-santé).

Convenir de normes pour les services à domicile sans but lucratif — Une grande disparité existe, semble-t-il, dans la qualité et les conditions des services offerts dans le domaine des services à domicile. De l'avis du groupe de travail, il y aurait lieu que soit examinée l'opportunité de mettre en place, avec les entreprises d'économie sociale et les coopératives de services à domicile, un cadre normatif conjoint. Les parties pourraient ainsi convenir de critères d'accessibilité, de standards de qualité et de mécanismes d'évaluation des services offerts par les organismes en cause de façon à assurer la qualité des services ainsi qu'une certaine cohérence par rapport aux services offerts par le réseau public.

Afin de favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité, il y aurait également lieu que le réseau public puisse acheter des services à domicile, pour ses usagers prioritaires, à des entreprises d'économie sociale et à des coopératives respectant les normes et les standards définis plutôt qu'à des entreprises à but lucratif lorsque la chose est possible.

Enfin, le réseau public pourrait convenir d'informer des usagers ciblés sur les services offerts par les entreprises d'économie sociale et les coopératives de services à domicile respectant les normes et standards ou de les adresser à ces services. Il devrait être clair, cependant, que la collaboration du réseau n'équivaudrait pas à une reconnaissance ou à une accréditation des entreprises en cause.

Pour que la collaboration « public-entreprises sans but lucratif » ne signifie pas un transfert de responsabilités, il importe que l'État continue à assumer ses pleines responsabilités. Rappelons à cet égard que les services à domicile offerts par les CLSC ne sont pas universels : ils constituent davantage des interventions d'assistance ciblées selon les priorités et les disponibilités. Il appartient donc au secteur privé, sans but lucratif ou à but lucratif, de répondre aux besoins ne constituant pas une priorité pour le réseau public, en fonction de la demande et de l'autonomie des particuliers quant au choix de leurs fournisseurs de services.

Cette avenue proposée pourrait, de l'avis du groupe de travail, favoriser la création d'une forme de réseau intégré de services sans but lucratif répondant aux besoins des communautés, dans le domaine des services à domicile et qui ferait office de *relais* et de *prolongement* par rapport aux services du réseau public. Leur développement pourrait être ainsi mieux coordonné et leur fonctionnement harmonisé avec celui du réseau public plutôt que de se faire de façon relativement improvisée. Cette avenue aurait l'avantage

de favoriser la prise en charge du milieu et de reposer sur la solidarité. Surtout, elle permettrait d'accroître la capacité des communautés de se donner des services à domicile de qualité à des coûts avantageux tout en favorisant leur participation aux décisions.

Revoir la réglementation de certaines activités sans but lucratif

Au-delà des considérations précédentes, plusieurs activités des organismes sans but lucratif répondent à des besoins importants de santé et de bien-être de la population, et nécessitent, dans certains cas, des contributions financières non négligeables. Les citoyens attendent donc de l'État qu'il établisse les règles et les conditions générales à l'intérieur desquelles pourront s'exercer ces activités privées, afin d'assurer la sécurité et la qualité de ces services ainsi que le respect des droits des usagers.

Le volume des services offerts par ces organismes qui ira croissant, leur caractère névralgique, les problèmes de plus en plus complexes auxquels certains s'attaquent (ex. : alcoolisme, toxicomanie, violence, dépendance, etc.) ainsi que le caractère spécialisé de certaines interventions nous semblent justifier une vigilance accrue.

En conséquence, une révision régulière de la réglementation de ces activités devrait être effectuée, notamment en ce qui a trait à la qualification professionnelle requise pour traiter certains groupes d'usagers ainsi qu'aux conditions de sécurité et de qualité des services offerts et des installations. Soulignons cependant que la réglementation de ces activités incombe en partie à d'autres instances que le ministère de la Santé et des Services sociaux (ex. : municipalités, Régie du bâtiment, etc.).

3.2.4 Créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu

S'assurer que les pratiques et la réglementation ne font pas obstacle aux projets innovateurs

« Il faut un village », dit-on, « pour éduquer un enfant ». Il faut aussi un village pour s'occuper de certains problèmes, notamment ceux de nature sociale et psychosociale. Sans bénéficier d'aucune subvention, des organismes sans but lucratif de diverse nature s'activent à répondre à certains besoins du milieu. Leurs activités, dégagées à la fois des contraintes inhérentes au fonctionnement du marché et de celles des programmes publics, reposent uniquement sur l'initiative et la créativité de la communauté. Ce domaine est un terrain propice à la création de solutions innovatrices.

Des organismes communautaires expérimentent des façons originales d'aborder certains problèmes. Ils privilégient généralement une philosophie d'approche globale axée sur la nécessité d'agir non seulement sur les effets, mais aussi sur les causes de certains problèmes et d'apporter des réponses sociales et préventives.

Pour le groupe de travail, les initiatives innovatrices du milieu visant à répondre à des besoins du milieu doivent être privilégiées lorsque les circonstances le permettent. Ces initiatives ne peuvent être commandées : elles ne peuvent apparaître que librement et à l'extérieur du système public de services. On peut cependant favoriser, ou à tout le moins ne pas nuire à leur éclosion.

Il y aurait donc lieu, pour le système public de santé et de services sociaux, de s'assurer que ses pratiques et sa réglementation ne font pas inutilement obstacle à la réalisation d'initiatives intéressantes.

Favoriser la diffusion de projets innovateurs et accroître leurs chances de succès

Des expériences nouvelles de prise en charge du milieu, dont certaines pourraient être prometteuses, attirent régulièrement l'attention. À titre d'exemple, certains villages affectés par des problèmes de manque de services médicaux de première ligne ont pris l'initiative de créer leur propre coopérative de santé. Moyennant une part sociale modeste des membres, elle met à la disposition de médecins et d'autres professionnels de la santé des locaux et des équipements à des conditions avantageuses. Les services médicaux dispensés en cabinet privé demeurent entièrement financés par la RAMQ (ou par la CSST dans le cas des accidentés du travail). En mettant sur pied ces coopératives, ces communautés se donnent les moyens d'améliorer l'accès aux services dont elles ont besoin tout en se dotant d'un patrimoine collectif sur lequel leurs membres peuvent exercer un certain contrôle.

Autre exemple : dans le domaine de l'hébergement, des personnes retraitées autonomes et semi-autonomes ont entrepris de mettre sur pied leur coopérative et de faire construire leur propre centre d'hébergement. Les membres de ces groupes se donnent ainsi collectivement les moyens de s'offrir des services d'hébergement et des services de santé connexes (ex. : services infirmiers) à des coûts avantageux, tout en ayant voix au chapitre dans les décisions relatives à des services qui améliorent leur qualité de vie.

Lorsque des solutions innovatrices réussies accroissent la capacité des communautés de répondre à des besoins et de résoudre des problèmes présents dans le milieu, il y aurait lieu, pour le réseau public, de favoriser la diffusion de l'information sur les démarches nécessaires à leur réalisation dans les groupes intéressés. Les démarches auprès des intervenants publics pourraient également être simplifiées de manière à stimuler l'implantation de ces solutions et à accroître leurs chances de succès. Il semble toutefois que ces démarches ne relèvent généralement pas du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais d'autres paliers de gouvernement.

3.2.5 Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût

Confier aux cliniques privées un rôle mieux adapté au virage ambulatoire à l'intérieur de réseaux intégrés de services de première ligne

Pour rendre accessibles des services médicaux à la population, le système public de santé entretient depuis près de quarante ans des liens avec des médecins en pratique autonome et des cliniques privées. En 1997, quelque 22,2 millions d'examen ont été effectués en cabinet par des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec, comparativement à 8,6 millions dans les services ambulatoires des hôpitaux. Cependant, les cliniques privées se développent en parallèle, sans coordination véritable avec le réseau public. Pour le groupe de travail, l'État doit jouer un rôle important de régulateur en ce domaine.

Depuis les transformations des dernières années, la population ne sait pas toujours où s'adresser pour obtenir des services de base. Il importe que les « sentiers de services » de la maison à l'hôpital soient clairs pour la population, et que leur cheminement entre les différents dispensateurs soit facilité. Pour ce faire, construire des réseaux intégrés de services ayant la capacité de répondre aux besoins cliniques de première ligne et d'établir des ponts avec les services spécialisés ne pourraient se réaliser sans une meilleure intégration au réseau public des établissements du maillon que constituent les cliniques privées de médecins.

Les plans d'effectifs médicaux régionaux — Par l'adoption du projet de loi 404 modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux, le gouvernement a posé un jalon important, en y incluant des dispositions législatives qui prévoient la mise en place de *départements régionaux de médecine générale* (DRMG). Formés des omnipraticiens et intégrés à la régie régionale dans chaque région, ces départements auront comme mandat de favoriser la meilleure coordination possible des ressources médicales de première ligne selon des objectifs fixés à l'avance : accessibilité horaire et géographique, maintien à domicile et suivi de ces personnes, système de garde en CHSLD, services d'urgence en centre hospitalier, etc. Ces dispositions prévoient également l'inclusion des médecins exerçant en cabinet privé dans les plans d'effectifs médicaux régionaux ainsi que la mise en place de moyens pour aider au respect de ces plans.

La création de DRMG est nécessaire afin d'établir des plans d'effectifs médicaux régionaux permettant de coordonner les services médicaux à la population régionale dont ils seraient responsables. Les DRMG devraient également avoir une responsabilité par rapport à la population d'autres régions. Cependant, les DRMG manquent présentement des outils nécessaires pour utiliser au mieux les médecins omnipraticiens exerçant en première ligne. Selon les propos tenus, pour que ce projet soit concrétisé, il importe que des moyens d'action appropriés soient mis en place le plus rapidement possible (ex. : révision des modalités de rémunération des médecins).

La gestion de l'offre de services médicaux et de laboratoire — De façon plus précise, les cliniques privées pourraient à notre avis être mieux utilisées et leur développement davantage coordonné avec celui du réseau régional de services médicaux et de laboratoire.

L'évolution des technologies permet déjà — et permettra sans doute davantage dans l'avenir — la prestation *extra muros* de certains services médicaux de première ligne. L'offre de certains services n'exigeant pas l'hospitalisation pourraient permettre d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services et de raccourcir l'attente dans les hôpitaux. De plus, le réseau pourrait s'en trouver renforcé, parce qu'il deviendrait davantage « multi-centré ».

Par ailleurs, sur le plan des services diagnostiques et de laboratoire, bien que des améliorations considérables dans leur accessibilité aient été enregistrées depuis 1994, des établissements subissent des délais relativement long à certains endroits ou pour certains services. Ces délais affectent l'accessibilité des services médicaux à la population dans le réseau public. Ils ont aussi comme effet de favoriser un développement important de services diagnostiques et de laboratoire en clinique privée, parallèles et sans coordination avec le réseau public.

À cet égard, pour le groupe de travail, il est prioritaire d'améliorer l'accessibilité aux services diagnostiques et de laboratoire offerts à l'intérieur du réseau des établissements publics, au meilleur coût possible. Tirer le meilleur parti des équipements disponibles dans les hôpitaux, notamment en examinant les possibilités d'améliorer l'organisation du travail, semble représenter la voie à privilégier à court terme. Ces possibilités ont cependant des limites et, à moyen et à plus long terme, les besoins allant croissants, de nouveaux investissements devront éventuellement être envisagés.

Aussi, lorsque de *nouveaux* investissements en équipements et en immobilisations seront nécessaires pour résoudre des problèmes d'accessibilité dans les hôpitaux, il y aurait lieu de permettre à ceux-ci d'établir un partenariat avec des médecins en clinique privée lorsqu'il peut être démontré que certains services externes ne nécessitant pas d'hospitalisation pourraient y être dispensés à qualité égale et à moindre coût et que l'accessibilité générale s'en trouverait améliorée (ex. : chirurgies mineures). En milieu non urbain, il y aurait lieu d'examiner la possibilité de confier cette responsabilité à des CLSC offrant des services médicaux.

Afin de rendre possible cette association hôpital-clinique privée, il faudrait que soient révisées les dispositions de la Loi sur la santé et les services sociaux ainsi que celles qui sont incluses dans les ententes avec les fédérations de médecins définissant les actes qui ne peuvent présentement être rémunérés par le régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'ils sont accomplis à l'extérieur de l'hôpital (ex. : imagerie médicale). Il faudrait également s'assurer que des modalités adaptées de rémunération des médecins soient en place afin de permettre la prestation des activités désignées en clinique privée.

Enfin, le groupe de travail exprime l'avis que les CLSC pourraient également être une partie de la solution si des changements appropriés étaient apportés dans leur financement et dans l'organisation du travail (ex. : heures d'ouverture). Cependant, dans la mise en place d'un réseau intégré de services de première ligne, on ne pourrait se permettre l'absence d'un système d'information opérationnelle dans un des maillons du réseau, d'autant plus que le nombre d'utilisateurs ira en augmentant rapidement. Aussi, tant pour les CLSC que pour les cliniques privées, la prestation de nouveaux services médicaux devrait être conditionnelle à la mise en place de systèmes d'information appropriés et de mécanismes de reddition de comptes basés sur des objectifs de résultats.

Préciser la notion de « clinique affiliée » offrant des services de technologie médicale et de laboratoire

Si la production de certains services en clinique privée présente de nouvelles possibilités d'améliorer l'accessibilité à des coûts avantageux, leur mise en valeur devrait être soumise à des conditions rigoureuses.

Conditions préalables — Il importe, en effet, que les groupes d'utilisateurs et les services soient ciblés avec soin, comme ce fut le cas avec le programme de dépistage du cancer du sein. Par ailleurs, il faut éviter que les cliniques privées ne « drainent » les meilleures ressources médicales spécialisées dont les hôpitaux ont besoin pour assurer les services à la population. En outre, les médecins travaillant en clinique privée ne devraient pas être exemptés des responsabilités liées à la prestation régionale des services médicaux. Il importerait également de prévoir des mécanismes permettant de vérifier la pertinence et la qualité des services, les qualifications professionnelles des dispensateurs ainsi que l'état des équipements utilisés.

Il apparaît donc essentiel que cette possibilité de confier à des cliniques privées la production de certains services assurés ne nécessitant pas d'hospitalisation ainsi que des services diagnostiques spécialisés et de laboratoire soit bien délimitée. À cette fin, seules les cliniques ayant obtenu le statut de « clinique affiliée³¹ » devraient pouvoir offrir des services déterminés pour lesquels les dispensateurs seraient rémunérés par la RAMQ à un prix incluant les frais d'utilisation de l'équipement nécessaire.

De l'avis du groupe de travail, l'octroi du statut de « clinique privée affiliée » devrait être soumis à des conditions déterminées par une entente de services et impliquer un contrat d'affiliation avec un centre hospitalier comme le permet la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ c S-4.2, art. 108). Ces conditions devraient préciser les groupes d'utilisateurs et les services pour lesquels l'entente s'appliquerait. Elles permettraient de s'assurer que les médecins de clinique privée s'inscrivent dans les plans d'effectif de l'hôpital et de la régie régionale. Soumis à l'autorité du comité des médecins et dentistes de l'hôpital, les services rendus devraient respecter des protocoles de pratique, satisfaire à des critères de qualité et de pertinence et viser obligatoirement

31. Soulignons que cette notion existe déjà dans le programme de dépistage du cancer du sein.

l'atteinte de résultats. De plus, une vérification régulière des qualifications professionnelles et de l'état de l'équipement devrait être prévue.

Par ailleurs, comme il l'a été dit plus haut, il importe de favoriser une collaboration des partenaires fondée non tant sur l'intérêt économique que sur l'intérêt professionnel. Des polycliniques médicales, propriété de promoteurs privés, optent souvent pour la distribution de services « sans rendez-vous » à une clientèle « facile » et privilégient une pratique basée sur une réponse ponctuelle aux besoins au détriment de la prévention et de soins globaux et continus, et évitent la prise en charge de cas « lourds ». Il y aurait donc lieu de s'assurer que des médecins ou d'autres professionnels cliniciens non impliqués dans un commerce à but lucratif lié à la santé soient les propriétaires ou les actionnaires majoritaires des cliniques médicales affiliées.

Financement et incitatifs — Afin de permettre le financement de l'équipement requis en clinique privée affiliée, il y aurait lieu, à notre avis, de procéder par des ajustements à la rémunération des médecins déterminés en fonction de chaque situation particulière. Les modes de rémunération mixte récemment mis en place pourraient être adaptés en conséquence. Pour que des incitatifs suffisants permettent le développement de cliniques affiliées, d'autres mesures d'aide gouvernementale pourraient également être envisagées (ex. : incitatifs fiscaux, aide à l'investissement des entreprises, etc.). En ce qui concerne les groupes d'usagers visés, il devrait être clair que le coût des services dispensés serait entièrement assumé par le régime public de santé. Ce mode de fonctionnement fournirait ainsi une occasion de clarifier la situation en ce qui a trait aux frais accessoires réclamés présentement en clinique privée et qui constituent un point irritant.

Intégration au réseau — Par ailleurs, afin d'assurer une meilleure coordination avec le réseau et de permettre la constitution de réserves de services de laboratoire pour ses établissements (diagnostiques, tests de laboratoire, etc.), les régies régionales pourraient conclure des ententes avec ces cliniques privées affiliées, en vertu desquelles des hôpitaux, des CLSC et d'autres cliniques privées de la région pourraient procéder à l'achat de services technologiques et de laboratoire à des conditions pré établies.

Lorsque des besoins excédant la capacité du réseau se manifestent, une régie régionale pourrait, comme solution de rechange, conclure des ententes avec des cliniques privées non affiliées. Le groupe de travail est cependant d'avis que l'intégration au réseau public des cliniques privées affiliées devrait être favorisée en priorité. Le recours à des services offerts par des cliniques non affiliées pourrait être envisagé en cas d'absence ou de surcharge des cliniques affiliées et lorsque le coût unitaire de ces services est avantageux par rapport à celui de sa production dans les établissements publics.

À condition qu'elle soit bien délimitée, la mise sur pied de cliniques affiliées pourrait, à notre avis, permettre aux hôpitaux de se concentrer sur les services exigeant des équipements et des connaissances technologiques spécialisés, et au réseau de disposer d'une plus grande marge de manœuvre et d'une plus grande souplesse générale. Tout en favorisant une meilleure accessibilité de certains services dans le cadre du virage

ambulatoire, elle permettrait un développement mieux coordonné de ces services en clinique privée, en complémentarité avec ceux offerts dans le réseau public.

Précisions sur les « mégacliniques privées » — Nous avons procédé à l'examen de certains projets de mégacliniques médicales en développement. Selon les informations disponibles, aucune contribution liée à la consommation ne serait demandée pour les services de santé offerts qui sont couverts par le régime d'assurance maladie (à l'exception des frais accessoires usuels).

Bien qu'il s'agisse de cliniques médicales à grande échelle et regroupant davantage de services connexes, ces mégacliniques ne semblent pas fondamentalement différentes des polycliniques déjà existantes. Elles apparaissent davantage comme un nouvel assemblage de ce qui existe déjà de façon plus dispersée. Ne contrevenant pas aux principes du système public de santé ni aux lois et règlements en vigueur, elles ne nous semblent donc pas intrinsèquement contraires à l'intérêt public. Cependant, compte tenu de leur importance pour l'accessibilité des services médicaux, il y aurait lieu que de tels projets se développent en concertation avec le réseau public et qu'ils s'intègrent de façon cohérente dans la planification régionale des services médicaux sur le territoire.

Les « GP fundholders » : des étapes préalables — Pour en terminer avec les cliniques privées, rappelons que les expériences et les travaux en cours devraient permettre de dégager des orientations relativement à l'implantation progressive de modèles de gestion intégrée de services, comme nous l'avons mentionné précédemment. En fonction des résultats de ces démarches, il y aurait lieu, de l'avis du groupe de travail, d'examiner l'opportunité de procéder à une expérience-pilote. Il s'agirait de confier un rôle de gestion intégrée à des cabinets de médecins et de déterminer si une adaptation du modèle anglais des « GP fundholders » pourrait être avantageuse dans le contexte québécois.

Cet élément de la réforme du National Health Service du Royaume-Uni paraît avoir été couronné de succès et n'a pas été touché par les récents changements. De nombreuses étapes préalables à la mise en place d'une expérience-pilote devraient cependant être franchies, dont certaines exigeraient des changements importants (ex. : capitation, responsabilisation des médecins et de la population, inscription des usagers, limites territoriales, etc.). Il y aurait donc lieu de fixer les conditions préalables à la mise en place d'une telle expérimentation.

Favoriser de nouvelles formes de partenariat technologique lorsqu'elles permettent d'améliorer les services et de faire des économies

Afin de soutenir la réorganisation des services par une infrastructure moderne, des formes de partenariat technologique ont déjà été établies, visant notamment à doter le réseau d'une véritable inforoute de la santé et des services sociaux. La télémédecine, les logiciels cliniques ou de gestion spécialisée et l'implantation de dossiers des usagers informatisés, parmi d'autres, sont des domaines exigeant une expertise de pointe pas toujours disponible dans le réseau public des établissements.

Quand de nouveaux investissements technologiques seront nécessaires, il y aurait lieu, de l'avis du groupe de travail, de favoriser l'établissement d'une collaboration durable avec des partenaires privés qui disposent des technologies et des ressources spécialisées nécessaires et qui peuvent assurer leur implantation, leur entretien et leur adaptation continue plus efficacement et à moindre coût (ex. : équipements médicaux, technologies d'information et de communications, etc.).

De nouvelles formes de partenariat pourraient également être envisagées avec des entreprises québécoises pour la production d'équipements, de fournitures, de médicaments ou d'autres nécessités, lorsque de telles formes de partenariat permettraient de mieux répondre aux besoins de certains usagers et de réaliser des économies importantes.

Favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres

Créer et maintenir des lits d'hébergement en CHSLD coûte environ 45 000 \$ à 50 000 \$ par année, montants pris à même l'enveloppe budgétaire régionale. En plus d'être coûteuses, il apparaît aujourd'hui clairement que ces solutions ne constituent pas la meilleure façon de répondre aux besoins et aux préférences des personnes âgées. C'est pourquoi tous les efforts devraient être consacrés, en priorité, à mettre au point de nouvelles façons de faire mieux adaptées aux besoins des personnes âgées.

Comparativement aux autres provinces, le Québec compte présentement un nombre total relativement élevé de lits en CHSLD et de places d'hébergement subventionnées, mais affiche un retard dans le développement des services de maintien à domicile. La mise en place de solutions de rechange à l'hébergement, tels les services de maintien à domicile, apparaît donc comme la première option à privilégier afin de répondre au désir des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu. Cependant, si ces mesures sont susceptibles de retarder et d'amoinrir les besoins de lits d'hébergement, le réseau devra néanmoins continuer à répondre à des besoins nécessitant ce type de services. À cet égard, on doit distinguer les pratiques d'achat de places permanentes et temporaires.

Achat de places permanentes — Afin de combler des besoins d'hébergement permanents, le réseau entretient, depuis plus de trente ans, des relations contractuelles avec des centres d'accueil privés conventionnés. Présentement, environ 20 %, soit quelque 6 500 lits, du total des lits du réseau ont été acquis de cette façon. Ces centres sont soumis aux mêmes normes de sécurité et de qualité que les CHSLD publics et reçoivent des montants équivalents.

Pour des raisons économiques et financières, l'achat de nouvelles places permanentes n'a pas été favorisé au cours des dernières années. Néanmoins, l'achat de places dans des centres d'accueil conventionnés dans le cadre de l'opération 2 000 lits a récemment démontré qu'il peut s'agir d'une solution flexible et avantageuse pour pourvoir à de nouveaux besoins de places permanentes. Préalablement à des décisions

d'investissements visant à accroître le nombre de lits permanents pour l'hébergement des personnes âgées en CHSLD, le réseau public, de l'avis du groupe de travail, devrait procéder à des appels d'offres et favoriser l'achat de places en centre d'accueil privé conventionné si les coûts se révèlent inférieurs à ceux du secteur public.

Achats de places temporaires — Une toute autre situation se présente avec l'achat de places d'hébergement temporaires. Pour libérer des lits occupés par des personnes âgées et désengorger les salles d'urgence, des hôpitaux recourent à des agences de placement ou à des services d'hébergement-conseil pour relocaliser temporairement ces personnes dans des résidences ou des centres d'accueil privés.

L'achat de places d'hébergement temporaires, comme complément au nombre fixe de lits disponibles dans le réseau, apporte un élément de flexibilité contribuant à améliorer l'accessibilité aux services hospitaliers et à réduire les durées d'attente. L'objectif poursuivi est donc essentiellement un objectif de gestion à court terme, visant à pallier des situations temporaires destinées à se résorber ou à attendre une solution plus durable.

De l'avis du groupe de travail, l'achat de places temporaires d'hébergement dans des centres d'accueils privés devrait être favorisé lorsque cette solution contribue à résorber l'engorgement cyclique dans les hôpitaux de façon relativement plus efficace et moins coûteuse que d'autres solutions de rechange.

L'achat de places permanentes et temporaires pourraient permettre, à notre avis, d'améliorer l'accessibilité aux services et de réduire les délais d'attente pour les usagers tout en permettant au réseau de réaliser des économies de construction et de gestion. Cependant, ces solutions exigent que des mesures soient prises afin de s'assurer le respect de normes appropriées de qualité et de sécurité. De plus, il est important d'être prudent dans l'utilisation de ces solutions et d'éviter de déplacer inutilement les malades.

3.2.6 Réglementer certaines activités du marché afin qu'elles soient conformes à l'intérêt commun

Renforcer la réglementation des services privés aux personnes âgées en perte d'autonomie

Les services aux personnes âgées relèvent, davantage que beaucoup d'autres, de l'économie mixte. Au cœur de la mission des services publics aux personnes âgées se trouvent les services de santé les plus exigeants, les usagers les plus vulnérables et les personnes âgées en pertes d'autonomie désavantagées sur le plan socio-économique. Les services de santé non assurés et les groupes d'usagers les moins défavorisés forment le « *core business* », la cible du secteur privé.

Indépendamment de la révision des programmes publics, les maisons d'hébergement et les centres d'accueil privés sont appelés à répondre à une demande croissante de services d'hébergement de personnes âgées ayant des pertes d'autonomie de plus en plus

importantes. Le recours à la pratique d'achat de places en centre d'accueil privé est susceptible d'accélérer cette tendance inscrite dans la démographie. En raison de ces phénomènes, les frontières actuelles entre les CHSLD publics, les centres d'accueil et les maisons d'hébergement privés en ce qui a trait à la lourdeur des cas semblent appelées à s'estomper.

Cette éventualité soulève des inquiétudes sur la compétence des dispensateurs, la qualité des services et la sécurité des installations privées en cause quand il s'agit de répondre aux besoins de personnes âgées dont l'état exige des soins et des services spécialisés. Par ailleurs, des écarts importants caractérisent l'offre de services privés aux personnes âgées, notamment pour ce qui est des services offerts, des prix, des conditions de location et de la qualité de l'information.

Une fois définis les limites des programmes publics, il nous semble qu'il appartient à l'État de favoriser un fonctionnement efficace du marché, afin de rendre accessibles à toutes les bourses des services répondant aux besoins les plus variés. Dans une économie mixte, il appartient également à l'État de s'assurer que le marché fonctionne à l'intérieur de limites assurant le respect des droits des consommateurs (y compris le droit à une information adéquate) et le respect de normes minimales acceptables de sécurité et de qualité.

Dans cet esprit, le groupe de travail privilégie une régulation des services privés aux personnes âgées graduée selon la lourdeur des services offerts, la vulnérabilité de la clientèle et l'importance des risques pour la santé. Essentiellement, plus cette lourdeur, cette vulnérabilité et ces risques se rapprochent de ceux des usagers du réseau public, plus la fixation, par les autorités publiques, de normes minimales (ex. : qualifications professionnelles, état des installations) et plus les activités de contrôle (inspection, relocalisation, révocation de permis, etc.) devraient, à notre avis, être rigoureuses.

Favoriser la responsabilisation des entreprises quant aux services plus légers aux personnes âgées tout en renforçant les standards de qualité

De façon inverse, cependant, plus les services et la clientèle pris en charge par le secteur privé s'allègent et s'éloignent de ceux du réseau public, plus l'approche du gouvernement devrait à notre avis favoriser une démarche de « régulation interne » reposant davantage sur la responsabilisation du secteur privé. À cet égard, il importe de distinguer ce qui doit constituer des critères ou des standards minimum, que peut imposer le gouvernement, des suppléments de qualité optionnels. Afin de favoriser un meilleur fonctionnement du marché et de contribuer à améliorer les services privés aux personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, le gouvernement pourrait envisager les possibilités :

- de faciliter la préparation, par l'industrie, de codes et de guides de pratique dans les services d'hébergement et à domicile ainsi que la fixation de standards de qualité des installations menant à l'attribution de cotations reconnues ou de certificats de qualification ;
- de mettre en place des processus d'inspection, de vérification ainsi que de révision régulière des cotes attribuées ;
- de favoriser l'enregistrement des maisons d'hébergement et des centres d'accueil de toutes catégories ;
- d'encourager la hausse progressive des standards ;
- de favoriser la diffusion, dans la population intéressée, d'une information fiable reflétant les prix et la qualité réels des services³².

Dans cette optique, si un resserrement des lois et des règlements en vigueur est nécessaire dans le cas des services plus lourds, il importe d'éviter que des règlements et un alourdissement du fardeau administratif fassent obstacle à l'entrée, et imposent des coûts inutiles, pour des services plus légers. La réduction ou l'allègement de la réglementation ou une simplification de la marche à suivre pourraient éventuellement permettre de réduire des coûts et de rendre certains services plus accessibles sans contrevenir aux normes minimales de qualité des services. Mentionnons cependant que la réglementation en cause relève généralement non pas du MSSS, mais d'autres instances publiques provinciales ou locales (ex. : régie du bâtiment, municipalités), ou d'associations privées professionnelles.

Enfin, il faudrait que la révocation des permis ou l'application de pénalités en cas d'abus ou de non respect de la réglementation soient graduées selon la gravité des cas, afin de contribuer à maintenir le fonctionnement du marché à l'intérieur de limites socialement acceptables. Ces orientations apparaissent au groupe de travail comme susceptibles de favoriser un meilleur fonctionnement du marché et de contribuer à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services privés aux personnes âgées en complémentarité avec ceux qui relèvent de la responsabilité directe de l'État.

Examiner l'opportunité d'étendre la formule du régime d'assurance médicaments à d'autres services

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, étendre à des cliniques privées affiliées la couverture de certains services diagnostiques assurés quand ils sont actuellement dispensés dans les hôpitaux permettrait d'améliorer l'accessibilité à ces services. Cette option représenterait cependant une charge additionnelle pour le système public de santé.

32. Il devrait être clair, cependant, que la diffusion de ces informations par le réseau public ne constituerait pas une certification de la part du gouvernement.

Pour permettre au système d'assumer ces coûts supplémentaires et de se donner de nouvelles sources de financement, il a été suggéré de s'inspirer ou d'étendre la portée du modèle du régime d'assurance médicaments à d'autres services, notamment à certains services de réadaptation non assurés ou pour des orthèses et des prothèses. Comme pour l'assurance médicaments, il a été proposé que le gouvernement prenne à sa charge les personnes les plus démunies, les autres citoyens devant avoir recours à une assurance privée.

La mise en place du régime général d'assurance médicaments a permis à 1,5 million de citoyens sans assurance d'obtenir une couverture et un accès raisonnable aux médicaments, ce qui était devenu une priorité collective. Cette solution est souvent présentée comme un bon exemple de partenariat par lequel le gouvernement a utilisé son pouvoir d'encadrer les règles du marché et a pu se concentrer sur les groupes d'utilisateurs les plus démunis. Préalablement à la prise de décision sur une éventuelle extension du régime, l'évaluation globale du régime d'assurance médicaments devra être terminée.

Les services de réadaptation présentent plusieurs analogies avec la situation qui existait pour les médicaments. Comme les médicaments avant 1997, ils ne sont assurés qu'en établissement et selon la disponibilité des ressources. Ils font l'objet de longues listes d'attente. Une bonne part de la population ne dispose pas d'une assurance privée complémentaire assumant les coûts de ces services. Le coût des services de réadaptation est cependant relativement minime si on le compare au coût des médicaments. Il s'agit de services importants pour l'efficacité des traitements médicaux, et la demande de ces services est appelée à augmenter. Ils font le plus souvent partie des services médicalement requis, et il n'existe pas présentement de programme de santé complémentaire couvrant ces services.

Si l'avenue proposée paraît offrir des possibilités intéressantes, son application devrait être circonscrite avec soin. Notamment, il importe que les usagers et les services couverts soient bien définis et que ces derniers ne soient pas des services déjà couverts par le régime de santé universel.

Aussi, dans l'optique de réduire la charge financière de l'État, il y aurait lieu d'examiner la pertinence d'étendre la portée ou de s'inspirer du modèle du régime d'assurance médicaments afin d'améliorer l'accessibilité à certains services (ex. : réadaptation, des orthèses et des prothèses) dans le respect de la Loi canadienne sur la santé.

Conclusion

Non à une privatisation du système de santé, oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé

Les Québécoises et les Québécois sont bien conscients de vivre dans une société qui a mis la poursuite de l'égalité des chances au rang de ses valeurs les plus élevées. La santé et le bien-être de tous ses membres, indépendamment de leur condition socioéconomique, ont été privilégiés comme une condition de base de cet idéal collectif et comme une pierre d'assise de leur citoyenneté.

Le système public de santé et de services sociaux a permis aux Québécois de réaliser des progrès énormes depuis plus de 35 ans. Il a contribué, avec l'amélioration générale de l'éducation et de l'économie, à « ajouter des années à leur vie et de la vie à leurs années ». Il leur a permis de protéger leur famille contre les risques financiers de la maladie. Maintenir le système public de santé fait l'unanimité au sein de la population, comme viennent le rappeler régulièrement tous les sondages.

Nos travaux nous mènent à conclure que l'évolution des dépenses de santé au cours des dernières années n'a pas mis en péril les principes fondamentaux du système de santé quant à l'accessibilité financière des services publics disponibles. Cette accessibilité s'est d'ailleurs améliorée dans de nombreux services. Ainsi, 1,5 million de Québécois qui n'étaient pas assurés ont aujourd'hui accès aux médicaments. Après les dysfonctionnements qui se sont produits dans certains services, les Québécois réalisent cependant que l'accessibilité aux services publics de santé n'est pas définitivement acquise. Aussi, c'est avec appréhension qu'ils perçoivent des signes pouvant laisser croire à l'apparition d'un système de santé à deux vitesses.

Qu'il soit public ou privé, un système de santé est toujours à la recherche de son équilibre. Un système privé, comme celui des États-Unis, privilégie l'accès quasi immédiat à des services utilisant les dernières technologies. Son ajustement se fait au prix d'un rationnement d'une partie importante de la population qui n'a pas les moyens de payer et par la mise en place de mesures d'assistance, de charité ou d'autres mesures susceptibles d'en atténuer les effets. Pour un système public comme le nôtre, les files d'attente, dans la mesure où les cas urgents sont traités en priorité, ne sont pas *en soi* un vice du système. Elles sont le corollaire d'un système public qui peut ainsi offrir l'accès universel aux services de santé dans les limites de dépenses publiques supportables. Elles jouent donc, jusqu'à un certain point, un rôle nécessaire.

Par le passé, notre système de santé a pu gérer ses déséquilibres *inhérents* et maintenir l'accès aux services dans les limites du raisonnable en bénéficiant d'une croissance soutenue du financement public que, *de l'extérieur* du système, permettaient l'économie et les finances publiques du Québec. Au cours des prochaines années, la voie des

ajustements par les ressources financières consenties pourrait difficilement suffire à elle seule. Pour maintenir une accessibilité raisonnable aux services publics de santé, il faudra nécessairement réduire des obstacles structurels et une rigidité qui, *de l'intérieur*, limitent la capacité de ces services à s'ajuster rapidement. Par ailleurs, le secteur privé sera appelé à répondre à une demande croissante de services à domicile ainsi que de services d'hébergement de personnes âgées dont la perte d'autonomie sera de plus en plus sévère.

Continuer, dans ce contexte, à améliorer la santé et le bien-être de tous les Québécois avec des services accessibles, continus et de qualité constitue le principal défi que le Québec devra relever au cours des années à venir, dans le secteur sociosanitaire. Comment pourrait-il y parvenir, tout en respectant les objectifs fondamentaux de notre régime public ?

De l'avis du groupe de travail, les efforts doivent être consacrés en priorité à améliorer le système public actuel. Celui-ci, cependant, ne pourrait s'isoler ; pour donner un effet de levier à ses efforts et accroître ses résultats, il aurait avantage à mieux conjuguer les forces de tous les secteurs de la société. **Le groupe de travail dit non à une privatisation du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population.**

À l'intérieur du système public de santé et de services sociaux, on pourrait sensiblement bonifier les services publics en y adaptant des pratiques innovatrices, souvent mises au point dans le privé, tout en protégeant l'intégrité du système. Une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers, une adaptation de modèles de gestion intégrée des services, et l'adoption de nouveaux modèles de gestion pour les services périphériques permettraient d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services à l'intérieur des ressources disponibles. Il serait également possible d'accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant davantage de sources de financement privé, entre autres, en favorisant la culture philanthropique à l'égard des établissements dans la communauté.

Il y aurait lieu par ailleurs de continuer à soutenir les efforts de prise en charge du milieu et d'aide à l'autonomie individuelle en assurant un soutien adéquat et une coordination des services des organismes communautaires avec ceux du réseau public, et en créant des conditions favorables à la création de solutions innovatrices du milieu. En favorisant le développement d'un réseau sans but lucratif de services d'aide à domicile de qualité et la diffusion de formules coopératives de santé et d'hébergement originales, le système public contribuerait aux efforts des communautés visant à répondre, par des solutions de solidarité, à des besoins propres à ces communautés et qui ne peuvent trouver de réponses satisfaisantes sur le marché.

Le réseau public pourrait également, à certaines conditions, resserrer ou établir des liens de partenariat public-privé lorsque de tels liens permettraient d'améliorer l'accès aux services publics à moindre coût. Notamment, certains services de chirurgie mineure, et

des services diagnostiques et de laboratoires pourraient être dispensés avec une qualité comparable à celle des hôpitaux dans des cliniques privées « affiliées » et dans certains CLSC à des coûts avantageux. Privilégier l'achat de places en centre d'accueil privé permettrait de répondre à des besoins permanents ou temporaires d'hébergement avec souplesse et économie. Par ailleurs, la réglementation de certaines activités du marché devrait être révisée. En priorité, il importe de s'assurer que les activités privées liées à l'hébergement des personnes âgées ainsi que celles reliées à des traitements nécessitant des qualifications professionnelles et pouvant avoir des conséquences importantes pour la santé et le bien-être (ex. : toxicomanies, alcoolisme, violence, etc.) soient encadrées de façon appropriée.

Aucune des six orientations générales proposées ne représente un « virage vers le privé ». Elles ont plutôt comme effet d'adapter au nouveau contexte des orientations que le réseau ou le gouvernement poursuivent déjà à l'intérieur de divers programmes ou cadres de gestion. De même, une bonne partie des avenues énumérées ont été proposées par des intervenants et elles vont généralement dans le sens où notre système semble déjà lui-même évoluer. Le groupe de travail partage la conviction que ces orientations et avenues ne constituent pas une substitution du public par le privé. Sans doute, n'apportent-elles aucune « solution magique ». Étant « complémentaires », elles ne pourraient à elles seules résoudre tous les problèmes actuels affectant les services sociaux et de santé.

Le groupe de travail exprime néanmoins le souhait que les éclaircissements apportés pourront alimenter la réflexion et pourront contribuer à dégager la voie d'un effort collectif, un effort mieux articulé du public et du privé, dans l'atteinte de nos objectifs :

- des services accessibles, continus et de qualité ;
- une approche intégrale des soins de santé ;
- des coûts supportables et un financement équitable.

Bibliographie

- ARWEILER, D., F. CHAMPAGNE et A.P. CONTANDRIOPOULOS. *La privatisation du financement du système de soins dans plusieurs pays de l'OCDE : convergence ou divergence ?*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Université de Montréal, 1996.
- BARTLETT, H., et D.R. PHILLIPS. « Policy issues in the private health sector : Examples from long-term care in the U.K. », *Social Science and Medicine*, vol. 43, n° 5, 1996, p. 731-737.
- BAZZOLI, G.J., *et al.*, « Public-private collaboration in health and human service delivery : Evidence from community partnerships », *The Milbank Quarterly*, vol., 75, n° 4, 1997, p. 533-561.
- BEATRICE, D.F. « The role of philanthropy in health care reform », *Health Affairs*, vol. 12, n° 2, 1993, p. 185-192.
- BODENHEIMER, T. « Disease management - Promises and pitfalls », *New England Journal of Medicine*, vol. 340, p. 1202-1205.
- BRAVO G., *et al.*, « Quality of care in unlicensed homes for the aged in the eastern townships of Quebec », *Canadian Medical Association*, vol. 160, n° 10, p. 1441-1445.
- BRUNELLE, Y. *Capitation, gestion et information*, monographie, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1999, 15 p.
- BRUNELLE, Y. *Expérimentations d'un paiement par capitation au Québec : objectifs, choix et implications*, monographie, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 juillet 1998, 8 p.
- BRUNELLE, Y. *Les GP fundholders anglais - texte synthèse*, monographie, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997, 7 p.
- BRUNELLE, Y., et S. RHEAULT. *Les implications d'une nouvelle forme de compétition pour un système public de soins*, monographie, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, 9 septembre 1996, 16 p.
- BURTON, G.D. « The case for outsourcing core services », *Journal of Healthcare Resource Management*, 1996, p. 37-39.
- COMMISSION SUR LA FISCALITÉ ET LE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS. « Secteur de la santé et des services sociaux », *La tarification des services publics*, Québec, Les publications du Québec, 1996, 84 p.

- COMMISSION SUR LA FISCALITÉ ET LE FINANCEMENT DES SERVICES PUBLICS. *Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux*, Québec, Les publications du Québec, 1996, 96 p.
- CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC. *Variations dans la fréquence des interventions chirurgicales par région du Québec*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 43 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés* (avis 95-04), Québec, décembre 1995.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. « Pourra-t-on encore, demain, compter sur un système de santé universel, accessible à tous et de qualité ? », *Patrimoine* (Université de Montréal), vol. 7, n° 7, 1999.
- CROWE, S. « Public-private partnerships - Business as usual ? », *The Lancet*, vol. 352, juillet 1998, p. 212.
- ETHEREDGE, L. « The public-private health partnership », *Health Care Strategic Management*, vol. 11, n° 3, 1993, p. 12-14.
- FRENK, J. « The public/private mix and human resources for health », *Health Policy and Planning*, vol. 8, n° 4, 1993, p. 315-326.
- GLENNERSTER, H., et M. MATSAGANIS. « The UK health reforms : The fundholding experiment », *Health Policy*, vol. 23, 1993, p. 179-191.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1995-1998*, Ottawa, novembre 1998, 407 p.
- JACK, M., et R. PHILLIPS. « Public-private partnership organisations in health care : Cooperative strategies and models », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 38, n° 3, 1993, p. 387-400.
- JÉRÔME-FORGET, M., et C.E. FORGET. *Who is the master ? - A blueprint for canadian health care reform*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, 1998, 152 p.
- LE GRAND, J. « Competition, cooperation, or control ? Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, 1999, p. 27-39.
- LINDEN, R.M. *Seamless Government - A Practical Guide to Re-engineering in the Public Sector*, San Francisco, Jossey-Bass, 1994, 294 p.
- MAHONEY, K. « Case management lessons from a public/private partnership to finance long term care », *Journal of Case Management*, vol. 1, n° 1, 1992, p. 22-25.
- MAK, C. « Getting the most from outsourcing », *Journal or Healthcare Resource Management*, 1996, p. 22-27.
- MALCOLM, M. « Decentralisation, integration and accountability : Perceptions of New Zealand's top health service managers », *Health Services Management Research*, vol. 8, n° 2, 1995, p. 121-135.

- McAVINCHEY, I.D., et A.YANNOPOULOS. « Elasticity estimates from a dynamic model of interrelated demands for private and public acute health care », *Journal of Health Economics*, vol. 12, 1993, p. 171-186.
- McCALL, N., J. KNICKMAN, et E.J. BAUER. « Public/private partnerships : A new approach to long-term care », *Health Affairs*, vol. 10, n° 1, index 1991, p. 164-176.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Les Publications du Québec, 1992, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les dépenses de santé du Québec et le financement des programmes établis- Problématique et enjeux*, Québec, 1995, 38 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Québec, 1991, 128 p.
- NATHAN, J., et J. TRINKAUS. « Improving health care means spending more time with patients and less time with inventory », *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol. 18, n° 2, 1996, p. 66-68.
- NEWBRANDER, W., et D. PARKER. « The public and private sectors in health : economic Issues » , *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 7, 1992, p. 37-49.
- NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. « A public-private alliance to meet the needs of chronic mentally ill patients », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 10, 1990, p. 1116-1119.
- OSBORNE, D., et T. GAEBLER. *Reinventing Government*, London, Penguin, 1993, 359 p.
- OVRETVEIT, J. « Beyond the public-private debate : The mixed economy of health », *Health Policy*, vol. 35, 1996, p. 75-93.
- RACHLIS, M., et C. KUSHNER. *Strong medicine - how to save Canada's health care system*, Toronto, Harper Collins Publishers, 1994, 396 p.
- RICHMOND, C. « NHS waiting lists have been a boon for private medicine in the UK », *Canadian Medicine Association Journal*, vol. 154, n° 3, février 1996, p. 378-381.
- ROOS, N.P., et L.L ROOS. « Small area variations, practice style, and quality of care », dans R.P. WENZEL (édit.), *Assessing Quality Health Care - Perspectives for Clinicians*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, p. 223-238.
- SALTMAN, R.B., et J. FIGUERAS. *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, série européenne n° 72, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, 1997, 308 p.
- SEAFORT, J., et C.W. ERCOLE. « Making a win-win partnership », *Hospital Material Management Quarterly*, vol. 17, n° 4, 1996, p. 40-47.
- SELDEN, S.T., et N.M. WELCH. « Community partnerships work », *Virginia Medical Quarterly*, vol. 124, n° 3, 1997, p. 147,148.

- SHORTELL, S.M. « Creating organized delivery Systems : the barriers and facilitators », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 38, n° 4, 1993, p. 447-466.
- SODERSTROM L., *Privatization : Adopt ou Adapt ?*, synthèse critique n° 36, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 242 p.
- STODDART, G.L., et al. *Pourquoi ne pas imposer le ticket modérateur ? Les véritables enjeux*, Toronto, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, 1993.
- STODDART, G.L., et R.J. LABELLE. *Privatisation du système canadien de santé : assertions, faits, idéologie et options*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada, 1985, 110 p.
- SURLES, R.C., et M.F. SHORE. « The public sector-private sector interface : Current issues, future trends », *New Directions for Mental Health Services*, vol. 72, p. 71-79.
- TRINKAUS, J., D. DANNENBRING et J. NATHAN. « A JIT-type stocking system for hospital pharmacies : The stockless method », *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol. 17, n° 4, 1996, p. 1-13.
- UDDIN, Z., et R.A. BEAR. « Public-private partnerships in the Canadian environment : Options for medical imaging », *Healthcare Management Forum*, vol. 10, n° 3, 1997, p. 52-54.
- UDDIN, Z., et R.A. BEAR. « Public-private partnerships in the Canadian environment : Options for hospital pharmacies », *Healthcare Management Forum*, vol. 10, n° 4, 1997, p. 45-47.
- WEINER, B., et J.A. ALEXANDER. « The challenges of governing public-private community health partnerships », *Health Care Management Review*, vol. 23, n° 2, 1998, p. 39-55.
- WOOLHANDLER, S. *Profits from Pain : the Case for Single Payer Reform - The National Health Program Chartbook and Slideshow 1996 Edition*, Cambridge, The Center for National Health Program Studies, Harvard Medical School, 1996, 68 p.
- WYNAND, P.M., et M.VAN DE VEN. « Market-oriented health care reforms : Trends and future options », *Social Science and Medicine*, vol. 43, n° 5, 1996, p. 655-666.
- YUEN, P.P. « Factors affecting the supply of private hospital beds in the UK : Private insurance, NHS pay beds, or NHS waiting list ? », *Health Services Management Research*, vol. 4, n° 3, 1991, p. 216-229.

Annexes

Annexe 1

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC

1. CONCERNANT LA NATURE ET L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ FINANCÉES PAR LE SECTEUR PRIVÉ :

- Examiner la composition et l'évolution des dépenses privées de santé au Québec au cours des dix dernières années, notamment :
 - la composition et l'évolution des services financés par le secteur privé par rapport à l'ensemble des dépenses de santé au Québec ;
 - les facteurs explicatifs de cette évolution.
- Comparer la situation québécoise avec celle de certains autres pays et provinces canadiennes.
- Analyser l'interaction entre les services publics et les services privés en ce qui a trait, notamment :
 - à l'existence d'un effet de substitution ;
 - à la raison de ce phénomène, le cas échéant ;
 - à l'atteinte ou au risque d'atteinte à certaines caractéristiques fondamentales du système public.

2. CONCERNANT LE RÔLE QUE DEVRAIT JOUER LE SECTEUR PRIVÉ DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ :

Dans le respect des caractéristiques et objectifs fondamentaux du régime public, en particulier l'équité de tous dans l'accès aux soins et services actuellement assurés par l'État, identifier des domaines d'activité et des critères de fonctionnement grâce auxquels la participation du secteur privé dans le domaine de la santé pourrait contribuer à la qualité et à l'efficacité des soins et services et au développement d'un partenariat ou d'une complémentarité souhaitables.

Annexe 2

GROUPES CONSULTÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

1. Comité provincial des malades.
2. Fédération des médecins spécialistes du Québec.
3. Confédération des syndicats nationaux.
4. Institut pour le partenariat privé-public.
5. Association québécoise des pharmaciens propriétaires.
6. Centrale de l'enseignement du Québec.
7. Association des professionnels technologistes médicaux du Québec.
8. Association des centres d'accueil privés autofinancés du Québec.
9. Fédération des travailleuses et travailleurs du Québec.
10. Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.
11. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
12. Conseil de la santé et du bien-être du Québec.
13. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.
14. Conseil médical du Québec.
15. Fédération des médecins spécialistes du Québec.
16. Collège des médecins du Québec.
17. Coopérative des services de santé Les Grès.
18. Association des hôpitaux du Québec.

19. Regroupement des assureurs à charte québécois.
20. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.
21. Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec (ACHAP).
22. Institut de cardiologie de Montréal.
23. Commissaire aux plaintes.
24. Fédération des coopératives de développement régional du Québec.
25. Gestionnaires de clinique privée.
26. Association des CLSC et CHSLD du Québec.
27. Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal.
28. Chantier de l'économie sociale.

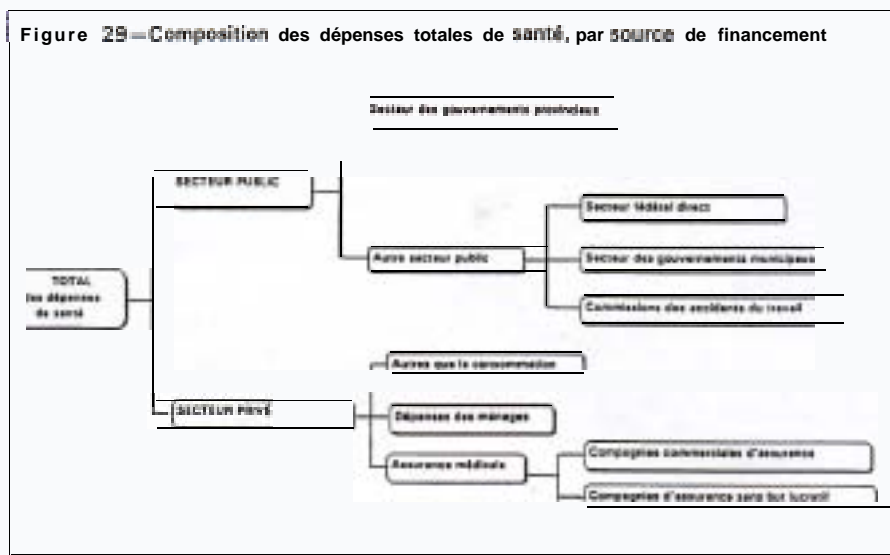
Définitions

Dépenses de santé — comprennent tout type de dépenses dont l'objectif primaire est d'améliorer ou de prévenir la détérioration de l'état de santé.

Cette définition permet aux activités économiques d'être mesurées selon le but primaire et les effets secondaires. Les activités dont le but direct est l'amélioration ou le maintien de la santé sont incluses. Les autres activités ne sont pas incluses, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé. Par exemple, le but primaire des politiques du logement et de soutien du revenu est le bien-être collectif et elles ne sont pas considérées comme des dépenses de santé; elles sont toutefois reconnues comme étant d'importants déterminants de l'état de santé de la population.

SOURCE DE FINANCEMENT (SECTEURS)

Figure 29 — Composition des dépenses totales de santé, par source de financement



Les dépenses nationales de santé sont déclarées en fonction du principe de la *responsabilité de paiement* plutôt qu'en fonction de la source originelle de fonds. C'est pour cette raison, par exemple, que les transferts fédéraux aux provinces sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux puisque ceux-ci sont responsables de dépenser les transferts fédéraux pour les services de santé. L'exception à ce principe est que les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux.

Secteur public-comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Il est subdivisé en quatre niveaux, tel que décrit ci-dessous :

1. le secteur des gouvernements provinciaux comprend les dépenses de santé des fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires et les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux.
2. le secteur fédéral direct renvoie aux dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux services de santé pour des groupes particuliers tels que les autochtones, les membres des forces armées et les anciens combattants, de même que les dépenses pour la recherche en matière de santé, la promotion et la protection de la santé. Les dépenses fédérales directes en matière de santé ne comprennent pas les transferts aux provinces.
3. les dépenses du secteur des gouvernements municipaux incluent les dépenses de santé des gouvernements municipaux pour les services en établissements; la santé publique; l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement; et les services dentaires fournis par les municipalités en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Les fonds affectés à des fins particulières transférés par les gouvernements provinciaux ne sont pas inclus dans le secteur municipal; ils sont inclus dans les dépenses des gouvernements provinciaux.
4. les commissions des accidents du travail (CAT) comprennent toutes les dépenses engagées pour ce que les commissions provinciales appellent communément l'aide médicale. Les éléments non reliés à la santé souvent déclarés par les commissions des accidents du travail comme étant des dépenses d'aide médicale, comme les frais d'obsèques, les déplacements, les vêtements, etc., sont éliminés.

Secteur privé-comprend les dépenses payées en fin de compte par les particuliers pour les produits et les services reliés à la santé; les réclamations à l'assurance-maladie payées par les compagnies d'assurance, commerciales et à but non lucratif, de même que les coûts d'administration de ces réclamations; les revenus non reliés aux patients reçus par les établissements de santé, tels que les dons et les revenus de placement; les dépenses privées pour l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement sanitaire; et la recherche sur la santé financée par des sources privées.

Qualité des données-la plupart des dépenses du secteur privé sont estimées à partir d'enquêtes. Avant 1996, l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada¹⁸, une source importante de données sur le secteur privé, n'était pas effectuée annuellement; par conséquent, les données conjoncturelles ont été imputées entre les sondages pendant plusieurs années. Les données du secteur privé ont été revues à la suite d'une révision de la méthodologie effectuée au début des années quatre-vingt-dix. Les données révisées du secteur privé incorporent l'information estimée directement à partir de nouvelles sources, pour 1988 et les années subséquentes. Les années antérieures ont été estimées en utilisant les données conjoncturelles. Par conséquent, les lecteurs doivent faire preuve de prudence

¹⁸ Dépenses des familles au Canada, numéro au catalogue de Statistique Canada 85-555, Statistique Canada, périodique, Ottawa.

lorsqu'ils utilisent les données sur les dépenses du secteur privé pour les petites provinces et les années antérieures à 1988.

AFFECTATION DE FONDS (CATÉGORIES)

Hôpitaux—les établissements où les patients sont hébergés en fonction de besoins médicaux et reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés comme hôpitaux par un gouvernement provincial, ou sont exploités par le gouvernement du Canada et comprennent les établissements fournissant des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour malades chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence, des soins psychiatriques, de même que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux des régions éloignées.

Autres établissements—les établissements de soins pour bénéficiaires internes (pour les malades chroniques ou les handicapés qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) et qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé et/ou des Services sociaux. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes comprennent les foyers pour les personnes âgées (incluant les foyers de soins infirmiers), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards du développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues, et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Les établissements fournissant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants sont exclus.

Médecins—les dépenses comprennent principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les honoraires versés pour des services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont payés directement aux médecins par les régimes. D'autres formes de revenus professionnels sont également inclus (salaires, vacation, capitation).

Cette catégorie ne comprend pas la rémunération des médecins inscrits sur la liste de paie des hôpitaux ou d'organismes de santé du secteur public; ceux-ci sont inclus dans la catégorie appropriée, par exemple « Hôpitaux » ou « Autres dépenses de santé ».

Autres professionnels—les services au niveau agréé correspondent aux dépenses liées aux services de dentistes, de denturologistes, de chiropraticiens, de massothérapeutes, d'orthopticiens, d'ostéopathes, de physiothérapeutes, de podiatres, de psychologues, d'infirmiers(lères) en service privé et de naturopathes. L'identification distincte de plusieurs des professions comprises dans cette catégorie est souvent possible uniquement lorsqu'elles sont déclarées par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Soins dentaires—les dépenses liées aux honoraires des dentistes (comprennent les assistants et les hygiénistes dentaires¹ et des denturologistes, de même que les coûts

des prothèses dentaires, incluant les dentiers et les frais de laboratoire pour les couronnes et autres articles d'orthodontie.

Soins de la vue—les dépenses liées aux honoraires des optométristes et des opticiens d'ordonnance, de même que les dépenses engagées pour des lunettes et des lentilles de contact.

Autre—les dépenses liées aux chiropraticiens, aux massothérapeutes, aux orthopticiens, aux ostéopathes, aux physiothérapeutes, aux podiatres, aux psychologues, aux infirmiers(ères) en service privé et aux naturopathes.

Médicaments—au niveau agrégé, il s'agit des dépenses associées aux médicaments vendus dans des commerces de détail avec ou sans ordonnance. Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Médicaments de prescription—produits qui, en vertu de la Loi sur les aliments et les drogues, nécessitent une prescription.

Médicaments vendus sans ordonnance—comprend deux éléments : produits pharmaceutiques en vente libre et produits sanitaires personnels.

- *Produits pharmaceutiques en vente libre*—produits pharmaceutiques thérapeutiques ne nécessitant pas de prescription.
- *Produits sanitaires personnels*—comprend les articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, p. ex., les produits d'hygiène orale, les articles diagnostiques tels que les bandes d'analyse pour le diabète et les articles médicaux tels que les produits pour l'incontinence.

La catégorie des médicaments ne comprend pas les médicaments distribués dans les hôpitaux ou les autres établissements. Ceux-ci sont inclus dans la catégorie des hôpitaux et des autres établissements.

Immobilisations—comprend les dépenses liées à la construction, le matériel et l'équipement des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers secours et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. (Voir aussi les notes techniques.)

Autres dépenses de santé—au niveau agrégé, comprend les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, à la santé publique, à l'administration des programmes d'assurance, à la recherche en matière de santé, etc. Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Administration des programmes d'assurance—les dépenses d'administration des programmes d'assurance-maladie offerts par le gouvernement ou les compagnies privées.

Santé publique—les dépenses liées à des éléments tels que les mesures pour prévenir la propagation de maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique et tous les coûts d'administration des programmes gouvernementaux à l'exception des régimes d'assurance.

Recherche en matière de santé—les dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé, ainsi que les dépenses relatives à l'évaluation de la prestation des soins de santé ou des programmes de santé publique. Cette catégorie ne comprend pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les compagnies pharmaceutiques dans le cadre de la mise au point d'un produit. Ces montants seraient inclus dans les catégories relatives aux hôpitaux ou aux médicaments, respectivement.

Autre—les dépenses liées à des éléments tels que les soins à domicile, le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs de la santé, les associations bénévoles à visée sanitaire, et les mesures pour promouvoir et améliorer la santé et la sécurité en milieu de travail.

AUTRES TERMES

Transferts fédéraux—ont trait à l'ensemble des accords financiers fédéraux-provinciaux-territoriaux relatifs à la santé, qui comprennent à divers moments le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS); le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); le Financement des programmes établis (FPÉ); la Caisse d'aide à la santé qui appuyait les dépenses des provinces en immobilisations, du milieu des années soixante-dix au début des années quatre-vingt; et les transferts du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien aux gouvernements territoriaux pour les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation pour le compte des autochtones.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)—le 1^{er} avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux remplaçait les transferts pour l'aide sociale prévus par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), et pour la santé et les études postsecondaires prévus par le Financement des programmes établis (FPÉ). Il s'agit d'un mécanisme de financement global fourni sous la forme de transferts de fonds et de transferts de points d'impôts à toutes les provinces pour appuyer les programmes de santé, d'éducation postsecondaire, d'assistance sociale et de services sociaux. Les provinces peuvent allouer le TCSPS à la santé ou à d'autres programmes sociaux selon leurs priorités particulières tout en respectant les critères et les conditions de la Loi canadienne sur la santé. En 1991-1997, ces transferts étaient répartis entre les provinces selon les mêmes proportions que pour les droits provinciaux en vertu des transferts combinés du FPÉ et du RAPC en 1995-1996.¹¹

¹¹ Ministère des Finances du Canada, Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires, site INTERNET <http://www.fin.gc.ca/fedprov.html> et <http://www.fin.gc.ca/subprov/tpa.html>

Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) — lancé en 1996 par le gouvernement fédéral pour partager les coûts admissibles encourus par les provinces et les territoires dans la prestation de services d'aide et de bien-être social aux personnes dans le besoin ou aux personnes susceptibles d'être dans le besoin advenant l'inaccessibilité de ces programmes. Le budget de 1994 limitait les transferts du RAPC de 1995-1996 aux niveaux de 1994-1995.¹²

Financement des programmes établis (FPÉ) — avant l'introduction du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le gouvernement fédéral contribuait aux régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en vertu de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977. En vertu de la Loi, les provinces et les territoires avaient droit à des augmentations égales des contributions fédérales par habitant en matière de santé, selon une formule fixe (facteur de progression). Les contributions aux provinces en matière de santé étaient en espèces et en points d'impôts. Le budget fédéral du 26 février 1991 prolongeait un gel aux niveaux de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Des mesures législatives ont plus tard permis aux droits du FPÉ de croître en 1995-1996 conformément au facteur de progression, moins trois points de pourcentage.¹³

*Produit intérieur brut (PIB)*¹⁴ — est la valeur de la production sans double compte qui provient de l'intérieur du Canada, sans égard à la propriété des facteurs de production. Le produit intérieur brut peut être évalué au prix des facteurs ou au prix du marché. Dans cette publication, le PIB est évalué au prix du marché et est exprimé en termes de prix réellement payés par l'acheteur. Cela comprend les impôts indirects, tels que les taxes de vente et d'accise, les droits de douane et les impôts fonciers et reflète également l'impact des paiements de subventions.

Indices implicites de prix — voir Notes techniques, Calcul des dollars constants.

*Parité de pouvoir d'achat (PPA)*¹⁵ — Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat de diverses monnaies. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaire conçus pour éliminer les différences dans les niveaux des prix entre les pays.

¹² Développement des ressources humaines Canada, Programmes à frais partagés, Droits provinciaux sous le régime d'assistance publique du Canada, février 1996 (non publié).

¹³ Santé Canada, Loi canadienne sur la santé — Rapport annuel, 1996-1997, 1997, p. 13

¹⁴ Statistique Canada, Guide des comptes des revenus et dépenses, cat. 13-003, 1996, p. 137 et 139

¹⁵ Éco-Santé OCDE 1998, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1998.

Annexe 4 : Statistiques

Tableau 1: Dépenses totales, privées et publiques de santé, Québec, 1989 à 1998

Indicateur / Année	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Dépenses totales (M\$)	12 744	13 991	15 267	16 061	16 662	16 960	16 969	17 058	16 903	17 353
Variation annuelle en %		9,8	9,1	5,2	3,7	1,8	0,1	0,5	-0,9	2,7
Indice évolutif	100	109,8	119,8	126,0	130,7	133,1	133,2	133,9	132,6	136,2
Per capita (\$)	1 834	1 993	2 156	2 243	2 302	2 327	2 311	2 309	2 278	2 327
Variation annuelle en %		8,6	8,2	4,0	2,6	1,1	-0,7	-0,1	-1,3	2,2
Indice évolutif	100	108,6	117,6	122,3	125,5	126,9	126,0	125,9	124,2	126,9
Dépenses privées (M\$)	3 182	3 497	3 818	4 113	4 455	4 626	4 660	4 963	5 150	5 364
Variation annuelle en %		9,9	9,2	7,7	8,3	3,8	0,7	6,5	3,8	4,2
Indice évolutif	100	109,9	120,0	129,3	140,0	145,4	146,5	156,0	161,9	168,6
Importance relative (%)	25,0	25,0	25,0	25,6	26,7	27,3	27,5	29,1	30,5	30,9
Per capita (\$)	458	498	539	574	615	635	635	672	694	719
Variation annuelle en %		8,8	8,2	6,5	7,2	3,1	0,0	5,8	3,3	3,7
Indice évolutif	100	108,8	117,8	125,4	134,4	138,6	138,6	146,7	151,6	157,1
Dépenses publiques (M\$)	9 563	10 494	11 448	11 948	12 207	12 334	12 309	12 095	11 753	11 988
Variation annuelle en %		9,7	9,1	4,4	2,2	1,0	-0,2	-1,7	-2,8	2,0
Indice évolutif	100	109,7	119,7	124,9	127,6	129,0	128,7	126,5	122,9	125,4
Importance relative	75,0	75,0	75,0	74,4	73,3	72,7	72,5	70,9	69,5	69,1
Per capita (\$)	1 376	1 495	1 617	1 668	1 686	1 692	1 677	1 637	1 584	1 608
Variation annuelle en %		8,6	8,2	3,2	1,1	0,4	-0,9	-2,4	-3,2	1,5
Indice évolutif	100	108,6	117,5	121,2	122,5	123,0	121,8	118,9	115,1	116,8
Population totale	6 948	7 021	7 081	7 161	7 238	7 288	7 341	7 388	7 420	7 456

e = estimé M\$=millions de dollars

Sources:

Ministère Santé et Services sociaux (les dépenses publiques provinciales de santé ont été ajustées).

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

Tableau 2: Répartition en pourcentage des dépenses privées de santé par catégorie, Québec, 1989 à 1998

Importance relative	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Hôpitaux	16,5	18,2	18,1	18,5	18,0	16,1	11,3	12,8	12,4	12,1
Autres établissements	10,1	10,6	10,2	10,3	10,3	11,4	12,3	11,9	11,9	11,9
Médecins	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Autres professionnels	34,2	32,8	32,3	31,3	30,6	31,0	32,0	31,7	31,5	31,4
Médicaments	32,3	31,7	32,6	32,0	32,9	32,5	34,9	33,9	34,1	34,2
Immobilisations	0,7	0,6	0,8	0,7	0,6	1,0	0,4	0,7	0,7	0,8
Autres dépenses	5,7	5,7	5,5	6,9	7,1	7,6	8,6	8,6	8,9	9,2
Total des dépenses	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

e = estimé M\$=millions de dollars

Source:

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

Tableau 3: Dépenses privées de santé par catégorie, Québec, 1989 à 1998

Dépenses en ,000 \$	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Hôpitaux	525,9	635,1	691,8	760,1	803,4	744,8	528,4	634,2	636,5	649,2
Variation en %		20,8	8,9	9,9	5,7	(7,3)	(29,1)	20,0	0,4	2,0
Indice évolutif	100,0	120,8	131,5	144,5	152,8	141,6	100,5	120,6	121,0	123,4
Autres établissements	321,6	372,1	390,3	422,7	457,3	526,4	573,7	592,2	615,0	637,5
Variation en %		15,7	4,9	8,3	8,2	15,1	9,0	3,2	3,9	3,7
Indice évolutif	100,0	115,7	121,4	131,4	142,2	163,7	178,4	184,1	191,2	198,2
Médecins	15,1	15,3	15,5	15,6	17,5	20,0	20,2	23,0	23,4	24,1
Variation en %		1,3	1,3	0,6	12,2	14,3	1,0	13,9	1,7	3,0
Indice évolutif	100,0	101,3	102,6	103,3	115,9	132,5	133,8	152,3	155,0	159,6
Autres professionnels	1088,5	1146,6	1234,5	1287,7	1364,8	1434,0	1492,9	1570,8	1619,9	1682,5
Variation en %		5,3	7,7	4,3	6,0	5,1	4,1	5,2	3,1	3,9
Indice évolutif	100,0	105,3	113,4	118,3	125,4	131,7	137,2	144,3	148,8	154,6
Médicaments	1027,2	1107,1	1243,8	1314,7	1466,5	1503,1	1625,7	1682,6	1757,2	1832,8
Variation en %		7,8	12,3	5,7	11,5	2,5	8,2	3,5	4,4	4,3
Indice évolutif	100,0	107,8	121,1	128,0	142,8	146,3	158,3	163,8	171,1	178,4
Immobilisations	21,7	21,1	31,3	27,9	28,9	44,4	16,9	33,5	37,7	45,4
Variation en %		(2,8)	48,3	(10,9)	3,6	53,6	(61,9)	98,2	12,5	20,4
Indice évolutif	100,0	97,2	144,2	128,6	133,2	204,6	77,9	154,4	173,7	209,2
Autres dépenses	181,7	200,0	210,9	284,0	316,2	353,4	402,0	426,6	460,6	492,7
Variation en %		10,1	5,5	34,7	11,3	11,8	13,8	6,1	8,0	7,0
Indice évolutif	100,0	110,1	116,1	156,3	174,0	194,5	221,2	234,8	253,5	271,2
Total des dépenses	3181,7	3497,3	3818,1	4112,7	4454,6	4626,1	4659,8	4962,9	5150,3	5364,2
Variation en %		9,9	9,2	7,7	8,3	3,8	0,7	6,5	3,8	4,2
Indice évolutif	100,0	109,9	120,0	129,3	140,0	145,4	146,5	156,0	161,9	168,6

e = estimé M\$=millions de dollars

Source:

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

